

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES EFFETS DE L'UTILISATION DE LA MÉDITATION SUR LA PLANTE DES
PIEDS (SOLES OF THE FEET) SUR LA DIMINUTION DES COMPORTEMENTS
AGRESSIFS D'ADULTES PRÉSENTANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET
VIVANT EN RÉSIDENCE À ASSISTANCE CONTINUE (RAC) OU EN UNITÉ DE
RÉADAPTATION INTENSIVE (URI)**

**MÉMOIRE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ANGÈLE LABBÉ**

AOÛT 2023

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
MAÎTRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Yves Lachapelle

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

Yves Lachapelle

Directeur ou codirecteur de recherche

Sophie Higgins

Évaluatrice

Diane Rousseau

Évaluatrice

Sommaire

La société actuelle met l'accent sur les principes d'inclusion et de participation sociale des personnes présentant des incapacités. Parmi l'ensemble de ces personnes, certaines présentent une déficience intellectuelle (DI), concomitante à la présence de comportements-défis, notamment, l'agressivité. Cette concomitance peut engendrer des limitations dans leurs expériences de vie, mettre en péril la santé, la sécurité et le bien-être de ces personnes et des gens qui les entourent, puis entraver le soutien offert par les organisations mandatées de leur fournir des services.

L'objectif principal de ce mémoire de recherche s'intéresse aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur les comportements agressifs émis par des adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) légère. L'objectif spécifique est d'apprendre aux participants à utiliser la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet* [SOF]) comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. Jusqu'à ce jour, aucun chercheur ne s'est intéressé aux effets de la SOF chez les adultes québécois présentant une DI et résidant soit en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI), milieux de vie des participants (environnements non contrôlés).

Pour ce faire, une recherche quasi-expérimentale de cas, à niveaux de base multiples, avec devis AB et mesures de maintien, est réalisée. Les effets de la stratégie sont évalués en trois temps : 1) prétest (mesure des niveaux de base comportementaux [états initiaux des comportements avant l'intervention]); 2) pendant l'intervention; et 3) post-test (mesure des niveaux comportementaux [états finaux après l'intervention]). C'est par le biais d'une grille de dispersion communément appelée la « grille sommaire » (grille utilisée au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale [CIUSSSCN]) et provenant du coffre d'outils offert par le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC, 2022) que les différentes mesures ont été prises.

En résultat, l'effet de la SOF a été mesuré chez les comportements agressifs d'un APDI (les deux autres participants n'ayant pas été en mesure de poursuivre l'expérimentation pour des raisons personnelles). De façon générale, les résultats tendent à démontrer une diminution des comportements agressifs lorsqu'il y a présence de l'intervention.

Afin d'augmenter le nombre de participants potentiels chez la clientèle cible, il pourrait être envisagé de considérer les personnes demeurant dans des RI et celles inscrites sur la liste d'attente pour l'accès à une RAC ou à une URI, puis d'inclure les adultes qui présentent un TSA, concomitant à la présence d'une DI. Bien que l'étude à cas unique soit pertinente, une étude de cas à plusieurs participants serait également appropriée de même que l'utilisation de groupes expérimentaux, ce qui pourrait permettre une analyse d'effets plus généralisable. Dans un contexte de RAC ou d'URI, il semble adéquat d'utiliser des protocoles expérimentaux de courte durée. Il serait toutefois pertinent d'en prolonger le nombre de jours pour chacune des phases expérimentales, ce qui pourrait permettre l'obtention de niveaux de base comportementaux plus représentatifs. De ce fait, les mesures et les résultats obtenus pourraient être davantage attribués aux effets de l'intervention. Quant à la phase expérimentale, l'ajout de temps minimiserait les biais liés aux imprévus et permettrait au participant d'augmenter les chances d'acquisition d'habiletés de régulation émotionnelle. Cela pourrait notamment favoriser son processus transformationnel, et donc, d'augmenter les chances de généralisation des acquis. Finalement, la sélection d'intervenants réguliers pour mener à bien les cotations pendant l'expérimentation serait pertinente afin de minimiser les erreurs de cotations.

Table des matières

Sommaire	iii
Listes des tableaux et des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte	5
Avant la désinstitutionnalisation	6
La désinstitutionnalisation	6
Le principe de normalisation.....	8
Principe de valorisation sociale.....	9
De l'intégration à la participation sociale : politiques et lois.....	9
Problématique.....	12
Définition des concepts	18
Déficience intellectuelle.....	19
Régulation émotionnelle	22
Définition de l'autorégulation.....	24
Définition de l'hétérorégulation.....	25
Modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation	26
Les fonctions de la régulation émotionnelle	28
Facteurs différentiels de la régulation émotionnelle entre les individus	29
La dysrégulation émotionnelle	29
Les comportements-défis	30
Modèle opérant des comportements-défis	33
Recension intégrative des écrits	35
L'étude de Singh <i>et al.</i> (2003)	37
L'étude de Singh <i>et al.</i> (2007)	40
L'étude d'Adkins <i>et al.</i> (2010).....	43
L'étude de Singh <i>et al.</i> (2011)	47
L'étude de Singh <i>et al.</i> (2013)	50

L'étude de Roberts <i>et al.</i> (2020)	54
Analyse intégrative des études	58
Buts et objectifs de recherche	59
Caractéristiques des participants	60
Caractéristiques des plans de recherche.....	63
Devis de recherche.....	63
Déroulement expérimental.....	64
Instruments de mesure	64
Fidélité et validité des construits	65
Caractéristique des résultats.....	67
Facteurs d'influence à l'utilisation de la SOF.....	68
Résumé global des résultats	69
Méthode de recherche	71
Objectifs et hypothèse de recherche.....	72
Devis de recherche	73
Échantillonnage et caractéristique	74
Définition des variables	75
Stratégie d'intervention choisie	75
Choix de la stratégie et justifications.....	75
Description de la stratégie d'intervention.....	76
Participants.....	78
Considérations éthiques	79
Critères d'inclusion et d'exclusion	79
Critères d'inclusion	79
Critères d'exclusion.....	80
Recrutement.....	80
Première action : prise de contact avec la personne responsable de la direction des services.....	81
Deuxième action : prise de contact avec la personne responsable aux archives	81

Troisième action : prise de contact avec les éducateurs pivots des participants potentiels.....	82
Quatrième action : consentement à la participation des participants sélectionnés.....	82
Cinquième action : nouvelle prise de contact entre les éducateurs pivots et l'étudiante	83
Étapes inhérentes à la collecte de données	84
Description du participant recruté	85
Méthode de collecte de données	86
Plan d'analyse.....	88
Résultats et discussion.....	89
Résultats quantitatifs.....	91
Ensemble des résultats comportementaux	92
Résultats comportementaux spécifiques.....	94
Résultats comportementaux obtenus à chacune des phases expérimentales	94
Résultats obtenus en fonction du type de comportement agressif émis	95
Analyse en fonction de l'ensemble des résultats comportementaux obtenus.....	98
Ensemble des résultats des pratiques quotidiennes de la SOF	100
Résultats globaux obtenus sur l'ensemble des pratiques quotidiennes de la SOF	101
Analyse en fonction de l'ensemble des résultats des pratiques quotidiennes de la SOF	101
Facteurs d'influence d'effets de la SOF	101
Résultats complémentaires.....	104
Forces et limites	106
Recrutement.....	106
Échantillonnage	107
Caractéristiques du participant	107
Protocole d'intervention	108
Outil de collecte de données.....	109
Recommandations.....	110
Recrutement.....	110

Échantillonnage et devis de recherche.....	110
Caractéristiques des participants.....	111
Protocole d'intervention	111
Outil de collecte de données	112
Conclusion.....	113
Références	118
Appendice A. Tableaux de l'analyse intégrative des études	124
Appendice B. Grille de déroulement des sessions de la SOF	152
Appendice C. Protocoles (curriculums) d'application de la SOF	155
Appendice D. Calendriers des participants	158
Appendice E. Accords des comités éthiques à la recherche	162
Appendice F. Encart du projet de recherche	166
Appendice G. Feuilles d'information et formulaires de consentement (direction des services, représentant légal [participant inapte à consentir] et éducateur pivot).....	168
Appendice H. Instrument de mesure utilisé : grille de dispersion sommaire.....	193

Listes des tableaux et des figures

Tableaux

Tableau 1	Total de comportements agressifs émis	93
Tableau 2	Total des comportements agressifs émis en fonction de la présence ou non de l'intervention.....	94

Figures

Figure 1	Le modèle des processus de la régulation émotionnelle (tiré de Gross et Thompson, 2007).....	24
Figure 2	Le modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation (Nader-Grosbois, 2002, citée dans Nader-Grosbois, 2007b)	27
Figure 3	Représentation schématique du modèle opérant des comportements-défis (Einfeld et Emerson, 2016)	33
Figure 4	Nombre total et type de comportements agressifs émis par le participant selon le jour d'expérimentation	97

Remerciements

Je tiens à remercier chacun des participants à ce projet de recherche, sans qui celui-ci n'aurait pu être réalisé. Des remerciements sont notamment émis à la Direction des services aux programmes en déficience intellectuelle/trouble du spectre de l'autisme/déficience physique, secteur résidentiel adulte du Centre intégré universitaire de santé et de services et sociaux de la Capitale Nationale, pour leur confiance et leur ouverture à la réalisation de ce projet. Merci à tout le personnel des résidences à assistance continue et des unités de réadaptation intensive, notamment aux intervenants pivots des participants, ainsi qu'aux intervenants complémentaires, pour leur implication et leur participation active tout au long du processus d'expérimentation.

Je remercie cordialement monsieur Yves Lachapelle, Ph. D., professeur/chercheur au Département de psychoéducation et travail social de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien, son accompagnement et ses réflexions qui ont permis l'intégration et l'utilisation de connaissances et d'habiletés nécessaires pour mener à bien ce mémoire de maîtrise. Sa patience, son expertise et sa passion ont permis des échanges enrichissants, mais également ont été une source de motivation à poursuivre et à mettre à terme ce projet de recherche.

Je remercie notamment mes parents pour leur soutien continu durant toutes ces années, et ce, tant lors des moments de difficulté, de découragement, mais également lors des réussites et des moments de joie. Vous avez été les premiers à croire en moi, et vous avez su m'inculquer votre résilience et votre persévérance. Je n'aurai jamais assez de mots pour vous démontrer mon appréciation.

Un remerciement est également émis à l'égard de mes proches et ami(es) qui ont été présents, et ce, tout au long de ce cursus scolaire. Vos encouragements, appuis et gestes motivateurs ont été d'un réconfort à maintes reprises. Un remerciement particulier à Catherine.

Introduction

« Pour espérer, pour aller de l'avant, il faut savoir aussi d'où l'on vient »
(Braudel, 2022, p. 5).

Cette citation rappelle l'importance de connaître le portrait historique quant aux éléments, aux valeurs et aux doctrines de pensées qui soutiennent l'organisation des services et des pratiques présentement offerts aux personnes présentant une déficience intellectuelle (PPDI). De ce portrait historique, des politiques et des lois gouvernementales façonneront et baliseront les droits de ces dernières. Malgré les efforts déployés, les PPDI vivent encore, à ce jour, des situations à défis telles que des situations d'exclusion, minimisant ainsi leur niveau de participation sociale, voire leur qualité de vie (Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement [FQCRDITED], 2013; Office des personnes handicapées du Québec [OPHQ], 2009). Cette réalité met en lumière l'importance de s'attarder à cette actualité afin de permettre à ces personnes de s'adapter à la société, tout comme de permettre à la société de s'adapter réciproquement : qu'elles deviennent des membres actifs au sein de leur communauté.

La participation sociale chez les PPDI s'expérimente d'abord par des interactions chaleureuses, positives et valorisantes, puis s'actualise par le biais de relations mutuellement significatives avec les proches et/ou l'entourage (FQCRDITED, 2013). Toutefois, certaines PPDI présentent notamment des comportements agressifs; cette combinaison pouvant limiter de façon significative leurs expériences de vie, mettre en péril leur santé et celle d'autrui de même que représenter un défi pour les organisations qui leur fournissent des services (Einfeld et Emerson, 2016). Il s'avère donc essentiel de s'attarder à ces défis afin de tenter de trouver une solution qui pourrait permettre aux PPDI d'utiliser des comportements alternatifs à l'agressivité. L'histoire démontre une réelle volonté de la société à s'attarder à cette problématique, tout comme il en est question dans ce présent ouvrage.

Cette recherche a un caractère novateur puisqu'elle s'attarde à une stratégie d'intervention favorisant la régulation émotionnelle, qui se traduit par l'utilisation d'un comportement alternatif

à l'agressivité (la méditation), permettant ainsi la gestion des émotions sous-jacentes à l'émission de comportements agressifs. À ce jour, aucune stratégie d'intervention répondant à ces critères n'a été répertoriée et évaluée au Québec. De plus, les programmes actuellement connus pour la gestion de la colère et de l'agressivité sont davantage pensés pour les PPDI vivant en institution ou ciblent d'autres clientèles. Cette stratégie pourrait s'avérer un outil concret de régulation émotionnelle adapté aux PPDI vivant en RAC ou en URI. Elle pourrait être utilisée tant par les PPDI (autorégulation) que par les proches et intervenants en soutien à son utilisation auprès de ces personnes (hétérorégulation). Enfin, les études recensées suggèrent des interventions qui s'étalent sur plusieurs semaines à plusieurs mois (Adkins *et al.*, 2010; Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003). Dans un contexte de vie de RAC et d'URI, cette expérimentation s'est réalisée dans un intervalle de temps viable pour les participants et les intervenants de ces milieux de vie.

Ce mémoire comporte dix sections principales. La première fait état d'une introduction situant le contexte de cette recherche, mettant à l'avant-plan les réflexions qui sont sous-jacentes à sa rédaction. La deuxième section met en lumière le contexte historique des services offerts aux PPDI. La problématique de recherche est par la suite relatée dans la troisième section. Ainsi, des liens entre la dysrégulation émotionnelle et l'émission de comportements-défis tels que l'agressivité y sont également exposés. En quatrième section, une présentation de la définition des concepts y est retrouvée. De ces précédentes informations obtenues, il en découle une question de recherche menant à une recension des écrits, tous deux présentées à la cinquième section, puis à une analyse intégrative des études présentée à la sixième section. Il en découlera ainsi une hypothèse de recherche.

La septième section fait mention de la méthode de recherche qui se traduit par la procédure expérimentale sélectionnée, la stratégie d'intervention choisie, les participants et leurs caractéristiques, ainsi que la méthode de collecte de données priorisée. Dans la huitième section, les résultats de la recherche y sont présentés et analysés en détaillant les différentes données obtenues lors de l'expérimentation, de même qu'une discussion quant à l'atteinte des objectifs de

recherche. Cette section expose notamment les forces et les limites de cette présente expérimentation. Sera ensuite présenté à la neuvième section, des recommandations et des pistes d'intervention. Finalement, la dixième section fait état de la conclusion et permet d'apprécier une réponse globale à la problématique soulevée dans ce mémoire.

Contexte

La reconnaissance des droits et libertés des PPDI sise sur une chronologie historique de phénomènes qui ont façonné l'avènement des services qui leur sont présentement offerts. Le continuum sur lequel s'inscrit le regard de la société envers ces personnes a également un impact sur l'orientation des interventions (FQCRDITED, 2013). Toujours selon cette fédération, à ce jour, les PPDI vivent encore des situations à défis (situation de handicap) minimisant leur chance de participer socialement à leur communauté. Au cours des 50 dernières années, force est de constater que les situations se rapportant aux PPDI ont évolué, passant d'une philosophie de ségrégation à celle d'intégration sociale, d'inclusion sociale puis de participation sociale (FQCRDITED, 2013).

Avant la désinstitutionnalisation

L'organisation des services au Québec correspond à deux principales formes de prise en charge : la forme de type communautaire présente au début de la colonie française et celle de type institutionnel, qui s'échelonna par la suite sur une période d'environ un siècle. Le type communautaire fait référence à la tolérance envers les personnes dites folles. Le type institutionnel, quant à lui, est né d'un vouloir de prise de contrôle, dont le dispositif principal est l'asile (Dorvil *et al.*, 1997). À ce moment, ce sont les hôpitaux ou les communautés religieuses qui prennent en charge les PPDI (Juhel, 1997). Les connaissances ont évolué depuis, mais à l'époque des asiles, les causes de ce que les gens appelaient déviances ou folies trouvent dès lors leurs justifications en des causes célestes et divines, spéculant ainsi l'incurabilité de celles-ci. En fait, jusqu'en 1960, la folie est perçue par les francophones comme un mal incurable provoqué par Dieu pour nous punir ou pour nous éprouver. Cette conception de « maladie incurable » façonne les services offerts si bien que le modèle d'intervention privilégié était alors l'hébergement et la discipline plutôt que le traitement (Dorvil *et al.*, 1997), de même que les soins médicaux ayant pour unique but la guérison des symptômes (Juhel, 1997).

La désinstitutionnalisation

Par la suite, différents événements marquent le début des changements quant à la perception et aux interventions liées aux PPDI. Ceux-ci feront émerger le mouvement de

désinstitutionnalisation, qui aura pour impact le remaniement du système de services actuellement en place. C'est en 1961 que Jean-Charles Pagé (ex-patient de l'hôpital Saint-Jean-De-Dieu) publie le livre-choc : *Les fous crient au secours* qui, dans sa publication, dénonce les conditions déplorables et les mauvaises pratiques à l'égard des personnes vivant dans les asiles (Leclerc, 2006). Pour n'en nommer que quelques-unes : long séjour à l'asile, conditions de vie déplorables, traitements inadéquats des patients, régime autoritaire des infirmières, réglementation serrée des activités quotidiennes, proximité de vie abusive, exploitation de la force de travail, lobotomie, médication et électrochoc (Boudreau, 1981; Dorvil *et al.*, 1997). Cette dénonciation déclenche de vives réactions au sein de la population québécoise et remettra en question les asiles.

À la suite de la mobilisation publique qui suivit la parution de l'ouvrage de Jean-Charles Pagé, une Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques est formée par le gouvernement de Jean Lesage, le 9 septembre 1961, et qui portera le nom de commission Bédard (Leclerc, 2006). Une réforme des services psychiatriques sera dès lors engendrée par cette commission dans laquelle deux motifs de changement sont présentés : 1) volet économique (diminution des coûts par patient engendrée par l'expansion des services communautaires); et 2) reconnaissance du pouvoir de guérison (la maladie mentale est perçue comme curable; Boudreau, 1981; Dorvil *et al.*, 1997). Un peu plus tard, en 1971, viendra la commission Castonguay qui aura également un impact sur la continuité de la désinstitutionnalisation. Celle-ci adopte une approche globale dans laquelle le vocable « maladie » est remplacé par celui de santé, faisant ici référence non pas à la santé individuelle, mais à la santé publique (Dorvil *et al.*, 1997). Toujours selon ces auteurs, elle sera alors reconnue comme un droit et non pas comme un privilège, ce qui résultera en un nouveau système de services de soins et de services sociaux. De nouvelles structures sont donc créées : les centres locaux de services communautaires (CLSC), les conseils régionaux de santé et des services sociaux (CRSSS), les départements de santé communautaire (DSC) et la distinction entre centres hospitaliers de courte et de longue durée (Loi 65; Dorvil *et al.*, 1997). Cette période devient un tournant quant à la naissance d'une organisation de services.

La désinstitutionnalisation amène également son lot de questionnements quant aux impacts qu'elle engendre et ce sont malheureusement les retombées négatives qui retiennent l'attention. On parle alors : a) du syndrome de la porte tournante (il s'agit ici de réadmission, de réhospitalisation ou de réinstitutionnalisation); b) de la pénurie des services de traitement, de soutien et d'intégration dans la communauté; c) des impacts sur la famille des patients; et d) du rejet des plus démunis vers la voie de l'itinérance et de la criminalisation (Doré, 1987; Dorvil *et al.*, 1997).

Le principe de normalisation

Selon Lemay (1996), le principe de normalisation a d'abord été nommé par Niels Eric Bank-Mikkelsen (et illustré dans la Loi danoise de 1959), puis repris par Bengt Nirje en 1969. À ce moment, il avait notamment pour but de rendre disponible aux « handicapés mentaux » des habitudes et des conditions de vie quotidiennes qui sont le plus près possible des normes et habitudes d'une société (Lemay, 1996). Ce concept n'est alors pas connu des Québécois. C'est au début des années 1970 qu'il est redéfini et popularisé en Amérique du Nord par Wolf Wolfensberger afin que ses formulations s'appliquent à toutes les classes socialement défavorisées (Lemay, 1996). Toujours selon cet auteur, Wolfensberger met de l'avant la participation sociale et valorisée, qui, selon lui, est autant le but que le moyen de la normalisation. En 1982, tandis que l'on constate l'adoption de la Loi constitutionnelle de 1982, qui inclue la Charte canadienne des droits et libertés, Wolfensberger redéfinira ce même concept voulant que la normalisation implique l'utilisation de moyens culturellement valorisés. Les objectifs étant d'aider les personnes à établir ou à maintenir des rôles socialement valorisés. Le concept de déviance devient désormais la dévalorisation sociale (Lemay, 1996). Toujours selon cet auteur, c'est à la suite de malentendus et de plusieurs réflexions que ce dernier conceptualisera de nouveau le principe de normalisation par celui de valorisation des rôles sociaux.

Principe de valorisation sociale

Cette conceptualisation émane du fait que Wolfensberger suggère que les rôles sociaux positifs sont fondamentaux pour saisir et contrecarrer la dévalorisation sociale (Wolfensberger, 2011). Le développement de compétences (le développement des capacités et des habiletés personnelles; Gouvernement du Québec, 2001) et l'amélioration de l'image sociale favorisent la valorisation sociale (Wolfensberger, 2011). L'influence et l'importance de ce principe sont telles qu'aujourd'hui, on est à même de le considérer comme la pierre angulaire quant à l'organisation actuelle des services offerts aux PPDI. Cette nouvelle philosophie marque l'avènement d'une considération nouvelle à l'égard de ces personnes : l'intégration sociale dont celle-ci influencera le gouvernement québécois de l'époque.

De l'intégration à la participation sociale : politiques et lois

En 1988, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) propose une première politique mettant à l'avant-plan l'intégration des PPDI. Celle-ci repose sur les principes d'intégration sociale et de valorisation des rôles sociaux intitulée : *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle : un impératif humain et social*. La notion de reconnaissance des droits de la personne se concrétise. En fait, par l'entremise de cette politique, la société québécoise exprime dès lors la volonté d'intégrer les PPDI en considérant la reconnaissance des droits des personnes et la reconnaissance de leur autonomie, de leurs compétences, de celles de leur famille et de la communauté (Gagnier et Lachapelle, 2003; Tremblay et Pigeon, 2004). Cette politique visait que le processus de désinstitutionnalisation des PPDI encore admises en institution psychiatrique se termine (Tremblay et Pigeon, 2004). L'évolution des connaissances et des pensées, ainsi que les reconnaissances issues de cette politique influenceront la création de lois visant à améliorer la compréhension et la qualité de vie des PPDI ainsi que celle de leur famille et de leurs proches.

D'ailleurs, en 1991, un tournant historique est vécu pour les PPDI par la refonte de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (LSSSS). Cette loi a permis la création des Centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI; Tremblay et Pigeon, 2004),

connus aujourd'hui sous l'appellation des CISSS (Centre intégré de santé et de services sociaux) et CIUSSS (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux). Leur mandat étant d'offrir des services d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale ainsi que des services de soutien à l'entourage et à la communauté (Tremblay et Pigeon, 2004). Ils assurent ainsi l'accessibilité, la continuité et la qualité des services à la population (Gagnier et Lachapelle, 2003; Gouvernement du Québec, 2022). Bien que les fournisseurs de services principaux soient les CRDI, d'autres font leur apparition : les professionnelles et professionnels de la santé des cabinets privés, les hôpitaux et les CLSC. Tous interviennent de sorte à réaliser le dépistage de la DI ou du retard de développement, à assurer les traitements médicaux requis et à offrir du soutien aux familles, puis les orienter vers d'autres services si nécessaire (Gouvernement du Québec, 2001).

En 2001, à la suite de plusieurs réflexions, le Gouvernement du Québec se dote d'une seconde politique : *De l'intégration sociale à la participation sociale : politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches*. Le but ultime de cette politique est d'offrir aux personnes, par le biais d'un réseau de services intégrés, une gamme de services répondant à leurs besoins. Elle vise également à leur fournir des outils pouvant soutenir le développement optimal de leur potentiel et leur processus d'intégration sociale, et ce, en collaboration avec les différents acteurs de la communauté (Gouvernement du Québec, 2001). Dans cette visée, cette politique soutient qu'il s'avère essentiel de mieux appuyer les familles et les proches concernés, de même que renforcer la collaboration intersectorielle (Gouvernement du Québec, 2001). Une volonté de l'État est constatée dans la reconnaissance des droits aux PPDI à être active à part entière au sein de la société québécoise, dans le but d'améliorer leur qualité de vie. D'une part, cette politique stipule qu'on reconnaît désormais leurs droits à l'exercice d'une véritable citoyenneté. D'autre part, elle insiste sur leur besoin de participer activement à la vie de leur communauté (Gagnier et Lachapelle, 2003).

Au même moment, en 2004, la *Déclaration de Montréal sur la déficience intellectuelle* souligne la nécessité de mettre en place des moyens efficaces pour éviter que les PPDI ne soient

lésées dans l'exercice de leurs droits et privilèges (Organisation panaméricaine de la santé [OPS] et Organisation mondiale de la santé [OMS], 2004). Celle-ci déclare : a) leurs droits et libertés; b) l'élimination de toute forme de discrimination; c) la reconnaissance des désavantages historiques et des obstacles que rencontrent les PPDI; d) le besoin d'alléger les impacts négatifs de la pauvreté sur leurs conditions de vie; e) leur droit à prendre des décisions, la liberté de leurs choix ayant fréquemment été niée, ignorée, abusée ou retirée; f) la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées; g) l'importance d'une approche basée sur les droits humains en matière de santé, de bien-être et de déficience; h) la considération et la reconnaissance des besoins des PPDI à titre de citoyens égaux; et i) l'importance significative de la coopération internationale comme moyen de promouvoir de meilleures conditions d'exercice et de pleine jouissance des droits humains et des libertés fondamentales des PPDI (OPS et OMS, 2004).

Malgré l'intention de cette déclaration, force est de constater que ces dernières ne sont pas toujours considérées comme des membres à part entière dans la société dans laquelle ils vivent. En fait, pour un grand nombre de personnes handicapées au Québec, la participation sociale demeure un défi quotidien (OPHQ, 2009). Beaucoup éprouvent encore des difficultés marquées telles que : a) la réalisation d'activités aussi essentielles que préparer ses repas, effectuer des travaux ménagers, aller à des rendez-vous ou faire des courses, s'occuper de ses finances personnelles et voir à ses soins personnels; b) se loger adéquatement selon ses besoins spécifiques; c) communiquer; et d) se déplacer. Ce sont là des activités courantes pour lesquelles bon nombre de personnes handicapées rencontrent des obstacles récurrents (OPHQ, 2009).

C'est pour cette raison que le 4 juin 2009, la politique : *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* est adoptée (OPHQ, 2009). Celle-ci a pour but d'accroître la participation sociale des personnes handicapées. Elle vise l'atteinte de résultats liés à l'amélioration significative des conditions de vie des personnes handicapées, à une réponse complète à leurs besoins essentiels et à la parité avec les autres citoyens dans l'exercice de leurs rôles sociaux (OPHQ, 2009).

Problématique

La combinaison d'incapacités à la fois intellectuelles et comportementales est un des facteurs qui complexifie la capacité des PPDI à participer activement à la vie sociale, donc de limiter significativement leurs expériences de vie (Einfeld et Emerson, 2016; FQCRDITED, 2013). Il est à noter qu'environ 10 à 20 % d'entre elles adoptent des comportements-défis tels que l'agression, la destructivité et l'automutilation, qui s'accompagnent souvent de sentiments de colère (Allen *et al.*, 2007; Cooper *et al.*, 2009, cités dans Griffith *et al.*, 2019). Ces comportements représentent la moitié des comportements-défis chez les PPDI (Lambert, 2002), sans compter que ces personnes sont plus à risque d'en émettre que la population ne présentant pas de DI (Gagnon et Morin, 2015). Einfeld et Emerson (2016), quant à eux, situent le taux de prévalence entre 4 et 15 % chez les PPDI. Cela peut s'expliquer par des facteurs méthodologiques tels que : les différentes définitions opérationnelles du concept de comportement-défi existantes, les méthodes d'identification de cas et selon l'influence des attentes de cultures et de contextes particuliers dans lequel les comportements se présentent. Les études administratives répertoriées dans leur ouvrage se sont réalisées soit en Angleterre, au Pays de Galles, ou encore en Norvège, puis ciblent la présence de comportements-défis plus difficiles/sévères, ce qui peut expliquer cette différence.

L'émission de tels comportements chez les PPDI entraîne des conséquences telles qu'une qualité de vie inférieure, des limitations dans leurs expériences de vie, la mise en péril de la santé, de la sécurité et du bien-être des individus qui s'occupent d'elles et la présence de situations-défis pour les organisations qui leur fournissent un soutien éducatif, des soins de santé et des services de bien-être et l'admission dans des établissements intensifs et spécialisés (Einfeld et Emerson, 2016; Griffith *et al.*, 2019; Griffith *et al.*, 2016). Selon Lambert (2002), ces situations se posent comme de véritables défis à l'organisation des structures d'accueil et d'intégration communautaire, plus particulièrement dans la nature des services qui permettent de répondre à leurs besoins. Les comportements agressifs émis par les PPDI peuvent entraver leur processus de placement continu dans la communauté. Selon Singh *et al.* (2007), les critères d'admission sont souvent stricts, particulièrement en ce qui a trait aux comportements agressifs, nuisant ainsi à la poursuite du placement de tout individu dont le comportement perturbe la stabilité du foyer. De

plus, les réadmissions répétées en milieux psychiatriques entraînent de plus en plus d'obstacles à l'obtention d'une qualité de vie améliorée et prolongée dans la communauté (Singh *et al.*, 2003).

Les impacts et les conséquences sont constatés tant chez la personne qui commet les agressions que chez celles qui s'occupent d'elles. Einfeld et Emerson (2016) parlent d'impacts physiques immédiats et de conséquences sociales. Les impacts physiques immédiats font référence à : a) des blessures; b) des infections; c) une perte de la vue; d) une perte d'audition; e) des altérations neurologiques; et f) la mort. Les conséquences à caractère social se définissent comme suit : a) limitation des relations sociales; b) réduction de leur participation aux activités communautaires; c) réduction des occasions de se trouver un emploi; d) stress vécu par les parents; e) diminution des accès aux services sociaux; f) exclusion des services communautaires; g) admission/réadmission/retenue dans des milieux plus isolés et des institutions (environnements peu stimulants, désinvestissement des personnes qui les entourent, personnel fuyant); h) abus physiques; et i) traitements inappropriés (méthodes de contrôle préjudiciables, utilisation généralisée de médication antipsychotique, utilisation de contention).

Il est donc impératif d'agir sur les comportements agressifs des APDI afin d'augmenter leurs possibilités d'adaptation et de réadaptation de sorte qu'ils puissent être partie prenante de la société dans laquelle ils vivent. Selon Singh *et al.* (2007), la possibilité de vivre en milieu communautaire est importante pour leur qualité de vie et favorise un mode de vie plus indépendant. Toujours selon ces auteurs, cette possibilité offre notamment une plus grande autonomie dans leurs choix de vie, augmente leur sentiment d'autodétermination, réduit leur désespoir et offre des opportunités pour une plus grande inclusion sociale.

Pour ce faire, des interventions spécialisées et adaptées à leurs besoins, à leurs forces et à leur compréhension doivent être déployées. Le but étant qu'elles puissent réguler leurs émotions sous-jacentes à l'émission de comportements agressifs. Ces interventions doivent maximiser le développement d'habiletés permettant l'atteinte de cette visée. Elles doivent notamment être accessibles pour les APDI vivant en RAC ou en URI. Un premier repérage d'articles scientifiques

a été réalisé en mars 2022 afin de constater s'il existe des stratégies d'intervention spécifiques aux APDI, concomitante à la présence de comportements agressifs, et vivant en RAC ou en URI.

L'approche pathologique, qui à la base, considère le problème sous l'angle d'une pathologie, a été répertoriée (Einfeld et Emerson, 2016). Elle stipule que peu importe son contexte et ses conditions d'apparition, elle est à éliminer. Elle peut être bénéfique dans le cas où un comportement-défi a lieu en réponse à une situation spécifique, qui n'est pas en soi importante pour la santé. Dans ce cas, il s'agirait que la situation soit tout simplement évitée.

La littérature fait également état de la présence d'interventions pharmacologiques utilisées auprès des PPDI. Le manque de donnée scientifique relative à l'utilisation des médicaments psychotropes chez ces dernières limite le niveau de preuve sur leur efficacité, d'autant que ces médicaments peuvent entraîner des effets indésirables chez certaines personnes, allant de conséquences minimales au risque de décès (Einfeld et Emerson, 2016). Les preuves sont également limitées concernant les antipsychotiques de nouvelle génération quant à leur utilité pour réduire l'agressivité auprès de cette population (Singh *et al.*, 2011).

Au-delà des interventions pharmacologiques, quatre autres types d'intervention visant la réduction de la colère et des comportements-défis sont répertoriés : 1) interventions comportementales (suppression du comportement par l'octroi de punitions ou de renforcements différentiels); 2) interventions écologiques (modification de la routine ou de l'environnement afin de prévenir l'apparition des comportements inappropriés); 3) stratégies réactives (acquisition de techniques et de stratégies par les intervenants pour gérer le comportement quand il apparaît); et 4) programmation positive (acquisition de nouvelles habiletés permettant à la PPDI de vivre dans son environnement sans ressentir le besoin d'utiliser les comportements inappropriés; Galdin *et al.*, 2011; Whitaker, 2001). Toujours selon ces auteurs, cette dernière repose sur l'objectif de fournir à l'individu un contrôle intrinsèque sur son comportement, diminuant ainsi la dépendance vis-à-vis ses services, et augmentant, par le fait même, son habileté d'autorégulation, donc de gestion des comportements.

L'approche constructiviste, quant à elle, consiste à construire des répertoires plutôt que de les éliminer, c'est-à-dire l'apprentissage de nouvelles compétences permettant à un individu de répondre de façon plus appropriée aux situations qui suscitent l'émission de comportements agressifs (Einfeld et Emerson, 2016). Il existe trois bonnes raisons en faveur de cette approche (Cullen *et al.*, 1981, cités dans Einfeld et Emerson, 2016). D'abord, elle permet d'augmenter l'utilisation de comportements alternatifs et de diminuer les abus de pouvoir thérapeutiques, ensuite elle favorise le soutien à l'apprentissage de nouvelles compétences et finalement, elle permet la réduction, voire la disparition des comportements-défis (Einfeld et Emerson, 2016).

Concernant les approches comportementales (modification opérationnelle; concurrence comportementale et covariance de réponse; modification des conséquences de maintien; techniques punitives; techniques d'autogestion [entraînement à la gestion de la colère, entraînement aux compétences sociales et entraînement à la résolution de problème]), elles pourraient réduire l'émission des comportements-défis chez les PPDI (Einfeld et Emerson, 2016). Ces approches ont démontré leur efficacité, notamment dans la réduction rapide des comportements agressifs. Elles ont toutefois des limites, par le manque de littérature scientifique à ce sujet, qui ne permettent pas de prédire la proportion de cas dans laquelle il est probable que le changement réussisse et si les acquis de gestions et les effets de l'intervention perdureront dans le temps (Einfeld et Emerson, 2016). Les traitements comportementaux reçus en milieu psychiatriques ne parviennent pas toujours à se généraliser dans la communauté, soit en raison de la nature de l'intervention elle-même, soit parce que leur traitement comportemental n'a pas été correctement programmé pour le maintien des acquis dans d'autres contextes ou situations (Singh *et al.*, 2003).

Les thérapies en psychologie et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont été identifiées comme interventions pouvant être utilisées auprès des PPDI (Einfeld et Emerson, 2016). Les TCC font état de résultats prometteurs quant au contrôle de la colère chez les PPDI légère. La problématique actuelle réside dans le fait que celles-ci doivent être mises en œuvre par du personnel hautement qualifié, et ce, dans des contextes contrôlés (conditions qui ne sont

généralement pas présentes dans la communauté; Singh *et al.*, 2007). Les TCC présentent tout de même des défis particuliers pour les PPDI légère, car elle exige des niveaux élevés de compétences linguistiques ainsi que la capacité d'être introspectif et conscient de soi, sans toutefois aborder explicitement le développement de cette conscience (Griffith *et al.*, 2016).

Enfin, des méthodes basées sur la pleine conscience pourraient répondre aux besoins qu'on les PPDI d'accéder à des techniques simples d'intervention et qui démontreraient des résultats prometteurs sur la diminution de leurs comportements agressifs. Selon Griffith *et al.* (2016), les méthodes basées sur la pleine conscience permettraient la prise de conscience des signes corporels, cognitifs et comportementaux de la colère pouvant ainsi réduire les épisodes émotionnels. Bien que les études en lien avec les techniques de méditation soient plus récentes dans les recherches comportementales actuelles, elles semblent être un levier à explorer (Singh *et al.*, 2007). Ces mêmes auteurs se penchent sur l'idée que d'apprendre aux individus à contrôler leurs propres comportements peut être une stratégie utile pour réduire le risque de manifester des comportements agressifs.

Définition des concepts

Ce chapitre présente la définition de concepts permettant de comprendre les différents éléments soulevés dans ce travail de recherche. D'abord, une définition de la déficience intellectuelle est proposée. Est ensuite relatée celle de la régulation émotionnelle. Finalement, celle ayant trait aux comportements-défis est soulevée.

Déficience intellectuelle

Au cours des siècles, la terminologie concernant le concept de DI fut influencée par différents phénomènes socioculturels. Tassé et Morin (2003) expliquent qu'au 19^e siècle dans le système de classification que propose Édouard Séguin (1812-1880), « père » de l'éducation spécialisée, les PPDI sont qualifiées d'idiots (pour la DI moyenne et plus grave) et d'imbéciles (pour la DI légère). Ces mêmes auteurs stipulent que les termes suivants feront leur apparition : « retard mental », « déficience de l'intelligence », « handicap mental », « retard mental » et « déficience intellectuelle ». Par ailleurs, le Mouvement des personnes d'abord met à l'avant-plan l'utilisation du mot « personnes » en substituant le terme « handicapé » pour « personne ayant un handicap » (Tassé et Morin, 2003).

Jusqu'à récemment, il n'y avait pas de consensus au Québec quant au terme à utiliser. Une minorité de gens utilisait le terme « retard mental » alors que la grande majorité parlait de « déficience intellectuelle ». Toutefois, l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) a remplacé l'expression « retard mental » par « déficience intellectuelle » dans la 11^e édition de son manuel rejoignant ainsi les milieux de pratiques et la communauté internationale. L'expression « déficience intellectuelle » réfère à une condition spécifique permettant d'observer l'écart entre les capacités de la personne et les exigences de l'environnement, plutôt que de considérer les facteurs explicatifs des déficits comme des conditions appartenant uniquement à la personne. Par ailleurs, on parlera désormais des personnes qui « présentent une déficience intellectuelle » plutôt que celles « ayant une déficience intellectuelle » (AAIDD, 2011).

Il existe plusieurs définitions de la DI; plus d'une organisation en propose. On compte parmi celles-ci : l'OMS, l'American Psychiatric Association (APA) et l'AAIDD. Cet ouvrage retient celle de l'AAIDD. L'AAIDD (2011), dans la 11^e édition du *Manuel de définition, classification et systèmes de soutien de la déficience intellectuelle*, stipule que : « La déficience intellectuelle est caractérisée par des limitations significatives du fonctionnement intellectuel et du comportement adaptatif, lequel se manifeste dans les habiletés conceptuelles, sociales et pratiques. Cette incapacité survient avant l'âge de 18 ans. » (p. 1).

Le fonctionnement intellectuel réfère à la capacité mentale générale d'un individu; cela inclut le raisonnement, la planification, la résolution de problèmes, l'apprentissage, la pensée abstraite et la compréhension. La façon de mesurer le fonctionnement intellectuel est un test de Quotient intellectuel (QI). De façon générale, un QI de plus de deux écarts-types sous la moyenne, c'est-à-dire inférieur à 70, indique la présence de limitations significatives au niveau cognitif (AAIDD, 2011).

Le comportement adaptatif, quant à lui, résulte en une incapacité à satisfaire aux standards développementaux et socioculturels d'autonomie et de responsabilité sociale comparativement à des individus appariés en termes d'âge, de genre et/ou de niveau socioculturel (Rinaldi, 2021). Toujours selon cette auteure, sans soutien adapté, ces déficits adaptatifs peuvent limiter la réalisation d'activités de la vie quotidienne, par exemple, la communication, l'accès au logement indépendant et la participation sociale. Voici quelques exemples d'habiletés adaptatives : 1) habiletés conceptuelles (lire, écrire, comprendre les concepts liés à l'argent, comprendre le langage oral ou écrit); 2) habiletés sociales (interactions sociales, estime de soi, responsabilités, obéir aux lois et aux règlements); et 3) habiletés pratiques (activités quotidiennes [préparation des repas, tâches ménagères, utilisation du transport, etc.], soins personnels [alimentation, déplacements, habillage, etc.], sécurité, autonomie et utilisation du téléphone; AAIDD, 2011).

En plus de ces critères, des postulats s'ajoutent à cette définition. Ceux-ci considèrent la DI comme un état évolutif; qui n'est donc pas statique dans le temps. Voici les cinq postulats de base de l'AAIDD (2011) :

1. Les limitations dans le fonctionnement actuel doivent tenir compte des environnements communautaires typiques du groupe d'âge de la personne et de son milieu culturel.
2. Une évaluation valide tient compte à la fois de la diversité culturelle et linguistique de la personne, ainsi que des différences sur les plans sensorimoteurs, comportementaux et de la communication.
3. Chez une même personne, les limitations coexistent souvent avec des forces.
4. La description des limitations est importante, notamment pour déterminer le profil de soutien requis.
5. Si la personne présentant une déficience intellectuelle reçoit un soutien adéquat et personnalisé sur une période soutenue, son fonctionnement devrait s'améliorer. (p. 1)

Il devient dès lors important de considérer la globalité des indices de mesure (critères diagnostics et postulats de base) afin d'offrir un soutien individualisé aux PPDI, permettant l'atteinte de leurs objectifs de vie. Le but étant que celles-ci puissent actualiser leur plein potentiel pour maximiser leur participation sociale et augmenter leur qualité de vie.

Selon le modèle du fonctionnement humain de l'AAIDD (2011), le niveau de fonctionnement d'une personne est influencé par cinq facteurs spécifiques : 1) l'intelligence; 2) les comportements adaptatifs; 3) la participation sociale; 4) la santé; et 5) le contexte social. Le principe sous-jacent à ce modèle propose que la DI se manifeste en fonction de l'écart entre les compétences de la personne, les demandes de l'environnement et les soutiens disponibles dans cet environnement. La présence de soutiens adaptés aux besoins des PPDI permettra de réduire l'écart entre ses déficits et les exigences de son environnement en lui facilitant une meilleure participation sociale (AAIDD, 2011).

Dans la communauté scientifique, le taux de prévalence de la DI ne fait pas consensus. Néanmoins, la littérature distingue deux taux à considérer : le taux théorique qui se chiffre à environ 3 % de la population et le taux réel représentant environ 1 % de la population. Cela

s'explique par le fait qu'une distribution normale de la population ferait en sorte qu'il y ait environ 3 % de la population générale qui démontre un QI et des comportements adaptatifs significativement inférieurs à la moyenne (Ordre des psychologues du Québec, 2007). Or, comme une distribution parfaitement normale est rarissime, et considérant que plusieurs études ont obtenu des résultats avoisinant un taux de 1 %, il est proposé de statuer que le taux de prévalence actuel se situe entre 1 % et 3 % de la population générale (Tassé et Morin, 2003).

Régulation émotionnelle

Il existe plus d'une définition du concept de régulation émotionnelle, surtout concernant l'autorégulation, ce qui peut engendrer des difficultés dans la compréhension du concept général et dans son processus d'actualisation. Force est de constater que ce concept prend de plus en plus de place au sein de la communauté scientifique, notamment dans les différents champs d'expertise. Pour ce travail de recherche, le concept général de la régulation émotionnelle est proposé, puis s'en suivront des explications concernant les concepts sous-jacents lui étant associés (autorégulation, hétérorégulation et dysrégulation). Elles permettront de mieux comprendre ce qu'est la régulation émotionnelle dans un contexte d'intervention.

Gagné *et al.* (2009) stipulent que la régulation émotionnelle fait référence en des processus d'évaluation, d'autosurveillance et de gestion des réactions émotionnelles ayant pour but de s'ajuster aux situations, et donc, d'atteindre ses objectifs. La régulation émotionnelle inclut des aspects cognitifs (décodage du non verbal) puis comportementaux (s'approcher ou s'éloigner d'une personne) et a ainsi lieu au moment du délai entre l'événement déclencheur de l'émotion et la réponse comportementale. La plupart des chercheurs en psychologie cognitive s'entendent pour considérer la régulation émotionnelle comme une fonction exécutive (la zone frontale est d'ailleurs mise à contribution). Elle fait notamment appel : a) aux capacités d'inhibition pour la gestion des impulsions verbales et/ou motrices; b) à la flexibilité cognitive pour la prise en compte de la perspective des autres; et c) à la capacité d'anticiper les réactions d'autrui (Gagné *et al.*, 2009).

Inspirés des théories sur l'évaluation cognitive de l'émotion, Gross (2014) de même que Gross et Thompson (2007) stipulent, quant à eux, que la régulation émotionnelle est un ensemble de mécanismes qui permet d'influencer les émotions ressenties, à quels moments celles-ci surgissent et comment elles sont ressenties, puis exprimées. Gross (2014) nomme d'ailleurs que « la régulation des émotions concerne la manière dont les émotions elles-mêmes sont régulées (régulation des émotions), plutôt que la manière dont les émotions régulent autre chose (régulation par les émotions) » (traduction libre, p. 6). Les trois caractéristiques fondamentales de la régulation des émotions sont l'activation d'un objectif de régulation (objectif activé par soi ou par autrui), l'engagement de processus de régulation et la modulation de la trajectoire des émotions puis son impact sur la dynamique des émotions (impact ou la latence, le temps de montée, l'ampleur, la durée et le décalage des réponses dans les domaines expérientiels, comportemental ou physiologique variant en fonction des objectifs; Thompson, 1990, cité dans Gross, 2014). Dans cette visée, la régulation émotionnelle consiste à l'ensemble des processus par lesquels un individu évalue, contrôle et modifie ses réponses émotionnelles en fonction de ses buts, ou en vue d'exprimer un comportement émotionnel socialement adéquat (Gross et Thompson, 2007).

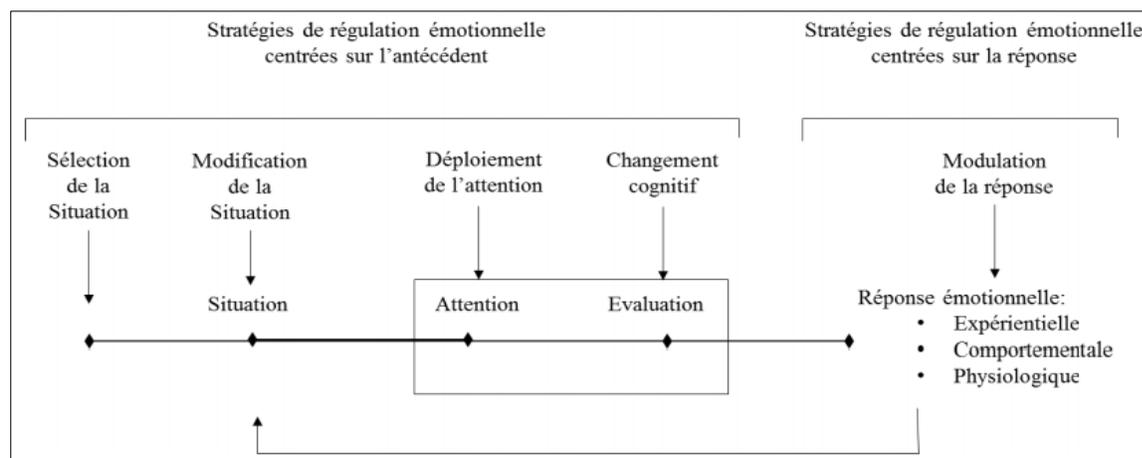
Toujours selon Gross et Thompson (2007), la régulation des émotions se réfère notamment à un ensemble hétérogène de processus par lesquels les émotions sont elles-mêmes régulées. Les buts étant d'atténuer, de maintenir ou d'intensifier l'émotion, et ce, qu'elle soit positive ou négative, selon les objectifs visés. Elle réfère aux processus de régulation tant extrinsèque qu'intrinsèque. En fait, le processus extrinsèque est opéré par une situation externe de l'individu, indépendante de sa démarche volontaire, modifiant son état émotionnel. Quant au processus intrinsèque, il est opéré par l'individu, ce qui lui permet de répondre lui-même émotionnellement de façon automatique (inconsciente) ou volontaire (consciente).

Toujours selon Gross et Thompson (2007), il existe deux types de stratégies de la régulation émotionnelle : 1) celle centrée sur les antécédents émotionnels (*antecedent-focused regulation*); et 2) celle centrée sur les réponses émotionnelles (*response-focused regulation*). De ces deux types de stratégies, cinq familles de stratégies y sont associées. Les quatre premières

s'opèrent avant l'activation de l'émotion, donc au moment des antécédents émotionnels (réguler l'émotion avant qu'elle ne soit exprimée) : la sélection de la situation, la modification de la situation, l'orientation de l'attention et l'évaluation cognitive. Quant à la cinquième famille, celle-ci s'opère lorsque l'émotion est induite, donc au moment des réponses émotionnelles (régulation de l'émotion a posteriori); elle réfère à la modulation de la réponse (Gross et Thompson, 2007). Ces stratégies sont illustrées comme suit dans la Figure 1.

Figure 1

Le modèle des processus de la régulation émotionnelle (tiré de Gross et Thompson, 2007)



Définition de l'autorégulation

Selon Nader-Grosbois (2007b), l'autorégulation fait référence à la régulation intrapsychique qui permet d'exercer un contrôle interne de ses comportements. Cette même auteure stipule que selon la psychologie développementale, la prémisse de l'autorégulation est basée sur l'habileté cognitive de planification (élaborer et coordonner une séquence d'actions visant l'atteinte d'un but ou d'une résolution de problème); celle-ci relevant des fonctions exécutives et gérées par les lobes frontaux (processus supérieurs). Elle ajoute qu'une personne développe l'habileté à se réguler par l'intégration progressive des normes sociales, puis en développant un répertoire de stratégies. Elle est donc en mesure de sélectionner les stratégies à utiliser en fonction des caractéristiques de l'environnement. L'autorégulation permet ainsi

l'émission d'actions intentionnelles dans lesquelles l'attention sélective et l'inhibition de réponses inadéquates sont mises en œuvre. Ce processus conduira à l'élaboration de plans stratégiques vers l'obtention d'un but recherché (Nader-Grosbois, 2007b).

Selon la psychologie de l'apprentissage, l'apprenant a la possibilité de mobiliser des ressources personnelles ainsi que celles de son environnement social et matériel afin d'augmenter sa participation active (s'adapter aux exigences des apprentissages) donc de diminuer la dépendance au partenaire (Nader-Grosbois, 2007b).

Quant à la psychologie des personnes en situation de handicap, les processus motivationnels sont impliqués dans les apprentissages et le développement du système de soi (Nader-Grosbois, 2007b). C'est dans cette perspective que l'autorégulation est considérée comme un ensemble de processus où sont interreliées les variables psychologiques de la personne, son répertoire biologique et son environnement immédiat, afin d'orienter ou de soutenir le comportement dirigé vers un but (Karoly et Kanfer, 1997, cités dans Nader-Grosbois, 2007b). Quant à lui, Whitman (1990) définit l'autorégulation comme un système de réponse complexe, impliquant un éventail de compétences qui sont généralement applicables à toutes les situations. Certaines le sont toutefois à des situations plus spécifiques. Par ailleurs, les individus doivent prendre des décisions ayant trait aux compétences à utiliser selon la situation présentée. Ils doivent notamment apprendre à examiner la tâche à accomplir, à examiner leur répertoire stratégique, à formuler un plan d'action, à le promulguer, à l'évaluer lorsqu'il est mis en œuvre, puis finalement à le réviser si nécessaire.

Définition de l'hétérorégulation

Selon Nader-Grosbois (2007b), l'hétérorégulation fait référence à la régulation interpsychique d'une personne, proposant une interaction entre un adulte (partenaire) et cette dernière (processus actif). Cette interaction émane d'initiatives de l'adulte (partenaire) par : a) étayage; b) régulation interpsychique; c) médiation sociale; d) tutorat; et e) contingence émise à l'égard d'une personne. Cette auteure ajoute que ces différentes initiatives favorisent le

développement d'habiletés d'apprentissage de la personne et influencent le développement de ses stratégies autorégulatrices. En d'autres mots, ce processus interactif guide la personne dans ses modes d'approche au monde social en introduisant ou en renforçant certains de ses comportements. Cela l'amène à prendre conscience des actions et des opérations sous-jacentes aux transformations de l'environnement (Nader-Grosbois, 2007b).

Modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation

En tenant compte des aspects retrouvés dans les définitions des concepts de régulation émotionnelle, d'autorégulation et d'hétérorégulation, Nader-Grosbois (2002, citée dans Nader-Grosbois, 2007b), quant à elle, met de l'avant un modèle de la régulation émotionnelle qui tient compte du caractère intégratif et dynamique de l'autorégulation et de l'hétérorégulation (voir Figure 2). Ce modèle intègre les ressources personnelles, l'environnement social et l'environnement matériel, tout en considérant le caractère multidimensionnel (cognitives, socio-communicatives, motivationnelles) des comportements qui peuvent être émis tant par l'apprenant que par l'adulte (ou partenaire) qui encadre l'apprentissage ou la résolution de problème (Letalle *et al.*, 2014; Nader-Grosbois, 2007b). D'une part, les caractéristiques et compétences individuelles sous-tendent l'autorégulation, tandis que l'adulte (partenaire), en tant qu'accompagnateur, soutient la personne dans son processus d'hétérorégulation.

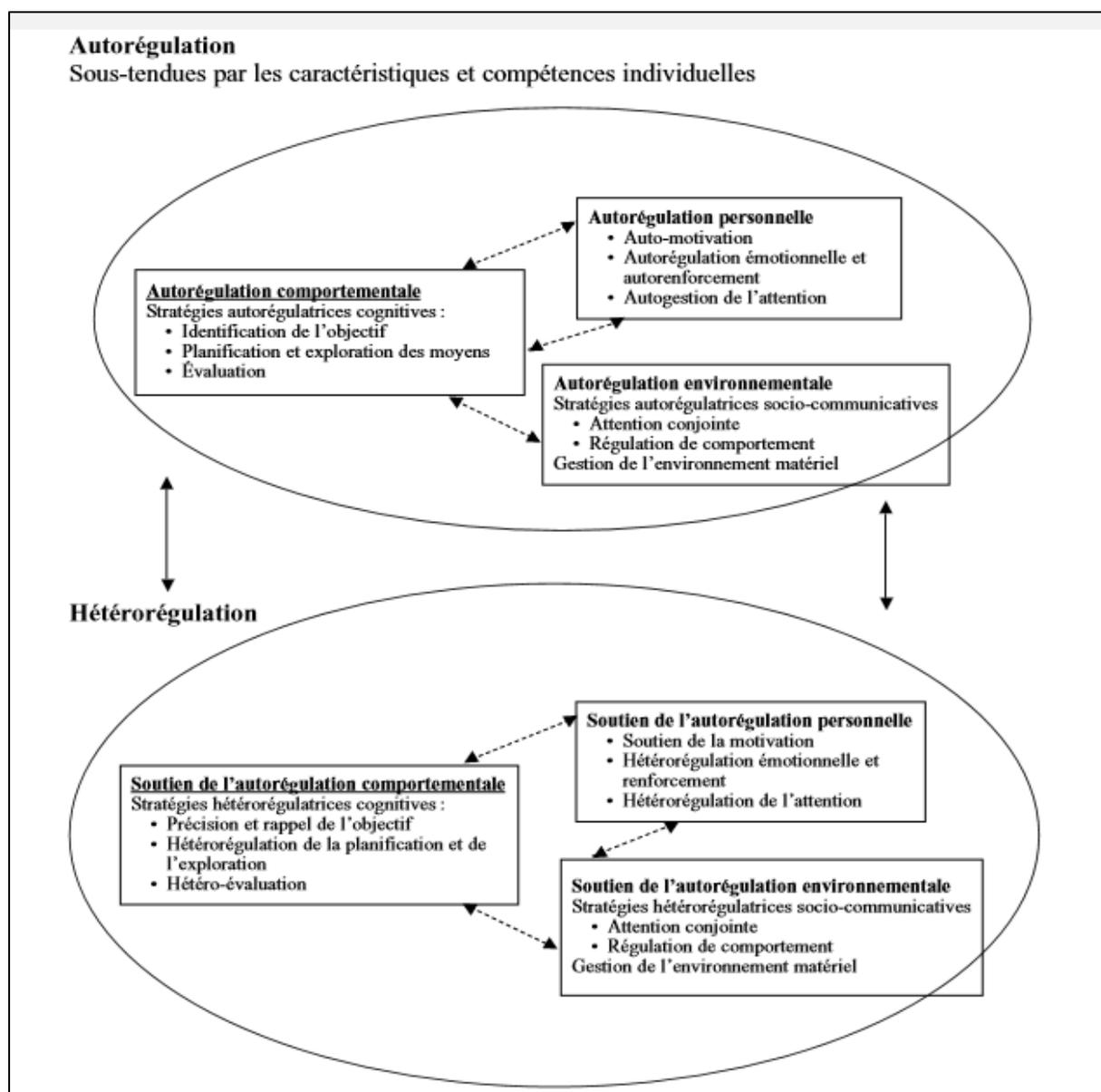
Ce modèle se compose de trois catégories de stratégies de régulation, et ce, tant pour l'autorégulation que l'hétérorégulation : 1) la régulation comportementale (stratégies cognitives d'identification de l'objectif, de planification et exploration des moyens puis d'évaluation); 2) la régulation personnelle (stratégies motivationnelles, de régulation émotionnelle et de renforcement, ainsi que la gestion de l'attention); et 3) la régulation environnementale (stratégies socio-communicatives [attention conjointe et régulation du comportement] et de gestion de l'environnement matériel; Letalle *et al.*, 2014; Nader-Grosbois, 2007a, 2007b).

Selon ce modèle, l'autorégulation est un processus par lequel la personne planifie et anticipe son action, maintient son attention et sa motivation, évalue et ajuste ses actions, puis

lorsque nécessaire, sollicite son environnement social en demandant de l'aide, de l'attention conjointe ou de l'approbation, et ce, en fonction d'un objectif à atteindre (Haelewyck et Palmadessa, 2009, cités dans Letalle *et al.*, 2014).

Figure 2

Le modèle intégré de l'autorégulation et de l'hétérorégulation (Nader-Grosbois, 2002, citée dans Nader-Grosbois, 2007b)



Parallèlement, l'adulte (partenaire) qui hétérorégule doit adapter ses stratégies en fonction des besoins de la personne (Nader-Grosbois, 2007b). Entre autres, il doit préciser ou rappeler l'objectif, inciter à la planification et à l'exploration des moyens et inviter à l'évaluation ou à l'hétéro-évaluation (l'hétérorégulation comportementale). Il doit soutenir la motivation et la réactivation de l'attention de l'apprenant (hétérorégulation personnelle). Il doit accompagner à l'utilisation de la socio-communication (attention conjointe et régulation de comportement) ainsi que soutenir la gestion de l'environnement matériel (hétérorégulation environnementale; Letalle *et al.*, 2014; Nader-Grosbois, 2007b). Pour être bénéfique, l'hétérorégulation doit s'adapter aux capacités de la personne (sans être trop directive), et prendre la forme d'une démarche pédagogique progressive qui consiste à réduire l'apport d'aides externe (adulte/partenaire). Le but étant de permettre à la personne de parvenir à se réguler seule (Letalle *et al.*, 2014; Nader-Grosbois, 2007a, 2007b).

Enfin, le décodage doit s'opérer selon une logique dynamique interactive (où le comportement hétérorégulateur de l'adulte et le comportement autorégulateur de l'apprenant s'adaptent, varient et évoluent) et non pas selon une logique de cause à effet (où un type d'hétérorégulation induirait un type d'autorégulation; Nader-Grosbois, 2007b).

Les fonctions de la régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle permet le recul nécessaire pour l'évaluation que fait une personne de l'émotion émise (avec ou sans aide). Elle peut servir à modifier : a) le type d'émotion (passer d'une émotion négative à soit une absence ou à une émotion positive); b) son intensité (atténuer ou intensifier une émotion); c) sa durée (prolonger ou écourter l'émotion); et d) une ou plusieurs composantes de l'émotion (p. ex., diminuer la composante expressive de sorte à ne pas laisser paraître l'émotion vécue; Gross et Thompson, 2007; Mikolajczak *et al.*, 2012). Toujours selon ces auteurs, elle permet également d'aller chercher les stratégies nécessaires qui répondent aux buts recherchés par une personne et/ou à la résolution de problème. La régulation émotionnelle a notamment pour fonction de rendre une action intentionnelle par l'attention sélective et l'inhibition de réponses inadéquates. Ces habiletés de régulation ont pour but

principal l'adaptation aux différentes caractéristiques de l'environnement ainsi qu'aux exigences multiples vécues en situation de vie quotidienne (Gross et Thompson, 2007; Mikolajczak *et al.*, 2012).

Facteurs différentiels de la régulation émotionnelle entre les individus

Il y a des différences entre les individus quant à la régulation de leurs émotions. Les facteurs individuels et environnementaux en expliquent les causes. Selon Mikolajczak *et al.* (2012), les facteurs individuels se distinguent selon deux composantes : la composante fixe (p. ex., les gènes) et la composante modulable (p. ex., acquise, comme les fonctions cognitives [mémoire et attention]). Les facteurs environnementaux, quant à eux, renvoient à l'environnement social et physique de l'individu, dont ceux-ci interagissent entre eux et déterminent la capacité de ce dernier à gérer ses émotions (Mikolajczak *et al.*, 2012).

La dysrégulation émotionnelle

Selon Taylor et Novaco (2013), les conditions environnementales et les conditions sociales dans lesquelles bon nombre de PPDI vivent contribuent à l'émission de comportements-défis. En fait, ces conditions peuvent parfois être contraignantes, potentiellement menaçantes, peu gratifiantes et limitées en termes de satisfaction. Les auteurs ajoutent que le contrecoup récurrent des besoins physiques, émotionnels et interpersonnels non satisfaits peut potentialiser l'activation de la colère. D'une part, les déficits cognitifs peuvent compromettre une gestion efficace des événements frustrants ou aversifs, et d'autre part, les systèmes de soutien appauvris limitent les options de résolution des problèmes (Taylor et Novaco, 2013). Les déficits du traitement de l'information sociale minimisent également la compréhension des émotions et des événements sociaux. En conséquence, ceux-ci contribuent aux difficultés des PPDI à exprimer et à réguler leurs émotions (Mikolajczak *et al.*, 2012). La dysrégulation émotionnelle a ainsi pour conséquence l'émission de comportements-défis chez les PPDI. D'une part, les déficits cognitifs peuvent compromettre une gestion efficace des événements frustrants ou aversifs, et d'autre part, les systèmes de soutien appauvris limitent les options de résolution des problèmes (Taylor et Novaco, 2013). Selon Mikolajczak *et al.* (2012) et Mikolajczak *et al.* (2020), le fait de mal gérer

les émotions génère des conséquences sociales sur les individus telles que : a) la solitude; b) avoir des relations sociales et conjugales de moindre qualité; c) l'augmentation des conflits personnels; et d) la dépréciation par les pairs. Mikolajczak *et al.* (2012) ajoutent que les personnes présentant des difficultés à réguler leurs émotions ont tendance à ruminer ou à procrastiner de même qu'elles sont plus enclines à abandonner leurs projets plus facilement. Elles sont également moins performantes dans les tâches à réaliser et elles ont davantage de difficultés à obtenir et maintenir un travail (Mikolajczak *et al.*, 2012; Mikolajczak *et al.*, 2020).

Selon Mikolajczak *et al.* (2012) et Mikolajczak *et al.* (2020), la dysrégulation rend notamment les personnes plus à risque de développer des troubles psychologiques tels que : les troubles de l'humeur (dépression et manie), les états limites, la dépendance alcoolique, le deuil compliqué et les troubles psychotiques. Ces mêmes auteurs mentionnent également qu'il peut s'avérer néfaste pour la santé physique d'avoir de la difficulté à atténuer ses émotions négatives. En fait, les émotions ont une contrepartie biologique résultant en des changements au niveau de l'activité de différents neurotransmetteurs et de la libération de certaines hormones (Mikolajczak *et al.*, 2012; Mikolajczak *et al.*, 2020). Selon eux, ces changements sont considérés comme des facteurs de risque dans le développement ou l'aggravation de différentes maladies.

La dysrégulation peut également entraver le développement des fonctions exécutives, qui elles s'avèrent essentielles dans le processus de régulation émotionnelle. Celles-ci permettent l'adaptation de l'individu à son environnement par l'utilisation de compétences personnelles telles que celles en lien avec : a) l'aspect de la flexibilité cognitive; b) la mise à jour; c) la planification orientée vers un objectif; d) la mémoire de travail; e) la supervision attentionnelle; f) la génération d'hypothèses; g) la résolution de problème; et h) l'inhibition. Ces compétences favorisent l'émission de comportements autorégulés (Nader-Grosbois, 2007b).

Les comportements-défis

L'appellation comportements-problèmes (*problem behaviors*) est un concept encore difficile à définir. Plusieurs terminologies sont encore utilisées à ce jour : a) comportements

agressifs; b) agressions et agressivité; c) colère; d) comportements destructeurs; e) trouble de la conduite; f) troubles du comportement; g) troubles graves du comportement; h) violence; i) comportements dysfonctionnels et perturbateurs; ainsi que j) comportements qui posent défi à l'intervenant ou aux services (Willaye et Magerotte, 2013).

Cela dit, dans le souci de considération du processus de production du handicap, tenant ainsi compte du caractère systémique et dynamique d'une problématique, l'appellation « comportement-défi » sera ici utilisée. En fait, l'utilisation de ce terme (*challenging behaviors*), provenant de la littérature anglo-saxonne, s'explique par le vouloir de focaliser l'attention sur le processus par lequel les problèmes sociaux sont créés et définis (Willave et Magerotte, 2013). Celui-ci place la « pathologie » individuelle dans un contexte social et interpersonnel, où certains actes sont jugés problématiques. Le terme « comportement-défi » insiste d'ailleurs sur le fait qu'un tel comportement puisse être causé tant par l'influence de l'environnement que par les caractéristiques personnelles d'un individu (Einfeld et Emerson, 2016; Lambert, 2002; Willaye et Magerotte, 2013). Il y a donc lieu d'interpréter une situation comme un défi plutôt qu'un problème intrinsèque à l'individu.

Dans cette perspective, la littérature fait non seulement état d'une définition conceptuelle de ce qu'est un comportement-défi, mais propose des critères d'évaluation de ce dernier, puis suggère de le catégoriser, permettant ainsi une dissociation entre un trouble de santé mentale et celui de comportement-défi. Il est donc défini comme :

Un comportement culturellement anormal d'une telle intensité, fréquence ou durée que la sécurité physique de la personne ou des autres est susceptible d'être mise en péril, ou un comportement qui est susceptible de limiter sérieusement l'accès de la personne aux équipements communautaires ordinaires ou de résulter en un refus de l'accès de la personne à ces équipements. (Einfeld et Emerson, 2016, p. 14-15)

Le comportement est un défi en ce sens où il constitue un défi majeur pour le maintien d'un environnement propice à l'apprentissage et parce qu'il constitue un défi pour les professionnels qui souhaitent le changer (Willaye et Magerotte, 2013). Toujours selon ces auteurs, il en va notamment d'un comportement qui dépasse ou contrevient à l'acceptation

sociale dans le milieu dans lequel il apparaît. Cette dernière notion peut être difficile à évaluer étant donné son caractère subjectif. Dans le but de pallier à cet aspect, certains critères pourraient aider à y établir un certain consensus : 1) le comportement constitue un danger pour la personne; 2) le comportement constitue un danger pour autrui; 3) le comportement risque de devenir plus grave si l'on n'intervient pas; 4) le comportement rend l'intégration sociale difficile; et/ou 5) le comportement rend les apprentissages difficiles (Willaye et Magerotte, 2013).

Les six catégories de comportements-défis proposées initialement par Mc Brien et Felce (1992, cités dans Willaye et Magerotte, 2013), mais reprises par ces deux derniers auteurs par l'ajout d'une des catégories, soit celle de l'alimentation, sont les suivantes : 1) perturbation (antisocial, dangereux, nuisance; p. ex., crier, se mettre en colère, s'enfuir, s'opposer de façon permanente, de déshabiller en public); 2) stéréotypie/autostimulation (p. ex., balancements, mouvements des mains, bruits répétitifs, arpenter); 3) alimentation (p. ex., hypersélectivité, vomissement, pica, recherche permanente de nourriture); 4) automutilation (p. ex., se frapper la tête, se donner des coups, se mordre la main, s'arracher les cheveux); 5) destruction (p. ex., casser de la vaisselle, jeter des objets, casser des vitres, renverser des meubles, déchirer des livres/des vêtements); et 6) agressions (p. ex., frapper, tirer les cheveux, pousser les gens, donner des coups de pied).

Dans leur ouvrage, Einfeld et Emerson (2016) font état des catégories de comportements-défis les plus présentes chez les PPDI. Celles-ci font référence à la destruction de propriété, à l'agression et à l'automutilation et l'agression. Concernant l'agression, les formes les plus fréquemment manifestées sont : a) donner des coups de poing; b) taper, pousser ou tirer; c) donner des coups de pied; d) pincer; e) griffer; f) tirer les cheveux; g) mordre; h) donner des coups de tête; i) utiliser des armes; j) étouffer et étrangler; k) agressions verbales; l) frapper les autres avec des objets; et m) méchanceté et cruauté. Quant à l'automutilation, voici les formes les plus souvent manifestées : a) s'arracher des morceaux de peau; b) se mordre; c) se gifler ou se frapper le corps; d) se mettre le doigt dans l'œil; e) se pincer; f) se couper avec des outils; g) se faire mal avec le doigt dans l'anus; h) d'autres façons de se faire mal; g) se frapper avec des

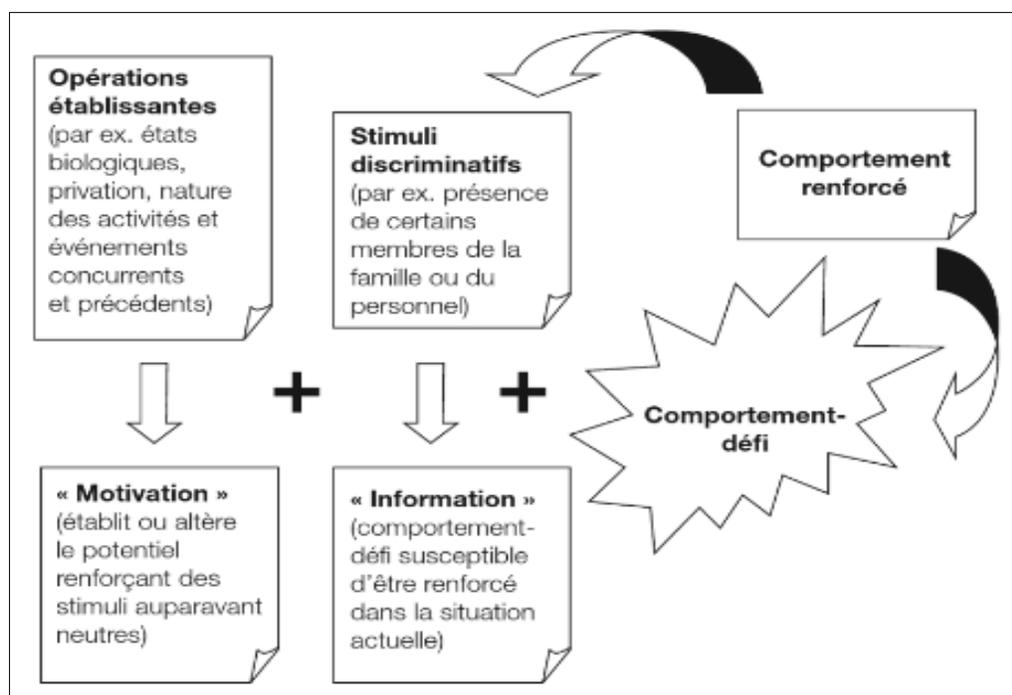
outils; h) se mâchonner les lèvres; i) s'enlever les ongles; et j) se frapper les dents. Einfeld et Emerson (2016) ajoutent notamment que les comportements-défis font uniquement référence à des comportements impliquant des risques importants pour l'intégrité physique ou qui réduisent de façon marquée l'accès à la communauté.

Modèle opérant des comportements-défis

Dans ce modèle, Einfeld et Emerson (2016) font état du processus d'un système comportemental dynamique et complexe expliquant l'apparition et le maintien d'un comportement-défi. Ce modèle tient compte du contexte d'apparition d'un état émotionnel, des motivations sous-jacentes à l'état émotionnel et qui sont générées par des contextes ou des conditions spécifiques, des aspects qui influencent l'émission des comportements-défis en fonction des historiques d'apprentissages, puis des conditions de renforcement que de tels comportements se reproduisent (voir Figure 3).

Figure 3

Représentation schématique du modèle opérant des comportements-défis (Einfeld et Emerson, 2016)



D'abord, les aspects du contexte personnel et environnemental d'un individu produisent un état motivationnel spécifique (contextes ou situations dans lesquels les comportements-défis sont plus susceptibles de se produire). Par exemple : un homme présentant une DI, ne sachant pas cuisiner, veut quelque chose à manger puisqu'il a faim. Ensuite, l'état motivationnel généré par des contextes et/ou des conditions spécifiques fait apparaître ou altérer le potentiel de renforcement d'un stimulus, d'un événement ou d'une activité. Par exemple, un intervenant arrive avec de la nourriture dans un contexte où l'homme présentant une DI est incapable de cuisiner. Cependant, ce dernier sait que l'intervenant est capable de répondre à son besoin par l'octroi de cette nourriture. Sans la présence de la faim, l'envie de se procurer de la nourriture serait possiblement moindre ou différente. Sans la présence de la faim et de la nourriture, l'envie de se procurer à manger serait également possiblement moindre ou différente. Subséquemment, l'état émotionnel et l'envie de la personne, lorsqu'associés à une histoire d'apprentissage spécifique (après émission de comportements-défis, une personne obtient ce qu'elle désire) et à la présence de stimuli discriminatifs signalant la disponibilité d'un renforcement (renforcement positif ou négatif, ici la nourriture qui permet de répondre au besoin de la faim), peuvent précipiter un épisode de comportements-défis. Par exemple, l'homme qui présente une DI mord la main de l'intervenant pour avoir de la nourriture et ce dernier lui donne. Enfin, les conditions de renforcement contribueront à l'historique d'apprentissage de l'individu (l'utilisation d'un comportement-défi engendre un renforcement [positif ou négatif, dans ce cas-ci, le gain de nourriture]). Cette association augmente ainsi la probabilité qu'un tel comportement se reproduise par la réponse à des conditions motivationnelles et environnementales similaires (gestes comportementaux [mordre] préalablement renforcés comme moyen efficace pour l'obtention de quelque chose [nourriture] qui est désirée par l'homme; Einfeld et Emerson, 2016).

Recension intégrative des écrits

Le postulat de cette recherche suggère que le développement concernant la capacité à la régulation émotionnelle pourrait minimiser l'émission de comportements agressifs. En réduisant l'agressivité, en apprenant ainsi à contrôler le sentiment qui lui est sous-jacent et en utilisant des comportements alternatifs socialement acceptables, cela pourrait avoir un impact positif tant sur la vie sociale des APDI que sur leur qualité de vie. Un des vecteurs de réussite pourrait se trouver dans l'utilisation de stratégies basées sur la pleine conscience (*mindfulness*). Cette section présente la recension intégrative des écrits faisant actuellement état des connaissances concernant les stratégies d'intervention basées sur la pleine conscience qui sont utilisées auprès des APDI présentant des comportements agressifs.

La recension des articles scientifiques a été réalisée en septembre 2022, permettant le repérage des écrits, afin de cibler les références pertinentes à cette recherche. D'abord, une première recension a été réalisée dans les bases de données suivantes : a) *PsycINFO*; b) *eBook Academic Collection (EBSCOhost)*; c) *Education Source*; e) *ERIC*; f) *MEDLINE with Full Text*; et g) *Psychology and Sciences Collection*. Les mots clés retenus pour chacun des concepts sont les suivants : *Adult** ET *mental disab** OR *mental retard** OR *Intellectual disab** OR déficience intellectuelle ET Agression OR *Agressive behavi** OR comportement agressif ET Méditation OR Pleine conscience OR *Minfulness*. Un total de 18 articles a été repéré, les doublons ayant été d'emblée retirés du repérage. Cette même recherche, dans l'outil de recherche « Sofia » des bibliothèques universitaires québécoise, soulève 13 résultats. La combinaison des deux recherches donne un total de 31 références. Un choix de critères d'exclusion permet d'éliminer certaines d'entre elles dans le but d'affiner davantage la recherche. Il s'agit d'études qui ne sont pas en lien avec la clientèle ciblée (personnes résidant en milieu carcéral ou en institut fermé de santé mentale, étudiants vulnérables, personnes mineures, personnes sans DI présentant un trouble de santé mentale expliquant les comportements agressifs, personnes présentant des douleurs chroniques expliquant les comportements agressifs, APDI détenus en établissement de santé médico-légal à la suite d'arrestations et de condamnations).

Par la lecture des titres et des résumés, la présente analyse porte sur un total de six études provenant ainsi des bases de données EBSCO et de la recherche effectuée sur l’outil Sofia. Celles retenues sont les suivantes : 1) Singh *et al.* (2003); 2) Singh *et al.* (2007); 3) Adkins *et al.* (2010); 4) Singh *et al.* (2011); 5) Singh *et al.* (2013); et 6) Roberts *et al.* (2020). Un résumé de chacune d’elles est présenté dans cette section, faisant état d’une analyse des catégories suivantes : 1) but de l’étude; 2) objectifs et/ou hypothèses de recherche; 3) devis expérimental; 4) participants; 5) instruments de mesure et variables à l’étude; puis 6) analyse des résultats. À la suite de cette section, une analyse intégrative des écrits est exposée afin de mettre chaque étude en perspective, les unes par rapport aux autres. Les études sont présentées en ordre de date de parution étant donné la logique qui démontre l’évolution de l’implication de la recherche.

L’étude de Singh *et al.* (2003)

Les auteurs ont vérifié s’ils pouvaient enseigner à un individu une méthode d’intervention simple, soit la SOF (la méditation sur la plante des pieds [*Soles of the feet*]), qui lui permettrait d’autoréguler ses comportements agressifs (agressions physiques et verbales) et de généraliser cette méthode dans d’autres situations connues ou nouvelles. Ensuite, ils se sont questionnés à savoir si un résultat similaire à ceux obtenus par les approches comportementales peut être atteint par l’utilisation d’une seule intervention.

Il s’agit d’une étude de cas, à niveaux de base multiples (plus d’un comportement), à devis AB. Elle comporte quatre phases : 1) phase rétrospective de 12 mois (historique); 2) phase de référence de 5 mois (prétest – niveau de base comportemental); 3) phase de traitement de 12 mois (intervention); et 4) phase de suivi de 12 mois (post test).

Le participant est un adulte de 27 ans présentant une DI légère concomitante à des troubles de santé mentale, dont les comportements agressifs avaient empêché un placement communautaire. Celui-ci a notamment un historique de plusieurs réadmissions dans différents établissements hospitaliers et spécialisés ayant été constatés dès l’âge de 7 ans, et ce, jusqu’à ses 26 ans (dernière admission avant la participation au traitement proposé par les auteurs pour avoir

blesse un de ses pairs dans un foyer de groupe). Lors de cette dernière admission, l'homme a reçu deux traitements : 1) une thérapie comportementale; et 2) la prise de médicaments psychotropes. Après 12 mois d'hospitalisation, sans avoir réussi à contrôler son agressivité verbale et physique, et à sa demande, l'homme a été reçu pour un traitement alternatif étant donné sa motivation à réintégrer la vie en communauté. À ce moment, les fournisseurs de services communautaires posent leur critère d'admission : aucune agression ne devra avoir été commise sur une période de 6 mois consécutive avant que l'homme ne puisse réintégrer leur centre d'activités.

Les variables à l'étude sont l'agression verbale (menaces de préjudice), l'agression physique (assauts physiques envers un aidant ou un autre résident), les incidents qui auraient pu avoir le potentiel de procurer l'émission d'une agression verbale et/ou physique, les contraintes physiques utilisées, le nombre de médicaments psychotropes d'urgence (PRN) pris par le participant, puis le nombre d'activités physiques et sociales réalisées dans la communauté.

La collecte de données lors de la phase de rétrospection a été réalisée à partir des dossiers du participant (médicaments PRN), des registres de données d'observations comportementales (agressions physiques et verbales, contentions et activités socialement et physiquement intégrées dans la communauté) et des rapports de gestion des risques (blessures du personnel et des résidents). La collecte de données lors des phases du niveau de base comportementale, de l'intervention et du suivi a été réalisée par les spécialistes du comportement, les prestataires de soins qualifiés de l'hôpital psychiatrique, le superviseur de James dans son emploi de soutien et son coordinateur de la vie assistée dans la communauté, de même que James lui-même. La collecte de données a tenu compte: 1) de la présence ou non de comportements agressifs (verbale et/ou physique); 2) du nombre d'incidents autodéclarés par le participant évalué comme ayant le potentiel de provoquer une agression physique ou verbale; 3) du nombre d'incidents du participant évalués comme ayant le potentiel de provoquer une agression physique ou verbale; 4) des déclarations du personnel sur le nombre de fois où l'homme aurait été exposé à une situation qui aurait normalement généré l'émission de comportements agressifs, mais dans laquelle celui-ci a su se maîtriser; 5) des déclarations du participant sur le nombre de fois où celui-ci s'est maîtrisé

dans une situation qui aurait pu entraîner une agression physique ou verbale; 6) du nombre de fois où des contraintes physiques ont été utilisées chez le participant pour contrôler son agressivité; 7) du nombre de PRN pris par l'homme; et 8) du nombre d'activités physiques et sociales réalisées dans la communauté. Il n'y a toutefois pas d'information concernant les instruments de mesure utilisés pour la cueillette de ces données.

Un second évaluateur a également collecté des données de façon indépendante, et ce, pendant la période du prétest, de l'intervention et celle du post-test. La fiabilité globale des variables desquelles les données ont été collectées variait de 88 à 100 %, pour une moyenne de 96,5 %. L'absence d'information sur les instruments de mesure utilisés pour colliger les données rend difficile de savoir si celui-ci mesure réellement les variables comportementales à l'étude. Cela dit, les auteurs ont tout de même pris le temps de décrire les comportements agressifs évalués, ce qui renforce la fidélité du construit qui est mesuré. Par ailleurs, la collecte de données est issue de sources d'information multiples, ce qui renforce la compréhension et la validité du phénomène étudié. Les auteurs utilisent ainsi la triangulation de données, permettant une analyse plus approfondie du sujet : utilisation de plusieurs outils de cueillette de données et implication d'informateurs multiples.

L'intervention utilisée est l'apprentissage d'une procédure simple de la SOF. Après la phase de référence, James a reçu une formation sous forme de jeux de rôle supervisés de 30 minutes (apprendre à reconnaître les précurseurs ou déclencheurs d'une agression physique ou verbale) et de séances de pratique tenues 2 fois par jour pendant 5 jours. James a également complété des devoirs de pratique sur une durée de 1 semaine avant qu'il ne soit invité à utiliser la procédure de méditation pour contrôler son agressivité physique ou verbale. Il n'y a pas de donnée sur le plan d'intervention à savoir quand et comment James utilise la méditation au courant des 12 mois d'intervention. Toutefois, les auteurs ont ajouté à leur étude le protocole d'intervention utilisé par le participant lors de la phase de traitement. De façon générale, les résultats démontrent une diminution du nombre moyen d'occurrences des comportements agressifs notés entre la phase de référence, la phase d'intervention et la phase de suivi. Quant aux

comportements relevant des agressions physiques, ils sont passés de 15,4 à 2 puis finalement à 0. Concernant les agressions verbales, elles sont passées de 10, à 2,1 puis finalement à 0. Aucun comportement agressif n'a été répertorié pendant les 6 mois suivant l'intervention.

Quant aux autres variables étudiées (incidents, médicaments PRN d'urgence, contraintes physiques, blessures du personnel, blessures des résidents), toutes sont passées à une absence complète en phase de suivi. Une augmentation du nombre d'occurrences moyennes des comportements de maîtrise de soi a été notée, passant de 0 à 5,4 puis finalement à 4,5 (selon le personnel) et passant de 5,4 à 7,3 puis finalement à 6,3 (selon le participant). Une augmentation des activités sociales et physiques réalisées dans la communauté est également observée, passant de 3,6 à 44 puis finalement à 100 + (activités physiques) et passant de 0 à 43 puis à 100 + (activités physiques). Enfin, le participant a pu intégrer le foyer de groupe communautaire. Les données recueillies lors du suivi démontrent qu'aucun comportement agressif n'a été commis 1 an après sa réintégration.

Bien que ces résultats ne puissent suggérer une inférence causale par la nature même de l'étude (étude de cas), celle-ci semble démontrer un lien entre la gestion des comportements agressifs et l'utilisation de la stratégie de la SOF. Par ailleurs, elle propose un moyen d'intervention positif qui pourrait tendre au développement de comportements autorégulés.

L'étude de Singh *et al.* (2007)

Dans cette étude, les auteurs se sont demandé si les personnes présentant des niveaux de DI modérée peuvent utiliser la SOF pour contrôler leur colère. Leur objectif de recherche consiste à enseigner cette technique de pleine conscience à trois personnes présentant un une DI modérée, qui risquaient de perdre leur placement dans la communauté en raison de leur comportement agressif.

Les participants à l'étude sont trois adultes (deux hommes et une femme), présentant une DI modérée, concomitante à la présence de comportements agressifs. Chacun présente des

troubles de santé mentale. Ils sont tous à risque d'être expulsés de leur foyer de groupe respectif et d'être réadmis en établissement résidentiel. Chacun est soumis à une analyse fonctionnelle et détient un plan de gestion du comportement. Les sites de l'étude sont leur maison respective de groupe en communauté et leur milieu professionnel. Les auteurs s'entendent sur une cible d'intervention; donc le comportement d'intérêt ciblé est l'agression physique, qui se définit comme un coup de poing, un coup de pied, une gifle ou l'utilisation d'un objet pour frapper une autre personne.

Il s'agit d'une étude de cas à niveaux de base multiples, à devis AB. Les données présentent le nombre total de comportements agressifs émis par les trois participants aux trois phases temporelles du traitement : 1) pendant le prétest (établissement du niveau de base comportemental des participants avant l'intervention); 2) pendant l'intervention; et 3) lors du post test (suivi permettant de mesurer l'effet de l'intervention après son application). Une formation intensive de 1 semaine est également octroyée à chacun des participants, et ce, avant la phase d'intervention. Aucune donnée n'est amassée pendant cette période. Pendant toute la durée de l'expérimentation, aucune variable n'est manipulée. Le personnel est chargé de suivre les protocoles de traitement standards à appliquer lors de l'émission d'un comportement agressif de la part des participants.

Lors du prétest, des données sont prises pendant 3, 5 et 10 semaines respectivement pour chacun des participants. La formation intensive comporte quatre volets : 1) enseignement des étapes de la procédure de la méditation (réalisée par le premier auteur de cette étude); 2) recréer les scènes qui ont pu, auparavant, générer des comportements agressifs; 3) appliquer la procédure de la SOF; et 4) écouter des enregistrements audio des instructions à utiliser pour pratiquer seul une fois la procédure de la méditation maîtrisée. Cette formation permet le constat que les participants sont incapables de visualiser les situations passées où ils étaient en colère et où ils avaient agressé physiquement un membre du personnel ou un pair. Cette visualisation étant la pierre angulaire de la maîtrise de soi de la méditation, les auteurs remédient à ce problème en introduisant une procédure de méditation dans laquelle le personnel recrée des séquences faisant

état des comportements passés émis par les participants. Par ailleurs, les auteurs constatent que les participants ne sont pas en mesure de diriger leur attention sur la cible souhaitée, soit la plante de leur pied. Ils ajoutent donc un autocollant sur cette région du corps pour en permettre plus facilement le repérage. Les participants suivent ensuite une formation à la SOF en fonction des comportements agressifs simulés.

Quant à la phase d'intervention, chaque participant doit pratiquer la technique au moins 2 fois par jour avec un membre du personnel et l'utiliser chaque fois qu'un incident pouvant provoquer un comportement agressif se produit. L'intervention a duré 35 semaines. Une fois l'intervention terminée, pendant 2 ans, le personnel a rappelé périodiquement à chaque participant de continuer à pratiquer la SOF afin d'en maintenir les acquis. Des données de suivi ont été prises pendant 1 semaine, et ce, tous les 3 mois, pendant cette dernière phase.

Pour chaque individu, les informations sont colligées par le personnel de leur foyer de groupe respectif. Il n'y a aucune information concernant l'instrument de mesure utilisé pour la collecte de données. Toutefois, la fiabilité des données amassées est évaluée en demandant à deux membres du personnel de collecter les mêmes données de façon indépendante, et ce, pendant une moyenne de 20 % du temps lors des semaines du prétest et celles de l'intervention. Un accord inter-évaluateurs est défini lorsque les deux membres du personnel enregistrent le même acte d'agression qui se produit au moment de la cotation. Le pourcentage d'accord inter-évaluateurs ($\text{accords}/[\text{accords} + \text{désaccords}] \times 100$) est calculé pour toute la période d'observation. Le pourcentage moyen d'accords est de 95 % (intervalle se situant entre 89 % et 100 %).

Les résultats indiquent que le nombre total des comportements agressifs émis par les trois participants durant la phase de prétest, pendant celle de l'intervention et lors de la phase post-test, a diminué. Le premier participant affiche une diminution de ses comportements agressifs passant de 5,0 (à la phase du prétest), à 0,8 (pendant l'intervention) jusqu'à 0,1 (lors de la phase post-test). La deuxième participante, quant à elle, démontre notamment une diminution de ses

comportements agressifs passant de 3,4 (à la phase du prétest), à 0,6 (pendant l'intervention) jusqu'à 0,3 (lors de la phase post-test). Il en est de même pour le dernier participant affichant 2,8 (à la phase prétest), à 0,3 (pendant l'intervention) jusqu'à 0,0 (lors de la phase post-test). Dans l'ensemble, les données montrent que les participants ont pu apprendre et utiliser la SOF pour gérer leurs comportements agressifs. Finalement, les trois participants ont pu maintenir leur placement dans la communauté : leurs comportements étant conformes aux exigences de leur foyer de groupe respectif.

L'étude d'Adkins *et al.* (2010)

Les auteurs soulignent que la SOF, lorsqu'elle est enseignée par des chercheurs expérimentés, permet aux PPDI légère de gérer eux-mêmes efficacement leurs comportements-défis. En fait, elle permettrait une réduction, voire, une disparition des comportements agressifs et perturbateurs chez cette clientèle. Cela dit, l'objectif de cette étude est de savoir si une efficacité similaire peut être constatée dans la mesure où un « thérapeute » communautaire certifié pour enseigner la méditation offre cette formation chez cette même clientèle.

Les participants sont trois APDI concomitante à des troubles de santé mentale et vivent dans la communauté. Ils présentent notamment des comportements agressifs (verbaux et physiques) et/ou perturbateurs. Pour les besoins de ce travail de recherche, les données liées aux différents troubles de santé mentale ont été exclues de ce résumé. Deux des trois individus risquaient de perdre un emploi ou un placement résidentiel, tandis que le troisième risquait de perdre son personnel préféré et une partie du financement communautaire qui l'aidait à payer ses services de traitement en établissement. Les trois participants avaient résidé dans des centres de développement avant d'être réintégrés dans la communauté (participant 1 : appartement; participant 2 : appartement et travail; participant 3 : chez sa mère). Tous avaient été traités avec des médicaments psychotropes, des techniques de gestion du comportement; et de plus, ils avaient reçu une évaluation fonctionnelle complète. Leurs comportements agressifs et/ou perturbateurs avaient été réduits à de faibles niveaux d'émission, mais s'étaient intensifiés après leur transition dans la communauté.

Il s'agit d'une étude de cas à niveaux de base multiples, à devis AB, d'une durée totale de 45 semaines, échelonnée sur quatre phases temporelles (prétest, formation intensive, intervention, post-test) dans laquelle un « thérapeute » communautaire apprend aux participants à utiliser la SOF.

Tout d'abord, des mesures sont prises pour l'établissement du niveau de base comportemental respectif pour chacun des participants (prétest) : pendant 2 semaines (pour les participants 1 et 2) et pendant 4 semaines (pour le participant 3). Aucune variable n'a été manipulée pendant cette phase.

Ensuite, une formation à la méditation a été octroyée à chacun des participants, avant la phase d'intervention. À ce moment, les participants ont reçu des instructions écrites et personnelles sur la SOF. Celle-ci a durée 2 semaines (participant 1), 4 semaines (participant 2) et 5 semaines (participant 3 et sa mère), et ce, à raison de 1 heure par jour, 5 jours par semaine. Les participants étaient encouragés à pratiquer la procédure à d'autres moments, au moins 2 fois par jour, et avec l'aide de soignants si nécessaire. Cette pratique ne nécessitait la présence d'aucun déclencheur, mais ils étaient encouragés à utiliser la procédure lorsqu'un déclencheur était présent. Le premier participant, avec l'aide du personnel aidant, a réalisé un enregistrement audio pour sa pratique quotidienne. Quant au deuxième participant, à sa demande, celui-ci a reçu un casque pour écouter la bande audio sur laquelle la procédure à la méditation était enregistrée pour qu'il soit en mesure de la pratiquer lorsqu'il était au travail.

Vient après la phase de l'intervention qui a durée 26 semaines pour le participant 1 et 12 semaines pour les participants 2 et 3. Les participants ont pratiqué la méditation 2 fois par jour, comme auparavant, en l'absence de tout déclencheur de leurs comportements agressifs, mais aussi à chaque fois qu'un déclencheur était présent. Ce sont les soignants des participants qui les invitaient à la pratique. Le « thérapeute » était présent avec eux à raison de 1 fois par semaine. Pendant cette phase, seuls des commentaires et des recommandations ont été émis. Aucune autre formation n'a été octroyée aux participants.

La dernière phase est celle du suivi après l'intervention. Le « thérapeute » a recueilli des données à des moments aléatoires, et ce, pour chacun des participants. Le début de cette phase et sa fin ont été différents pour chacun d'eux. Pour le participant 1, cela a commencé 9 semaines après la phase d'intervention et a duré 7 semaines. Pour le participant 2, cela a commencé 12 semaines après la phase d'intervention et a duré 4 semaines. Pour le participant 3, cela a commencé 11 semaines après la phase d'intervention et a duré 8 semaines. Les données constatées en phase post-test démontrent si les effets de l'intervention peuvent perdurer dans le temps.

Les données récoltées avant l'intervention servent à établir, d'une part, le niveau de base comportemental des participants et d'autre part, sa progression en phase de formation. Celles amassées pendant l'intervention ont pour but de constater ou non l'effet de l'application de la SOF.

Les variables cibles sont les comportements agressifs et/ou perturbateurs émis par les différents participants : 1) l'agression verbale pour le premier participant (crier ou menacer le personnel, mais sans entrer dans l'espace de l'autre personne); 2) l'interruption de travail (s'éloigner de son travail, interrompre ses pairs qui travaillent) et les pleurnicheries/gémissements à la maison pour le deuxième participant (verbalisations de plaintes : avoir peur d'être mis à pied et mentionner que ses pairs travaillaient trop dur, ce qui le fait mal paraître); et 3) l'agression physique, l'agression verbale et les comportements autodirigés pour la troisième participante (faire face à sa mère en plaçant les deux mains sur sa poitrine, puis la pousser, l'injurier tout en tapant du pied, détruire des biens, crier, émettre des creusements rectaux et des incontinences urinaires).

Les instruments de mesure utilisés pour les variables comportementales ne sont pas connus. Toutefois, celui utilisé pour l'évaluation des comportements perturbateurs est le Subjective Units of Disturbance Scales (SUDS; Wolpe, 1968, cité dans Adkins *et al.*, 2010). L'étude ne mentionne aucun niveau de fidélité et de validité, et ce, tant pour les instruments

inconnus que pour le SUDS. Deux types d'individu ont observé et évalué les résultats obtenus : 1) les fournisseurs de soins (aidants); et 2) le « thérapeute » communautaire. Reste à savoir si les observations et les évaluations réalisées par ces deux types d'individu l'ont été à l'égard de toutes les variables à l'étude ou concernant des variables distinctes avant de conclure à la triangulation des informations. Par ailleurs, le « thérapeute » a collecté les données à certains moments de la phase de suivi et non pas lors de la phase d'intervention. La présence de définition des concepts étudiés renforce cependant la compréhension et la validité du phénomène étudié. Il est à noter que les autres instruments de mesure utilisés dans cette étude ne sont pas mentionnés puisqu'il s'agit d'instrument mesurant des aspects en lien avec d'autres axes d'intervention qui ne sont pas pris en compte dans le cadre de cette recension.

Les résultats démontrent que les trois participants, pendant la phase de pratique, ont pu apprendre la stratégie de la SOF. Ils ont notamment été en mesure de l'utiliser pour réduire leurs comportements agressifs et/ou perturbateurs à des niveaux proches de 0 lors des phases de l'intervention et du suivi. Les comportements ont ainsi diminué au fur et à mesure que l'entraînement à la pleine conscience progressait. Les données ont notamment montré que les effets positifs de cette stratégie ont été maintenus au cours du suivi pour chaque individu.

Plus précisément, les données du premier participant démontrent que l'émission de ses comportements agressifs verbaux a diminué près du niveau 0, dès la neuvième semaine du programme. Lors de la phase de suivi, aucun comportement n'a été constaté depuis la semaine 31, jusqu'à la semaine 38. Dès la semaine 39, une légère augmentation de l'émission de ses comportements a été observée, suivie d'une diminution au niveau près de 0 lors des dernières semaines du programme. Quant au deuxième participant, une diminution progressive et continue des comportements perturbateurs a été constatée jusqu'à la semaine 18. Une extinction a été observée dès la semaine 19, jusqu'à la fin du programme (semaine 45), excepté pour les semaines 31, 32, 33 et 34, où une légère augmentation des comportements émis est notée. Les comportements du deuxième participant ont été les plus variables. Malgré cela, de faibles niveaux d'émission ont été constatés lors de la période de suivi. Concernant la troisième participante, il y

a eu une diminution de ses comportements agressifs physiques dès la huitième semaine du programme, et ce, jusqu'à la fin. Dès la semaine 22, aucun comportement n'a été répertorié jusqu'à la semaine 45, mis à part lors des semaines 32 à 39, où il y a constat d'une légère augmentation; faisant toutefois référence à des émissions de comportements près du niveau 0.

Les comportements agressifs verbaux du premier participant ont atteint des niveaux nuls plus rapidement que les comportements perturbateurs du deuxième participant et les comportements agressifs physiques de la troisième participante. Dès la phase d'intervention, il y a constat d'une réduction des comportements-défis pour les deux premiers participants. Quant à la troisième participante, l'émission de ses comportements agressifs a augmenté, mais a diminué de façon progressive et soutenue dès la septième semaine du programme.

En se basant sur ces résultats, cette étude tend à démontrer les bienfaits à utiliser la stratégie de la SOF chez les PPDI, concomitante à des comportements-défis (comportements agressifs et/ou perturbateurs). Elle suggère par ailleurs que cette stratégie d'intervention peut générer des résultats positifs lorsqu'elle est enseignée par des « thérapeutes » communautaires.

L'étude de Singh *et al.* (2011)

Cette étude est née du fait qu'un homme (James) présentant une DI avait auparavant appris à gérer son comportement agressif par l'utilisation de la SOF (Singh, 2003). Ce dernier a par la suite déclaré aux chercheurs qu'il partageait sa pratique de la pleine conscience avec ses pairs. De ce fait, James leur a demandé d'évaluer son enseignement et de lui fournir une aide de sorte qu'il s'améliore en tant que « thérapeute ».

Le but de cette étude était de rendre compte des efforts et des résultats obtenus par James en tant que « thérapeute » dans l'enseignement de la SOF. Ainsi, ce n'est pas seulement l'effet de l'intervention qui est mesuré, mais le lien entre la capacité de James à l'enseigner et la diminution des comportements agressifs émis par ses pairs, à la suite de leur participation à la SOF.

Les participants sont trois hommes respectivement âgés de 29, 28 et 32 ans, présentant une DI légère. Ils sont tous trois amis du « thérapeute ». Ils ont remarqué que ce dernier contrôle sa colère et son agressivité et lui ont demandé de leur enseigner comment faire. Chacun a des problèmes de colère et d'agressivité au travail, mais à des degrés divers (haut niveau d'agressivité pour le premier participant, faible niveau pour le deuxième participant et très faible niveau pour le troisième participant). Aucun ne participe à un programme de traitement comportemental, psychopharmacologique ou autre, en lien avec la présence de comportements agressifs.

Une évaluation initiale est réalisée afin de mesurer la fidélité de James à enseigner la procédure de la SOF telle qu'utilisée par les cliniciens formés. Les résultats démontrent que l'enseignement de James correspond aux étapes de la procédure de la méditation bien qu'il adapte les consignes à sa compréhension du processus et à son niveau cognitif.

Il s'agit d'une étude de cas à niveaux de base multiples, à devis AB. L'expérimentation est réalisée dans l'environnement naturel des participants (milieux professionnels), donc dans des conditions non contrôlées. L'étude a débuté au moment où les participants mentionnaient vouloir entamer l'expérimentation.

Les variables cibles pour cette recherche sont la colère et l'agressivité. Les auteurs définissent la colère comme étant une excitation émotionnelle qui comprend une accélération du rythme cardiaque, une expression du visage, des sourcils plissés, un resserrement des lèvres et un sentiment d'impuissance qui se manifeste lorsqu'une personne se sent rejetée, lésée, incapable de faire face aux exigences ou est provoquée négativement. Quant à l'agressivité, ils la définissent comme une altercation physique avec un autre individu, ou la destruction intentionnelle de biens.

Il n'y a pas d'information sur l'instrument de mesure utilisé. Les données sont colligées par les participants (autoévaluation). Un accord inter-évaluateurs a été obtenu en comparant les résultats obtenus par chacun des participants, en les comparant à ceux obtenus par le souvenir de certains travailleurs des comportements émis. L'accord global était de 100 %, bien que le

pourcentage de fois où une autre personne était présente lors d'une agression contre des biens était assez faible chez les trois individus. Aussi, James a expliqué à chaque participant comment recueillir des données d'autoévaluation sur les événements de colère et d'agression, et comment lui fournir leurs données sur une base hebdomadaire. Aucune donnée de fiabilité n'a été recueillie sur les événements de colère des participants. Malgré cela, la présence de définition des concepts étudiés renforce la compréhension et la validité du phénomène étudié.

L'étude est réalisée en trois phases : prétest, intervention et post-test. Pendant la première phase, aucune variable n'est manipulée. Les participants doivent collecter des données sur leurs colères et leurs agressions, selon une période qui varie entre 7 et 10 semaines. À la dernière journée de cette phase, James donne une formation initiale de 1 heure : a) enseignement de la procédure initiale; b) explication de chacune de ses étapes; c) parcours de l'entièreté de la séquence procédurale à plusieurs reprises; et d) discussion avec les participants de ses propres méthodes d'application et de prises de conscience sur certains déclencheurs. La deuxième phase concerne l'application de la SOF qui est enseignée par James aux trois participants. L'intervention est étalée sur plusieurs semaines, entre 40 et 52 semaines, selon le participant. Lors de cette phase, James a rencontré chacun des participants à raison de 2 fois au cours de la première semaine, puis 1 fois chaque semaine pour le reste de l'intervention. Étant donné sa présence hebdomadaire auprès de ses pairs, il a été en mesure de leur dispenser une formation supplémentaire. Il a également pu les encourager à utiliser la procédure lorsqu'il remarquait que leur enthousiasme à cet effet diminuait. La troisième phase fait référence au suivi réalisé par les chercheurs (post-test). Ils ont ainsi suivi le comportement des trois participants sur une période de 2 ans.

Les résultats de l'étude démontrent une diminution de la fréquence des événements liés à la colère et aux agressions pour tous les participants. Aucun cas de colère ni d'agression n'a été constaté lors des 4 dernières semaines d'intervention pour le premier participant et lors des 6 dernières semaines d'intervention pour les deux autres participants. Lors du suivi informel, les trois participants signalent des cas occasionnels de colère, mais sans acte d'agression. Leurs pairs

et le personnel de leur milieu de travail n'ont signalé aucun cas d'agression pour cette même période. Il est à noter que le participant ayant démontré la plus grande fréquence de colère et d'agression a mis le plus de temps à maîtriser son comportement, tandis que celui ayant démontré le moins de colère et le moins d'agression, a mis le moins de temps à la maîtrise. Les trois adultes ont mis du temps à contrôler durablement leur comportement, mais, une fois qu'ils l'ont fait, ils n'ont pas régressé et ont pu maintenir les acquis du traitement.

Par ailleurs, des entrevues ont été réalisées par les auteurs de l'étude avec James et un des participants de sorte à recueillir leurs impressions. D'abord, James se dit heureux d'avoir pu enseigner la SOF et mentionne en avoir retiré une grande satisfaction. Un des participants interviewés souligne que les encouragements de James lui ont permis de persévérer à s'autoréguler lorsqu'il ressentait de la colère. Les données suggèrent que James, un homme présentant une DI, peut agir en tant que « thérapeute » communautaire et devenir un agent de changement chez autrui. De plus, sa capacité à enseigner, sa présence et ses encouragements ont été des facteurs de réussite dans l'utilisation par les pairs de la méditation et de ses effets reliés.

L'étude de Singh *et al.* (2013)

L'objectif de cette étude est d'évaluer les effets de l'utilisation de la SOF dans le traitement des comportements agressifs chez les PPDI légère, par l'utilisation d'un plan expérimental (groupe expérimental et groupe contrôle d'une liste d'attente), à devis AB.

Cinquante-sept personnes ont été recrutées pour l'étude, dont 34 d'entre eux ont été sélectionnés comme participants. Quatre femmes et 13 hommes pour le groupe expérimental dont l'âge moyen est de 23,4 ans et trois femmes et 14 hommes pour le groupe contrôle dont l'âge moyen est de 23,1 ans. Pour les participants du groupe expérimental, deux ne prenaient aucun médicament, deux prenaient des médicaments contre les crises d'épilepsie, 13 prenaient des médicaments psychotropes et six étaient soumis à des plans de comportement pour leurs comportements agressifs (coups de poing, gifles, coups de pied, etc.). Sur les 17 personnes, huit vivaient avec leurs parents et neuf bénéficiaient d'une aide à la vie autonome. Quant aux

individus du groupe contrôle, deux ne prenaient aucun médicament, un était sous traitement pour un trouble épileptique, 14 étaient sous traitement psychotrope et six étaient soumis à des plans de comportement pour leurs comportements agressifs (coups de poing, gifles, coups de pied). Sur les 17 personnes, cinq vivaient avec leurs parents et 12 bénéficiaient d'une aide à la vie autonome.

Les deux principales variables dépendantes de cette étude sont l'agression physique et l'agression verbale. L'agression physique a été définie comme le fait de frapper, gifler, donner un coup de poing ou un coup de pied à une autre personne, entraînant une douleur ou une blessure nécessitant des premiers soins. L'agression verbale, quant à elle, a été définie comme toute menace orale de préjudice ou d'agression physique ou l'utilisation d'un langage abusif envers une autre personne. Il y avait également deux variables indépendantes dans l'étude : la phase expérimentale (mesures répétées) et la condition (entre les participants : expérimental et contrôle).

Les incidents concernant les agressions physiques et verbales ont été enregistrés par chaque individu en toutes occasions. Les parents et le personnel de soutien ont enregistré les incidents chaque jour pendant les périodes où les participants étaient avec eux. Les participants ont utilisé des compteurs mécaniques à code couleur, et leurs enregistrements quotidiens étaient transcrits sur des feuilles de données chaque soir, soit par eux-mêmes, soit par les parents ou le personnel de soutien. Les parents et le personnel de soutien ont enregistré les incidents d'agression de plusieurs façons, selon leur convenance et leurs préférences (feuilles de données ou prises de notes sur téléphone intelligent). Un accord inter-évaluateurs a été réalisé par la comparaison des données obtenues par les parents et le personnel soignant à ceux des participants. Les accords allaient de 92 à 100 % ($M = 97\%$).

Pour le groupe expérimental, l'expérimentation s'est réalisée en trois phases, soit la phase prétest (établissement du niveau de base comportemental – 12 semaines), la phase d'intervention (application du programme de la SOF – 12 semaines), ainsi que deux phases de suivi (12 semaines pour chaque phase). Pour les participants du groupe de contrôle, l'expérimentation s'est

réalisée en quatre phases, soit : 1) une phase prétest (établissement du niveau de base comportemental – 12 semaines); 2) une condition de contrôle (12 semaines - similaire à la phase du niveau de base); 3) une phase d'intervention (application du programme de la SOF – 12 semaines); et 4) une phase de suivi (12 semaines).

Pendant la phase du niveau de base, aucune variable n'a été manipulée. Les traitements devaient rester les mêmes pour chaque individu et en cas d'agression, les plans de traitement habituels étaient appliqués. Les données sur l'événement étaient recueillies par tous. Au début de la phase de niveau de base, les parents et le personnel de soutien ont reçu une formation de la SOF dispensée par un formateur expérimenté et ont reçu pour instruction d'utiliser la procédure dans leur propre vie pour contrôler toute situation négative suscitant des émotions, comme une colère montante. À la suite de la phase de formation, les individus du groupe expérimental, les parents et le personnel de soutien ont continué à recueillir des données lors des phases d'intervention et de suivi. Aucune variable expérimentale n'a été manipulée pendant les phases de suivi. Lors de la phase de formation à la pleine conscience, les parents et le personnel de soutien l'ont enseignée aux participants. Ils ont pratiqué avec eux pendant des sessions quotidiennes de 15 à 30 minutes, chaque jour de la semaine, en utilisant des instructions verbales et des modèles d'enseignement. Les premières sessions d'enseignement ont été enregistrées et examinées pour vérifier la fidélité de la formation par un formateur certifié de la SOF et a donné comme résultat l'intervalle de 89 à 100 % ($M = 96\%$) de fidélité. Toujours pendant la phase de formation à la pleine conscience, les individus ont été sollicités à utiliser la procédure lorsqu'ils anticipaient la colère ou un comportement agressif; ils ont reçu des instructions audio (enregistrées sur leur iPod) à utiliser pour l'autopratique.

Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence dans l'agressivité physique ou verbale au cours de la période de référence (phase 1) entre les groupes (expérimental et contrôle). Des réductions significatives de l'agressivité physique et verbale avec l'introduction de la SOF dans la condition expérimentale ont été constatées (phase 2). L'introduction de la SOF dans la condition de contrôle au cours de la phase 3 a entraîné une réduction significative de l'agressivité

physique et verbale. Cependant, le nombre moyen d'occurrences des agressions physiques et verbales était significativement plus faible dans la condition expérimentale. D'autres réductions significatives des agressions physiques et verbales ont été constatées au cours des phases de suivi (phase 3 dans la condition expérimentale et phase 4 dans la condition de contrôle). Une interaction significative pour le facteur temps-condition a notamment été soulevée tant pour les agressions physiques que verbales. Enfin, dans la condition expérimentale, le nombre moyen d'occurrences au cours de chaque phase était significativement inférieur au nombre moyen répertorié dans la phase précédente. Cette même tendance s'est produite pour la condition de contrôle, à une exception près (il n'y avait pas de différence significative entre les occurrences des phases 1 et 2).

Selon les auteurs, l'une des limites de cette étude est le nombre relativement modeste de participants dans les conditions expérimentales et de contrôle, empêchant l'analyse des conditions limites en termes d'effets d'autres variables. Toutefois, l'étude démontre des résultats souhaités dans deux échantillons distincts à des moments différents, ce qui renforce la tendance d'effets expliquant que la diminution des actes agressifs observables est probablement due à l'intervention et non à des facteurs externes. Cette étude est par ailleurs basée sur les données déclarées soit par les participants eux-mêmes, par les parents ou le personnel de soutien. Malgré la fidélité des données recueillies, une évaluation indépendante serait à prendre en compte. Étant donné que les épisodes agressifs dans cette étude étaient imprévisibles au cours d'une journée et qu'il n'y avait pas deux participants qui vivaient ou travaillaient au même endroit, le nombre de collecteurs de données requis pour entreprendre ce type de collecte devrait être égal au nombre de participants. Enfin, dans les études précédentes, une présentation des données de suivi pouvait aller jusqu'à 4 ans. Dans l'étude actuelle, les données de suivi ont été recueillies pendant 24 semaines (condition expérimentale) et 12 semaines (condition contrôle). Néanmoins, les données recueillies tout au long de cette étude attestent de l'efficacité de la procédure de la SOF pour la réduction des comportements agressifs chez les APDI légère.

L'étude de Roberts *et al.* (2020)

L'objectif principal de cette étude était d'adapter l'intervention de la SOF au Royaume-Uni, puis d'en évaluer sa faisabilité/fidélité. Ensuite, réaliser un test préliminaire de l'acceptabilité et de l'accessibilité par l'entremise du Mindful Awareness for Adults With an Intellectual Disability Scales (MAIDS) avec une analyse de la fiabilité et de la validité. Aussi, calculer les coûts de l'intervention de la SOF au Royaume-Uni, puis évaluer l'acceptabilité et la validité des résultats économiques en matière de santé. Bien que cela ne soit pas un objectif prioritaire de l'étude, l'efficacité de la méditation a notamment été évaluée. Pour les besoins de ce mémoire de recherche, seules les évaluations de la faisabilité, de la fidélité et de l'efficacité de l'intervention ont été retenues. Malgré que les thérapeutes de cette étude soient des cliniciens du National Health Service (NHS), cette dernière fait partie de la recension des écrits puisque la SOF est utilisée auprès des APDI vivant dans des milieux de vie communautaires; plus de la moitié des participants résidaient dans leur maison familiale ou vivaient dans un logement indépendant. Les autres vivaient dans des logements collectifs avec personnel ou dans des logements protégés.

L'âge moyen des 19 participants était de 34,8 ans ($\acute{E}T = 8,93$), dont 12 hommes (63,2 %) et 7 femmes (36,8 %). Les aidants qui soutenaient les participants étaient soit des membres de la famille ($n = 9$) ou soit du personnel de soutien rémunéré ($n = 10$). Les participants ont été identifiés par des cliniciens du NHS. Quant aux critères d'inclusion, ils devaient : 1) être âgés de 18 ans ou plus et la présence d'une DI était confirmée; 2) présenter des difficultés cliniquement significatives en matière de maîtrise de la colère telles qu'évaluées par leur clinicien; 3) être en mesure de donner leur consentement éclairé; et 4) un membre de la famille (ou un aidant rémunéré) devait être disponible pour eux pendant les séances d'intervention. Ces derniers devaient notamment pouvoir les soutenir pendant la phase de suivi (6 mois) en octroyant 2 heures de soutien par semaine. Étaient exclus ceux présentant un TSA, des problèmes de santé mentale, un comportement qui empêcherait le participant d'interagir avec le thérapeute ou le soignant ou de retenir des informations (p. ex., démence, psychose active) et les personnes qui recevaient une

autre intervention psychologique directe au moment de l'étude (p. ex., entraînement à la relaxation, thérapie comportementale dialectique, thérapie comportementale cognitive).

La procédure expérimentale de cette étude de faisabilité est une étude de cas à niveaux de base multiples, à devis AB, divisée en trois phases temporelles dans lesquelles trois points de mesure sont collectés : 1) phase de référence pour l'établissement du niveau de base comportemental (prétest); 2) immédiatement après l'intervention (2 mois après la phase de référence); et 3) phase de suivi (6 mois après la phase du niveau de base [post test]). Des données qualitatives ont également été prises lors de la phase de suivi. Il est important de noter que cette formule britannique de la SOF est un programme qui partage les fondements théoriques des programmes basés sur la pleine conscience. Il met cependant moins l'accent sur la formation systématique et soutenue dans les pratiques retrouvée généralement dans les programmes de méditation de pleine conscience (pour l'enseignant et les participants). Par ailleurs, il met l'accent sur l'apprentissage psychoéducatif, élément qui, selon les auteurs, manque aux protocoles d'intervention des programmes de méditation à la pleine conscience. La SOF a été dispensée aux participants par un thérapeute clinicien employé par le NHS ayant reçu une formation à la méditation. Un manuel du protocole d'intervention a été conçu pour les cliniciens travaillant dans des établissements du NHS du Royaume-Uni. Il comprend la description complète de chacune des sessions de la SOF, puis inclue une composante éducative sur la colère, l'agressivité et la pleine conscience.

Plusieurs mesures ont été prises durant l'étude. Toutefois seules celles en lien avec les objectifs sélectionnés pour cette recension ont été conservées. L'évaluation de la capacité à consentir, la collecte d'informations sur l'âge, le sexe, le statut résidentiel actuel et la présence d'une DI confirmée par l'utilisation de deux instruments de mesure (réalisés lors de la visite de sélection initiale) ont été considérés. La présence d'une DI a été évaluée par l'administration des instruments de mesure suivants : la deuxième édition de l'Échelle d'intelligence abrégée (WASI-II; Wechsler, 2011, cité dans Roberts *et al.*, 2020) et la deuxième édition de l'Adaptive Behavior Assessment System (ABAS; Harrison et Oakland 2003, cités dans Roberts *et al.*, 2020). Des

mesures d'autoévaluations ont notamment été prises lors de la phase de référence (avant l'intervention) et au moment du suivi (après l'intervention) à l'aide de l'Échelle de colère de Novaco (Novaco Anger Scale [NAS]; Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020) et de l'Inventaire des provocations (IP; Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020). Des mesures de faisabilité de l'étude ont été réalisées notamment concernant le recrutement, l'attrition et le taux de réponse aux questionnaires. Cela permet de vérifier si l'intervention est acceptable, accessible et si les participants adhèrent au protocole de la SOF. Pour terminer, des mesures de fidélité de l'intervention ont été effectuées et elles consistaient à évaluer la capacité des thérapeutes à livrer fidèlement la méditation et le niveau d'adhésion à l'intervention par les participants. Une liste de contrôle de fidélité a été conçue spécifiquement pour être utilisée avec l'intervention de la SOF britannique et s'est vérifiée par le biais de l'enregistrement audio de deux sessions pour chacun des participants. Ce sont deux évaluateurs indépendants et formés pour l'analyse de fiabilité qui ont procédé à l'évaluation de la fidélité.

L'intervention a été réalisée à raison de 1 fois par semaine sur une période de 6 semaines. Chaque session de l'intervention durait environ 90 minutes, avec des pauses de confort adaptées aux besoins des participants. Les participants ont reçu un cahier d'exercices qu'ils ont pu conserver. Le matériel psychoéducatif de chaque session pouvait être conservé dans le cahier du participant. Un enregistrement audio de la SOF était fourni dans le format le mieux adapté au participant. Il était demandé aux participants d'écouter l'enregistrement quotidiennement et de pratiquer la méditation qui avait été discutée lors de la session de la semaine.

Les résultats obtenus démontrent qu'il est faisable d'appliquer la SOF dans un pays autre que celui des États-Unis. Les principaux résultats concernent le recrutement des participants. Parmi les personnes sélectionnées ($n = 26$), 80 % ont été recrutées ($n = 19$). Toutes ces personnes ont terminé la phase du niveau de base et parmi elles, quatre se sont retirées de l'intervention après les 2 premiers mois de suivi et il a été impossible de contacter l'un des 15 participants. Au total, 14 personnes ont participé à l'entièreté de l'étude. Le taux de recrutement était de 90,5 %, le taux de rétention de 73,7 % et le taux d'adhésion de 73,7 %, tous supérieurs au critère de 50 %

fixé au préalable par les auteurs de l'étude. Les scores de fidélité à l'intervention étaient élevés, ce qui montre que l'intervention de la SOF britannique a été mise en œuvre de manière cohérente chez les participants, et donc, conformément au manuel. En moyenne, 84,64 % des 11 éléments stipulés pour chaque session ont été couverts par les participants. Par ailleurs, en moyenne, 80,15 % des composantes clés de chaque session ont été livrées, ce qui indique un niveau élevé de fidélité à la fois pour l'adhésion et la livraison. Quant aux résultats sur l'effet de la SOF, la phase de suivi a démontré une amélioration de la gestion de la colère et une diminution des comportements agressifs chez l'ensemble des participants.

Analyse intégrative des études

Cette partie du mémoire porte sur l'analyse intégrative des six études précédemment retrouvées dans la recension des écrits. Elle permet ainsi une synthèse dynamique des écrits afin d'établir un portrait global des connaissances actuelles. Cette analyse intégrative met ainsi en perspective les buts, objectifs et hypothèses de recherche de chacune des études recensées, les caractéristiques des participants, les devis de recherche utilisés, le déroulement, les phases expérimentales ainsi que les instruments de mesure de chacune d'elles. Leurs résultats obtenus, de même que les facteurs d'influence qui contribuent à la réussite de la stratégie de la SOF sont ensuite décrits. L'analyse se termine par la mise au point sur les éléments importants à considérer.

Buts et objectifs de recherche

L'étude de Singh *et al.* (2007) et celle de Singh *et al.* (2003) ont le but commun d'enseigner une technique simple basée sur la pleine conscience. La visée étant l'augmentation de l'autorégulation de la colère et la diminution des comportements agressifs physiques et verbaux chez des participants APDI. Quant aux études d'Adkins *et al.* (2010) puis de Singh *et al.* (2011), elles ont pour but premier d'évaluer la capacité d'un « thérapeute » communautaire et celle d'un homme présentant une DI à enseigner une technique simple basée sur la pleine conscience. Quant à l'étude de Singh *et al.* (2013), le but est d'étendre la littérature actuelle sur l'utilisation de la SOF dans le traitement des comportements agressifs en examinant ses effets dans une étude de groupes expérimentaux. Enfin, celle de Roberts *et al.* (2020), vérifie si un protocole de la SOF, adapté pour une clientèle APDI demeurant au Royaume-Uni, peut générer les mêmes résultats que ceux obtenus par les recherches d'un protocole expérimental de la SOF, utilisé aux États-Unis.

Les six études ont pour objectif d'évaluer l'effet de la procédure de la SOF sur les comportements agressifs et/ou perturbateurs des participants. Toutefois, les études d'Adkins *et al.* (2010) puis celle de Singh *et al.* (2011) ont comme objectif supplémentaire d'établir, à priori, un lien entre la capacité d'un « thérapeute » communautaire et celle d'un pair à enseigner la procédure de la SOF en fonction des résultats obtenus chez les différents participants. Quant à

Roberts *et al.* (2020), l'objectif prioritaire est d'évaluer la faisabilité et la validité du nouveau protocole proposé pour la clientèle APDI demeurant au Royaume-Uni. L'effet de la méditation demeure un objectif secondaire à cette étude. Le Tableau A1, présenté à l'Appendice A, résume les buts, objectifs et hypothèses de recherche de chacune de ces études.

Caractéristiques des participants

Cette partie décrit le nombre de participants aux études, leur âge, leur sexe, leur degré de DI, leurs différents comportements-défis émis ainsi que les plans de traitement reçus au moment de l'apprentissage de la SOF. Le Tableau A2 et le Tableau A3 de l'Appendice A présentent les caractéristiques des participants (données nominatives, comportementales et de traitement) de chacune des six études.

Le nombre total de participants pour les six études recensées est de 63, variant de 1 à 34. Quatre études font état d'un nombre plus petit de participant. En fait, une des études est réalisée auprès d'une population comportant un seul participant. Trois autres études s'effectuent respectivement auprès de trois participants. Quant aux deux dernières études, elles rapportent un nombre plus grand de participants, soit 34 participants pour l'une d'entre elles (17 pour chacun des groupes à l'étude [expérimental et contrôle]) ainsi que 19 participants pour l'autre.

Les six études impliquent des adultes dont l'écart d'âge connu varie de 17 à 43 ans. Ce nombre est à prendre avec prudence puisque l'étude de Roberts *et al.* (2020) ne mentionne pas cette information sinon qu'ils devaient être âgés de plus de 18 ans. Pour les quatre premières études, six participants se trouvent dans la vingtaine, deux dans la trentaine et finalement, deux participants se trouvent dans la quarantaine. Quant à l'étude de Singh *et al.* (2013) cette information est inconnue. Concernant celle de Roberts *et al.* (2020), les auteurs stipulent un écart-type de 8,93, signifiant une différence d'âge entre les participants dont celle-ci peut sembler dispersée (écart d'âge plus prononcé entre les individus en comparaison à l'âge moyen établi à 34,8). Les moyennes d'âge globales, excluant l'étude à cas unique (un homme de 27 ans), varient entre 29,6 et 34,8.

Concernant la répartition des sexes, les hommes y sont davantage représentés soit à 76,6 % (47 participants sur les 63). Les études de Singh *et al.* (2011) et celle de Singh *et al.* (2003) ne dénombrent aucune femme. L'étude de Roberts *et al.* (2020) est celle qui démontre la présence de femmes la plus élevée en nombre ($n = 7$) et en pourcentage (58,3 %). Les nombres totaux variant de 0 à 7, puis les pourcentages variant de 0 % à 53,3 %. Les études d'Adkins *et al.* (2010) et celle de Singh *et al.* (2007) se classent en deuxième avec un taux de présence de 33,3 %. Toutefois, ces pourcentages sont plus élevés considérant le nombre moins élevé de participants total ($n = 3$ pour chacune des deux études), en comparaison avec d'autres études telles que celle de Singh *et al.* (2013) qui statue sur le nombre de femmes à sept ($n = 7$) pour les deux groupes (expérimental et contrôle).

Les informations relatives au degré de DI démontrent un niveau variant entre la présence de DI légère (Adkins *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003) à modérée (Singh *et al.*, 2007). Ces informations doivent toutefois être prises avec prudence puisque l'étude de Roberts *et al.* (2020) n'en fait pas mention. Quant aux outils utilisés pour évaluer le degré de DI des différents participants, à l'exception de l'étude de Roberts *et al.* (2020), les auteurs n'en font pas mention. Enfin, seules les études de Roberts *et al.* (2020) puis celle de Singh *et al.* (2007) font mention du niveau adaptatif des participants. Les études d'Adkins *et al.* (2010) et celle de Singh *et al.* (2007) font état d'autres problématiques : 1) trouble bipolaire, maniaque (homme 27 ans); 2) Schizophrénie, chronique (femme 43 ans); 3) trouble psychotique (non spécifié) et trouble de stress post-traumatique (homme 39 ans); 4) trouble obsessionnel compulsif et des antécédents de dépression (homme 42 ans); 5) dépression majeure (homme 25 ans); et 6) trouble obsessionnel compulsif (femme 22 ans).

De façon générale, les comportements-défis présents sont l'agression physique, l'agression autodirigée, l'agression sur des objets, puis l'agression verbale. Cinq des études font état de présence de comportements agressifs physiques. Deux d'entre elles mentionnent la présence de comportements autodirigés. Cinq études stipulent la présence de comportements agressifs envers les objets puis deux d'entre elles font mention de l'émission de comportements agressifs verbaux.

Toutefois, les données sont à prendre avec prudence, puisque l'étude de Roberts *et al.* (2020) ne mentionne pas le type de comportements agressifs spécifiques évalués dans leur étude.

Quant à la fréquence d'apparition des comportements agressifs par les participants des études, celle-ci est différente d'une à l'autre. Toutefois, en excluant l'étude de Roberts *et al.* (2020), puisque celle-ci ne fait état que des scores moyens provenant de données brutes aux échelles de la colère et de la provocation, et en convertissant les données de l'étude de 2003 de Singh *et al.* (en supposant que 1 mois équivaut à 30,5 jours et en utilisant une règle de 3 pour l'obtention d'une moyenne d'agressions par semaine), il est possible de les comparer entre elles. L'étude de Singh *et al.* (2011) démontre la fréquence d'apparition des comportements agressifs la moins importante par semaine (entre 0 et 3 fois) tandis que celle d'Adkins *et al.* (2010) fait état de la plus importante par semaine (entre 3 et 16 fois). Toutefois, si les données provenant de l'étude de Singh *et al.* (2013) sont considérées et que l'on rassemble celles du groupe expérimental et du groupe contrôle, c'est alors cette étude qui comporte la plus forte fréquence d'apparition des comportements agressifs par semaine (entre 6 et 23 fois).

Quant aux plans de traitement reçus avant l'intervention de la SOF, le participant de l'étude de Singh *et al.* (2003) recevait l'aide de médicaments psychotropes et bénéficiait d'un plan de traitement comportemental puis d'un plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle. En ce qui a trait aux participants de l'étude de Singh *et al.* (2007), tous trois étaient traités par le biais de médicaments psychotropes et bénéficiaient d'un plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle ainsi que d'un plan de gestion du comportement. Quant à l'étude d'Adkins *et al.* (2010), les trois participants étaient traités avec des médicaments psychotropes et des techniques de gestion du comportement puis tous trois avaient fait l'objet d'une évaluation fonctionnelle complète. De façon générale, concernant l'étude de Singh *et al.* (2013), en prenant en compte les deux groupes (expérimental et contrôle), sur 34 participants, certains ne prenaient aucune médication ($n = 4$), peu prenaient de médicament pour trouble épileptique ($n = 3$), un peu moins de la moitié étaient sous traitements psychotropes et près du tiers était soumis à des plans

comportementaux ($n = 12$). Les études de Singh *et al.* (2011) puis celle de Roberts *et al.* (2020) ne mentionnent aucune information concernant cet aspect.

Caractéristiques des plans de recherche

Les caractéristiques liées aux plans de recherche portent sur les devis utilisés par les études recensées, sur le déroulement de leur expérimentation et sur les outils de collecte de données utilisés dans chacune d'elles. Cette section permet notamment d'informer sur la fidélité et la validité des construits retrouvés dans ces études.

Devis de recherche

Concernant les devis utilisés, cinq des études utilisent un devis AB de nature exploratoire, pour étude de cas (Adkins *et al.*, 2010; Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003). Quant à l'étude de Singh *et al.* (2013), les auteurs utilisent un devis AB, mais avec un protocole expérimental randomisé à deux groupes (groupe expérimental et groupe contrôle). L'ensemble des études privilégie une approche à niveaux de base multiples. Celle de Singh *et al.* (2003) mesure plusieurs comportements pour un seul individu, tandis que les quatre autres portent sur la mesure de plusieurs comportements, chez plusieurs individus (entre 3 et 34 individus). Les résultats obtenus par les participants sont constatés, et ce, à différents moments de l'expérimentation. La nature des ponctions réfère à des mesures prétest (avant l'application de l'intervention et/ou pendant la phase d'entraînement), à des mesures pendant l'intervention ainsi qu'à des mesures post-tests (durant les semaines ou mois suivant l'application de l'intervention, donc lors du suivi a posteriori) pour chacune des études. Cependant, Singh *et al.* (2003) amassent également des données qualitatives rétrospectives. Deux des études ajoutent une phase d'intervention intensive à leur plan expérimental. Toutefois, aucune prise de donnée n'est effectuée à ce moment. Un résumé des devis des études est présent dans le Tableau A4 de l'Appendice A.

Déroulement expérimental

En ce qui a trait au déroulement de l'expérimentation des études, seule l'étude de Singh *et al.* (2003) fait mention des modalités d'application de la méditation par la diffusion de son curriculum d'entraînement. Quatre d'entre elles font état d'une formation préalable à la pratique expérimentale de la SOF, variant de 1 à 5 semaines. Il n'y a pas de lien spécifique entre la durée d'une formation et le niveau de DI des participants. Quant à la durée des phases expérimentales, celles-ci varient entre 6 et 52 semaines. Peu de données sont explicitées quant aux modalités d'application de la méditation (durée des pratiques, fréquence d'application et personnes chargées de l'enseigner), excepté pour l'étude de Roberts *et al.* (2020) puis celle de Singh *et al.* (2013). Adkins *et al.* (2010) et Singh *et al.* (2011) font mention de la fréquence des rencontres et les personnes chargées à l'enseignement de la méditation. Quant aux autres études, certaines invoquent une pratique quotidienne (1 à 2 fois par jour ou à la présence d'un déclencheur pour générer de la colère et/ou des comportements agressifs), sans toutefois en expliquer les modalités d'application. La durée totale des études se situe entre 6 et 41 mois. Dû au manque d'information, il est impossible de comparer les modalités d'application entre elles afin de savoir si elles ont davantage d'impact sur les effets de la SOF en fonction de la durée de la phase expérimentale. Dans l'ensemble, les études se sont réalisées dans les milieux communautaires respectifs des participants, à l'exception de celle de Singh *et al.* (2003) qui s'est déroulée en milieu hospitalier, mais dont le participant était visé pour un retour en communauté. Un résumé du déroulement expérimental des études est présenté dans le Tableau A5 de l'Appendice A.

Instruments de mesure

Quant aux différents instruments de mesure utilisés, seules les études d'Adkins *et al.* (2010) puis celle de Roberts *et al.* (2020) en font mention. Encore là, il n'y a pas d'information à savoir s'ils couvrent l'ensemble des variables comportementales étudiées. Par exemple, Adkins *et al.* (2010) font état de l'instrument utilisé pour la mesure des comportements perturbateurs de deux des trois participants (SUDS; Wolpe, 1968, cité dans Adkins *et al.*, 2010). Toutefois, celui mesurant les comportements agressifs n'est pas connu. Quant à Roberts *et al.* (2020), deux instruments de mesure sont utilisés pour la collecte de données, soit le NAS dont la fidélité et la

validité sont connues et l'IP dont seule la fidélité est connue (Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020). Pour ce qui est des études de Singh *et al.* (2013), de Singh *et al.* (2007), de Singh *et al.* (2011) et de Singh *et al.* (2003), il n'y a pas d'information quant aux instruments de mesure utilisés pour les variables comportementales des participants et aucune donnée n'a été répertoriée concernant leur niveau de fidélité et de validité respectif. Un résumé des instruments de mesure utilisés est présenté dans le Tableau A6 de l'Appendice A.

Fidélité et validité des construits

Malgré le peu d'information fournie en lien avec les instruments de mesure utilisés, la présence d'autres critères peut venir renforcer la fidélité et la validité des construits évalués : 1) définition des variables comportementales; 2) triangulation des informations lors des observations et des cotations; 3) présence d'accord inter-évaluateurs; et 4) niveau de formation des thérapeutes professionnels et « thérapeutes » communautaires. À l'exception de l'étude de Roberts *et al.* (2020), toutes définissent les variables comportementales à observer, ce qui renforce le fait d'observer réellement ce qui doit l'être. Quant à celle de Roberts *et al.* (2020), l'utilisation de deux échelles de mesure standardisées optimise l'observation des comportements agressifs et perturbateurs pour lesquels les chercheurs souhaitent avoir des cotations. Le Tableau A7, présenté en Appendice A, résume la fidélité et la validité des construits des instruments de mesure utilisés par les six études.

Seules les études de Singh *et al.* (2013) et Singh *et al.* (2003) font état de la présence de la triangulation des informations entre plus d'un observateur (quatre et trois observateurs respectivement pour chaque étude), ce qui renforce le fait que les variables à l'étude sont bel et bien celles qui doivent être mesurées. Quant aux autres études, un seul observateur a été mandaté à la collecte de données. Pour deux d'entre elles, ce sont les participants eux-mêmes qui l'ont réalisée, tandis que pour les deux autres, ce sont le personnel des foyers de groupe et le personnel soignant qui ont été les mandataires à colliger les données. Quant aux études de Singh *et al.* (2013), de Singh *et al.* (2007), de Singh *et al.* (2011) puis Singh *et al.* (2003), les chercheurs font mention de la présence d'un accord inter-évaluateurs renforçant ainsi la mesure du construit que

l'on veut évaluer. Quant à Adkins *et al.* (2010) et Roberts *et al.* (2020), aucune information à ce propos n'est inscrite dans leur étude. Le Tableau A7, présenté en Appendice A, résume les informations liées à la triangulation des informations répertoriées dans les six études.

Le niveau de formation des thérapeutes retrouvés dans chacune des études diffère d'une à l'autre. Concernant celles de Roberts *et al.* (2020) et de Singh *et al.* (2003), ce sont des cliniciens, qui sont également thérapeutes de la SOF, et qui ont enseigné la méditation aux participants. Dans la première étude, ce sont les auteurs et concepteurs du protocole de la méditation qui l'ont enseignée et dans la seconde, ce sont des cliniciens qui ont été formés à cet effet. Malgré qu'il n'y ait pas d'information sur leur formateur, la fidélité de l'intervention a été validée par deux évaluateurs indépendants. Pour l'étude de Singh *et al.* (2007), le premier auteur a enseigné aux participants et aux personnes non cliniciennes la méditation pendant la phase de formation intensive. Ce sont ensuite les personnes non cliniciennes (APDI, parents, soignants, personnel de soutien et qui sont appelés « thérapeutes » communautaires de la SOF) qui l'ont enseignée pendant la phase d'intervention. Il n'y a pas de donnée quant à la mesure de fidélité à enseigner la méditation. Pour les trois autres études, ce sont également des « thérapeutes » communautaires qui ont enseigné la méditation aux participants. Dans celle d'Adkins *et al.* (2010), ce sont des « thérapeutes » communautaires certifiés qui l'ont enseignée. Pour l'étude de Singh *et al.* (2011), c'est un « thérapeute » communautaire dont l'enseignement a été évalué par les auteurs et démontrant que les étapes enseignées correspondent à celles de la procédure de la SOF. Aucune mesure de fidélité à l'enseignement n'est toutefois mentionnée dans ces études. Concernant celle de Singh *et al.* (2013), les « thérapeutes » communautaires ont été formés par un formateur expérimenté. Ils ont notamment pratiqué la méditation dans leur propre vie afin de se l'approprier. Enfin, une mesure de fidélité à enseigner la procédure a été réalisée et représente une moyenne de fidélité de 96 %. Le Tableau A7, présenté en Appendice A, résume les informations liées au titre respectif des personnes ayant enseigné la SOF (cliniciennes ou non) et le niveau de formation reçue pour son enseignement auprès des APDI, et ce, pour chacune des six études.

Caractéristique des résultats

Cette partie du travail présente une synthèse des résultats obtenus par les six études recensées et met en évidence les similarités et les différences pouvant exister entre elles. Elle permet notamment de constater les facteurs d'influence contribuant aux résultats obtenus. Le Tableau A8, présenté en Appendice A, résume les différents résultats obtenus par les six études.

Les six études semblent démontrer que l'utilisation de la SOF diminue la fréquence des épisodes colériques, de même que la diminution, voire, la disparition des comportements agressifs chez les participants dans des contextes qui auraient pu auparavant générer leur émission. Par ailleurs, elles démontrent toutes le maintien des résultats obtenus durant les périodes de suivi. L'étude de Singh *et al.* (2003) a notamment tenu compte de l'effet de la méditation sur la maîtrise de soi. Les résultats ayant démontré des résultats positifs chez le participant de l'étude. Par ailleurs, quatre des études mentionnent que les effets de la méditation sur la gestion des comportements agressifs ont permis aux participants de retourner ou de maintenir leur placement communautaire (Adkins *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003). Les deux autres études n'en font cependant pas mention (Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013). Singh *et al.* (2003) fait mention de l'augmentation des relations positives pour le participant de même que l'augmentation de ses activités dans la communauté. Les auteurs font remarquer le retrait des médicaments PRN d'urgence et de contraintes physiques. Quant à Adkins *et al.* (2010), les auteurs stipulent que deux participants ont développé la capacité à pratiquer seuls la SOF, ce qui suggère le développement de compétences d'autorégulation à utiliser cette stratégie d'intervention.

Finalement, bien que les études soient réalisées chez peu de participants, tous présentaient des caractéristiques similaires : 1) APDI concomitante à la présence de comportements agressifs verbaux et/ou physiques et/ou autoagressifs; 2) individus à risque d'être retirés de leur milieu communautaire et donc à risque élevé de retourner en institution; et 3) individus dont la qualité de vie est affectée par la présence des comportements agressifs. En conséquence, cet échantillon raisonné permet de constater les effets positifs chez cette clientèle spécifique à utiliser la SOF.

Non seulement cette procédure semble avoir des effets positifs sur la diminution des comportements agressifs émis en situation de colère, mais elle tend à démontrer également que tout individu peut être en mesure de développer des compétences de gestions (que ce soit par hétérorégulation ou par autorégulation) puis même de l'enseigner pour l'un d'entre eux.

Facteurs d'influence à l'utilisation de la SOF

Certains facteurs peuvent contribuer à la réussite des participants leur permettant de comprendre et d'utiliser la procédure de la SOF. Le Tableau A9, présenté en Appendice A, résume les différents facteurs d'influence à l'utilisation de la SOF chez les six études.

La présence d'un niveau léger de DI contribue à la compréhension et à l'apprentissage de la méditation (Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013, Singh *et al.*, 2003). La motivation des participants, la formation intensive à la méditation en phase prétest et la pratique quotidienne de la procédure sont également des contributeurs de réussite (Adkins *et al.*, 2010; Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003). Enfin, la prise de conscience par les participants concernant leur capacité d'autorégulation, l'intérêt des formateurs, l'utilisation de matériel psychoéducatif pour la compréhension des différents concepts soulevés dans la méditation, de même que l'utilisation d'une intervention simple guidée tout au long du processus d'intervention, sont tous des facteurs d'influence positive à l'utilisation de la SOF (Adkins *et al.*, 2010; Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003).

En contrepartie, les difficultés pouvant nuire à son utilisation sont la difficulté d'apprentissage reliée à la procédure enseignée et le niveau élevé de la fréquence et de l'intensité des comportements agressifs présents chez les participants : cela peut retarder l'arrivée des premiers résultats (Adkins *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2011). Cette procédure étant de nature transformationnelle, celle-ci génère des changements par le biais de la constance, de la pratique et de l'implication continue des individus. Ainsi, le manque de pratique quotidienne peut rendre difficile non seulement la capacité à utiliser la SOF, mais en retarder ses effets (Singh *et al.*,

2011). Dans le même ordre d'idée, le manque de personnel de soutien pour accompagner les participants à la pratique quotidienne nuit à cette constance d'utilisation (Roberts *et al.*, 2020). Le manque d'habileté à initier seul la pratique de la SOF peut notamment nuire à son utilisation : la pratique favorise l'utilisation constante de la méditation (Adkins *et al.*, 2010). Toutefois, ces auteurs de cette étude ne mentionnent pas le facteur contributif à cette difficulté.

Résumé global des résultats

Globalement, la SOF peut être utilisée avec des APDI présentant des comportements-défis tels que des comportements agressifs verbaux et/ou physiques et/ou autodirigés. Jusqu'à présent, les études démontrent la faisabilité d'utiliser cette stratégie auprès de participants présentant un niveau de DI léger à modéré. Pour ceux présentant un niveau modéré, des adaptations peuvent être nécessaires à la compréhension et à l'utilisation de cette méditation (Singh *et al.*, 2007).

La SOF est une stratégie d'intervention de pleine conscience simple pouvant être enseignée tant par des thérapeutes cliniciens professionnels expérimentés, dans des conditions contrôlées, que par des « thérapeutes » communautaires (APDI, parents, soignants, personnel de soutien), dans des contextes de vie non contrôlés, donc dans la société. Elle est ainsi accessible à la communauté et fournit un moyen d'intervention simple pouvant être utilisé dans les différents milieux de vie des APDI.

Les facteurs contributifs à la compréhension et à l'utilisation de la SOF sont des facteurs de réussite suscitant la faisabilité de son implantation, la mise en action de sa pratique, mais également la motivation à la poursuite de la pratique quotidienne. Cela favorise le développement des compétences à utiliser la méditation et peut permettre la diminution, voire la disparition, des comportements agressifs. De plus, cela peut augmenter la qualité de vie des participants (diminution ou disparition des blessures, demeurer en communauté, poursuivre un travail, garder des montants d'argent alloués pour bénéficier d'une aide communautaire, avoir des relations positives avec autrui).

À l'heure actuelle, peu de participants ont démontré leur capacité à utiliser par eux-mêmes la SOF. Bien que les résultats fassent état d'une diminution, voire une extinction des comportements chez tous les participants des six études recensées, la plupart d'entre eux doivent être initiés à utiliser la stratégie (avec aide – hétérorégulation). Il serait intéressant que les études se penchent davantage sur les facteurs qui pourraient influencer le développement de la capacité aux APDI à s'initier seuls à la pratique; cela favoriserait le développement de l'autorégulation. Néanmoins, les résultats actuels ont tendance à démontrer l'efficacité à utiliser la SOF par les APDI présentant des comportements agressifs, de même que les probabilités que leurs acquis puissent perdurer dans le temps.

Méthode de recherche

Jusqu'à ce jour, aucun chercheur ne s'est intéressé aux effets de la SOF chez les adultes québécois présentant une DI, concomitante à la présence de comportements agressifs, et résidant soit en RAC ou en URI. Par ailleurs, toutes les études recensées ont eu une durée totale d'expérimentation se situant entre 6 et 41 mois, puis une durée de la phase d'intervention se situant entre 6 et 52 semaines. Ainsi, aucune étude n'a étudié les effets de cette stratégie sur de courtes périodes d'intervention, contexte souvent rencontré en intervention intensive (ou de transition) en RAC et en URI. Enfin, la plupart des personnes qui ont administré cette stratégie d'intervention étaient soit les chercheurs ayant développé la méditation, soit des thérapeutes cliniciens ou des « thérapeutes » communautaires qui avaient, au préalable, été formés par des chercheurs ou professionnels expérimentés, ou du moins, leurs aptitudes à enseigner la méditation avaient été vérifiées et validées par ces derniers.

Objectifs et hypothèse de recherche

L'objectif général de ce projet de recherche s'intéresse aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur les comportements agressifs émis par des APDI légère. L'objectif spécifique est d'apprendre aux participants à utiliser la SOF comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. Cette stratégie a été utilisée en milieu de vie (RAC et URI) des participants (milieux non contrôlés), et elle a été enseignée par l'étudiante de ce projet de recherche. Celle-ci n'a reçu aucune formation spécifique à l'enseignement de la stratégie évaluée. Elle a toutefois eu accès au manuel d'application (écrit par l'un des auteurs de cette stratégie) qui se nomme le *Mindfulness in the Classroom. An Evidence-Based Program to Reduce Disruptive Behavior and Increase Academic Engagement* (Felver et Singh, 2020). Elle s'est ainsi approprié la médiation en la pratiquant pendant 2 semaines avant son enseignement, et ce, pour une durée quotidienne d'environ 20 minutes. D'ailleurs, Felver et Singh (2020) suggèrent de rencontrer un instructeur chevronné pour poser des questions et une pratique des exercices de respiration et de pleine conscience entre environ 20 à 30 minutes par jour, pendant quelques semaines, avant de l'enseigner, de sorte à se l'approprier.

Comme le manuel a d'emblée été rédigé pour des élèves d'âge scolaire, l'étudiante a validé avec l'un des auteurs, monsieur Joshua C. Felver, la possibilité de l'utiliser tel quel, mais auprès des APDI. Celui-ci a confirmé cette possibilité. L'expérimentation a eu une durée totale de 36 jours et la phase d'intervention d'une durée de 14 jours, ce qui ajoute à son côté novateur. Le but de la durée écourtée de l'application de la méditation étant d'offrir une intervention simple, accessible et viable dans un contexte d'intervention intensive auprès de la clientèle ciblée.

L'hypothèse de recherche stipule que la SOF, appliquée entre 10 et 20 jours (dans ce cas-ci, finalement, sur 14 jours étant donné de la rétention de deux participants), enseignée par une « thérapeute » communautaire (étudiante de ce projet) non officiellement formée par un chercheur, diminue les comportements agressifs chez les APDI légère, concomitante à la présence de comportements agressifs, vivant en RAC ou en URI.

Devis de recherche

Au départ, le devis de recherche sélectionné pour cette étude était un devis AB à cas multiples, avec niveaux de base multiples (plus d'un participant et plus d'un comportement agressif évalué chez ces derniers [quatre comportements agressifs respectifs]). Ce devis a d'abord été sélectionné puisqu'il permet de s'assurer qu'il n'y a pas retrait volontaire de l'intervention à la suite de l'expérimentation; le but étant d'éviter la recrudescence de l'agressivité chez les participants. En fait, selon Lanovaz (2013), ce procédé est avantageux dans des cas problématiques, notamment lorsqu'il y a présence de comportements dangereux. À la suite de deux imprévus (retrait du participant 2 avant le début de l'expérimentation et attrition du participant 3 après 2 jours de formation intensive), le devis AB à cas multiples en devient un à cas unique, mais demeure à niveaux de base multiples (un participant et quatre comportements agressifs évalués chez ce dernier). Cela dit, selon Lanovaz (2013), le devis AB à cas unique minimise les probabilités d'attribuer les changements observés aux autres variables non contrôlées, par la réplication des effets observés chez une même personne. Toujours selon cet auteur, ce procédé permet ainsi de déterminer si l'intervention appliquée est responsable des changements observés. Étant donné que le but de cette recherche était d'évaluer les effets d'une intervention spécifique, soit la SOF, puis

d'attribuer les changements observés à cette intervention, le devis AB de cas unique est approprié pour mener à bien ce projet. Par ailleurs, selon Lanovaz (2013), les études de cas permettent d'analyser l'efficacité d'une intervention dans le but de trouver une solution et de favoriser le développement de compétences, et ce, en mobilisant des savoirs théoriques dans d'autres cas similaires. Ces aspects sont en concordance avec les objectifs de cette recherche (évaluer l'effet d'une intervention, offrir une solution alternative et simple à l'émission de comportements agressifs).

Le devis de cette recherche AB de cas unique est de nature quantitative et il est composé de quatre phases temporelles : 1) niveau de base comportemental (prétest); 2) apprentissage intensif de la SOF (formation à la respiration ventrale et à la méditation); 3) application quotidienne de la méditation (intervention qui réfère à l'utilisation de la méditation quotidienne *In vivo*); et 4) évaluation après l'intervention (post-test). Ce devis a permis d'établir le profil comportemental de chacun des participants (participant 1 et 2) avant l'apprentissage (niveau de base), puis de constater les effets de la stratégie sur les comportements agressifs du participant 1 (à ce moment, seul celui-ci participe au projet), et ce, au fur et à mesure que l'intervention se réalisait. Les données ont été amassées lors des phases prétest, au moment de l'intervention (*In vivo*) et après l'intervention (post-test), donc pendant les deux semaines qui ont suivi l'intervention. Au départ, aucune ponction de donnée pendant la phase de la formation intensive n'était prévue étant donné le caractère formatif de cette phase et afin de minimiser la tâche des intervenants reliée à la cotation. Toutefois, comme ces derniers amassent les données comportementales en continu, et en fonction de leur demande de poursuivre ainsi la cotation pendant toutes les phases de l'expérimentation, elles ont donc été prises en compte dans l'analyse des résultats.

Échantillonnage et caractéristique

La sélection des participants s'est réalisée par le biais d'un échantillonnage par choix raisonné. Selon Corbière et Larivière (2014), ce type d'échantillonnage est une méthode non probabiliste, basée sur le jugement du chercheur, permettant de recruter des participants

potentiels ayant des caractéristiques typiques ou atypiques, et étant pertinents au phénomène à l'étude. Cette méthode de sélection est privilégiée puisqu'elle permet le recrutement de participants ayant des caractéristiques prédéterminées de sorte qu'ils représentent le groupe ciblé pour cette recherche. Au total, trois participants ont été sélectionnés bien qu'au final, un seul a été en mesure de participer à l'entièreté de l'expérimentation.

Définition des variables

La variable indépendante est la SOF. La variable dépendante, quant à elle, fait référence aux comportements agressifs émis par les participants qui sont : 1) crier/hurler; 2) lancer des objets; 3) donner des coups sur un objet; et 4) briser des objets.

Stratégie d'intervention choisie

L'objectif général de ce projet était de mesurer l'effet de la SOF chez un APDI légère sur la diminution de ses comportements agressifs. L'objectif spécifique était de rendre disponible une stratégie d'intervention simple à utiliser comme comportement alternatif à l'agressivité. Cette stratégie devait notamment pouvoir être utilisée dans un contexte de vie en RAC ou en URI et enseignée par des « thérapeutes » communautaires (professionnels, intervenants, proches, parents, clientèle elle-même), dans ce cas-ci, l'étudiante de cette étude. La stratégie devait solliciter le développement d'habiletés de régulation émotionnelle, notamment l'apprentissage de comportements alternatifs à l'utilisation de l'agressivité.

Choix de la stratégie et justifications

Une intervention prometteuse en gestion de la colère à utiliser auprès des PPDI, notamment avec les APDI, fait référence aux thérapies basées sur la pleine conscience (*mindfulness*; Singh *et al.*, 2007). L'utilisation d'une méditation simple et l'apprentissage des principes fondateurs du *mindfulness* devraient avoir des effets positifs sur les problématiques comportementales (Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2003). L'utilisation d'une telle stratégie pourrait permettre le développement d'habiletés liées à la gestion de l'agressivité chez les APDI, et avoir un effet positif sur le développement d'habiletés de gestion émotionnelle intrinsèques

(Singh *et al.*, 2003). De plus, les visées de ce type de stratégie sont en concordance avec la programmation positive et l'approche constructiviste (développement et acquisition d'habiletés permettant l'utilisation d'un comportement alternatif [la méditation simple] à celle d'utiliser un comportement agressif). D'ailleurs, les interventions inspirées de la programmation positive reposent sur l'objectif de fournir à l'individu un contrôle intrinsèque sur son comportement (Galdin *et al.*, 2011). Il est ainsi approprié de la considérer. Dans la visée générale de diminuer les impacts négatifs liés à l'agressivité par la régulation émotionnelle des émotions sous-jacentes (par hétérorégulation ou par autorégulation), puis d'augmenter la qualité de vie chez ces personnes, il s'avère indiqué d'expérimenter cette stratégie chez ces derniers. En fait, selon Galdin *et al.* (2011), dans une perspective d'intégration sociale et dans une vision d'émancipation de l'autonomie des PPDI, l'optimisation de leurs ressources intrinsèques doit être encouragée. Toujours selon ces auteurs, l'acquisition d'habiletés d'autorégulation, notamment l'autorégulation émotionnelle, est tout indiquée dans un plan de réadaptation.

Description de la stratégie d'intervention

Selon Felver et Singh (2020), les programmes basés sur la pleine conscience sont une modalité d'intervention prometteuse pour réduire les comportements-défis. Ils sont basés sur le modèle de la théorie du comportement et sur la conceptualisation théorique de la pleine conscience; ceux-ci décrivent comment ce type de stratégie permet l'acquisition du contrôle de l'attention, la régulation des émotions et une meilleure conscience de soi (Felver et Singh, 2020). La SOF a ainsi été élaborée et a pour but de fournir un programme qui enseigne la conscience interne des événements personnels (p. ex., les émotions désagréables) et une stratégie d'autorégulation pour réduire les comportements perturbateurs (Felver *et al.*, 2022). Selon Singh *et al.* (2003), elle permet ainsi à un individu de détourner son attention d'une pensée, d'un événement ou d'une situation qui suscite une émotion (élément déclencheur), vers une partie de son corps émotionnellement neutre. Toujours selon ces mêmes auteurs, ce processus lui permet de s'arrêter, de recentrer son esprit sur son corps, de se calmer, puis de choisir comment réagir à ce qui a déclenché l'émotion sous-jacente à l'agressivité. Ils ajoutent qu'une fois la procédure maîtrisée, jusqu'au point d'être intégrée, l'individu peut l'utiliser dans de multiples contextes.

Elle fournit donc à la personne une réponse intériorisée, facile à maîtriser, et à laquelle elle peut accéder dans diverses situations qui pourraient générer de l'agressivité chez elle (Singh *et al.*, 2003).

Le programme individuel de la SOF utilisé pour cette étude est divisé en quatre sessions et actualisé dans le milieu de vie du participant. Chaque séance a une durée d'environ 30 minutes (voir Appendice B). La première session introduit la SOF. La deuxième session, quant à elle, permet au participant de porter son attention sur les émotions qui lui font sentir des sensations agréables. À l'inverse, la troisième session lui permet la découverte des émotions suscitant des sensations désagréables. La quatrième session, quant à elle, permet au participant de prendre conscience des déclencheurs qui engendrent des sensations désagréables. La cinquième session, telle que proposée dans le protocole d'intervention du manuel *Mindfulness in the Classroom* (Felver et Singh, 2020), suggère une planification des pratiques de la méditation. Comme l'étudiante a toujours été présente lors des séances d'intervention, puisqu'un calendrier des rencontres a été remis d'emblée au participant et aux intervenants de son milieu de vie à la première journée de la formation intensive, et puisqu'un deuxième calendrier pour la pratique individuelle quotidienne a été remis à ce même moment au participant, elle n'a pas été requise pour cette expérimentation (voir Appendice C).

L'apprentissage intensif s'est réalisé sur 4 jours consécutifs. Celui-ci se voulait être une phase préparatoire permettant la familiarisation avec la respiration ventrale et la méditation avant la phase expérimentale. Il a également permis au participant de s'approprier la SOF en contextes positifs (souvenirs d'émotions qui rendent heureux) avant de la pratiquer en contextes émotionnellement plus difficiles comme ceux retrouvés aux sessions 3 et 4 (souvenirs d'émotions qui rendent fâché ou en colère et de déclencheurs à l'agressivité). Pour les jours 1 et 2, la session 1 a été réalisée. Pour les jours 3 et 4, les sessions 1 et 2 ont été appliquées. Les pratiques lors de l'apprentissage intensif ont eu lieu 1 fois par jour pour les 3 premiers jours (9:00) et 2 fois pour la quatrième journée (9:00 et 12:45) pour le participant 1. Quant au participant 3, les sessions ont été réalisées 1 fois par jour (9:00). Cette différence s'est expliquée par les recommandations

cliniques des professionnels et intervenants du milieu de ces derniers. Le participant 2 a dû être retiré dès le début de l'expérimentation et le participant 3 a quitté lors de la formation intensive, tous deux pour des raisons personnelles). Cela explique l'absence de donnée en ce qui les concerne. Lors des interventions quotidiennes (12:45 pour le participant de l'étude (participant 1) les sessions 2 à 4 ont été reprises (voir les calendriers des participants à l'Appendice D).

Le participant a eu ainsi à s'investir à la formation intensive sur 4 jours et à l'intervention quotidienne pendant 14 jours. L'étudiante lui a enseigné la méditation à chacune des séances quotidiennes, accompagnée d'un intervenant de son milieu de vie. Notez que son assentiment lui a été demandé avant et après chaque séance d'intervention afin de s'assurer qu'il était toujours en accord à y participer. Un enregistrement de la procédure d'utilisation de la SOF a été réalisé par la « thérapeute » communautaire sur l'iPad du milieu de vie. Cet enregistrement avait pour but premier de permettre une pratique quotidienne de la SOF en l'absence de la « thérapeute » communautaire. Le deuxième but était de fournir un outil d'intervention concret au participant de sorte qu'il puisse continuer de pratiquer au besoin la SOF après ce projet de recherche. Du matériel psychoéducatif a notamment été utilisé de sorte à faciliter la compréhension des différents concepts abordés tout du long de l'expérimentation. Ce matériel fait référence à des outils visuels simples : a) conceptualisation imagée du projet, de ses objectifs, des émotions et des déclencheurs à l'agressivité; b) images représentant les différentes parties du pied; et c) calendrier visuel pour la pratique quotidienne en l'absence de la « thérapeute » communautaire.

Participants

Cette section fait état des différents aspects à considérer pour mener à bien les étapes permettant le recrutement de participants potentiels, et ce, jusqu'au plan d'analyse. Les sous-sections présentées sont les suivantes : considérations éthiques, critères d'inclusion et d'exclusion, recrutement, étapes inhérentes à la collecte de données, description du participant, instrument de mesure utilisé, méthode de collectes de données et plan d'analyse.

Considérations éthiques

Des certifications éthiques du CIUSSSCN (#2023-2580 _RIS obtenue le 2022-09-08) et du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR (#CERPPE-22-09-07.04 2022-09-12) ont été obtenues (voir Appendice E).

Critères d'inclusion et d'exclusion

Afin de sélectionner des participants potentiels et de sorte à répondre au type d'échantillonnage préconisé pour cette recherche, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été pris en compte.

Critères d'inclusion

Les participants devaient être au moins âgés de 18 ans. Ils devaient présenter un degré léger de DI (avec ou sans la présence d'un trouble du spectre de l'autisme [TSA]), puis être hébergés en RAC ou en URI. Ils devaient notamment être reconnus comme étant des personnes aptes à s'exprimer verbalement (en mesure d'exprimer leurs besoins, désirs et envies). Ils étaient également considérés aptes à l'apprentissage (en mesure de comprendre et de répondre à des consignes simples). Ceux-ci devaient être disposés à participer à la recherche (absence d'événements traumatisants, anxiogènes ou autres qui pourraient les rendre indisponibles). Ils étaient motivés à participer à cette étude.

Ils devaient également présenter des comportements agressifs physiques et/ou verbaux et/ou autodirigés : a) agressivité physique (p. ex., assaut physique sur du matériel ou envers une autre personne : donner des coups en utilisant une partie du corps, cracher, mordre, pincer, tirer les cheveux, griffer, utiliser une arme blanche, étrangler, claquer les portes); et/ou b) agressivité verbale (p. ex., sarcasme, insultes, propos dégradants et/ou humiliants, hurlements, donner des ordres); et/ou c) automutilation (p. ex., s'arracher des morceaux de peau, se mordre, se gifler ou se frapper la tête ou le corps, se taper la tête contre un objet, frapper son corps contre un objet, s'arracher les cheveux et/ou les cils, se mettre le doigt dans l'œil, se pincer, se couper avec des outils, se frapper avec des outils, se faire mal avec le doigt dans l'anus, se mâchonner les lèvres,

s'enlever ou se ronger les ongles, se frapper les dents). Ils devaient présenter au moins quatre comportements agressifs par semaine.

La présence d'intensité des comportements agressifs était aussi un critère nécessaire :

- a) causer préjudice à autrui; et/ou b) causer des blessures et/ou causer des douleurs et/ou engendrer des bris de matériel; et/ou c) mener la personne en salle d'isolement ou de retrait; et/ou d) engendrer une prise de PRN; et/ou e) nécessiter l'utilisation de la prévention active de la personne pour les niveaux d'escalade 3 et 4 (destructeur et agressif).

Critères d'exclusion

Les participants potentiels ne devaient pas avoir de diagnostic de troubles de santé mentale pouvant expliquer la présence de comportements agressifs, par exemple le syndrome de Gilles de la Tourette.

Recrutement

Le recrutement a été réalisé au sein du CIUSSSCN. Il a spécifiquement été effectué par le biais des services du secteur résidentiel adulte du programme DI/TSA/DP, plus spécifiquement en RAC et/ou en URI. Ce secteur de recrutement a été sélectionné puisque plusieurs APDI qui bénéficient de ces services présentent des comportements agressifs. De plus, comme la présence de ces comportements minimise la qualité de vie chez cette clientèle, il a semblé d'autant plus important de sélectionner des participants vivant dans ces milieux. L'augmentation de la qualité de vie, dans ce contexte, se traduit par la diminution de la salle d'isolement et de la prise de PRN. Elle s'observe notamment sur la diminution de blessures associées à l'émission de comportements agressifs. Elle peut également faire référence à l'intégration dans des milieux de vie davantage normalisant tels que : ressources intermédiaires (RI), ressources de types familiales (RTF), appartements supervisés, accès à des centres d'activités de jour, à des plateaux de travail et/ou accès au marché du travail. Ce n'est pas une mesure à proprement dit de la qualité de vie, mais ces aspects en sont directement liés.

Le recrutement des participants potentiels s'est effectué selon une série d'actions. Les prochains paragraphes présentent les différentes modalités utilisées qui ont mené à la sélection, à priori, des trois participants de cette étude.

Première action : prise de contact avec la personne responsable de la direction des services

Le projet de recherche a d'abord été expliqué à la personne responsable de la direction des services résidentiels adultes du programme en DI/TSA/DP. Un premier contact a été fait par le biais d'un courriel, pour ensuite établir un deuxième contact en rencontre via le logiciel Teams. Afin de soutenir les explications fournies, les deux certificats éthiques reçus (voir Appendice E), un encart du projet (voir Appendice F) et un feuillet d'information (voir Appendice G) ont été remis lors de l'envoi du courriel. Le but était que la personne responsable des services puisse prendre connaissance de l'ensemble du projet de recherche. Les données nominatives de l'étudiante ont notamment été échangées, permettant de faciliter la prise de contact en cas de questionnements futurs ou autres.

Deuxième action : prise de contact avec la personne responsable aux archives

Un premier exercice de repérage de participants potentiels par le biais du Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD), regroupant tous les APDI du CRDI de Québec bénéficiant des services du secteur résidentiel adulte, a d'abord été réalisé par une personne responsable et mandatée par le CIUSSSCN. Ainsi une première liste de participants potentiels a été générée par la personne pilote du système informatique aux archives, puis acheminée par l'assistante-chef aux archives du CIUSSSCN. Cette liste a été produite suite à une discussion réalisée via le logiciel Teams avec cette dernière, dans laquelle les critères d'inclusion et d'exclusion à considérer lui ont été présentés. Ensuite, un deuxième repérage à partir de la liste générée des participants potentiels a été effectué par le biais du système informatique SIPAD par l'étudiante afin de présélectionner ceux qui semblaient répondre, selon leur dossier respectif, aux critères d'inclusion de l'étude.

Troisième action : prise de contact avec les éducateurs pivots des participants potentiels

D'abord, un courriel a été envoyé aux éducateurs pivots et aux psychoéducateurs (lorsque présents dans le milieu) ayant à leur charge de dossiers les participants potentiels retenus. Le but était de les informer des raisons qui justifiaient la prise de contact avec eux. Afin de soutenir les explications fournies, l'encart du projet de recherche pour lequel ils ont été sollicités leur a été acheminé, de même que la lettre de convenance émise par le comité éthique du CIUSSSCN qui autorisait ce contact pris par l'étudiante. Des dates de rencontres ont été suggérées, puis acceptées par chacune des parties prenantes. Ensuite, une rencontre via le logiciel Teams a été réalisée respectivement avec chacune des dyades (ou avec chaque éducateur pivot), afin de valider les critères d'inclusion et d'exclusion de chacun des participants potentiels.

Des explications supplémentaires ont été émises à l'égard des éducateurs pivots leur mentionnant qu'à cette étape, aucun participant n'a directement été contacté et qu'il est important de garder la confidentialité de cet échange, et ce, tant et aussi longtemps que la validation du profil clinique n'a pas été entièrement complétée. Les buts étaient de préserver la confidentialité de chacun des participants potentiels, mais également, d'éviter de leur faire miroiter la possibilité d'être participant à un projet, avant même que les critères ne soient tous validés pour ce dernier (dans le cas contraire, le participant potentiel n'était tout simplement pas retenu et la démarche de validation cessait). À cette étape, seuls les critères d'inclusion et d'exclusion à ce projet de recherche étaient vérifiés. Au total, trois participants ont été recrutés et tous étaient incapables à consentir à leur participation.

Quatrième action : consentement à la participation des participants sélectionnés

Dans la mesure où un participant potentiel répondait aux critères d'inclusion, son assentiment (si possible) à ce que l'éducatrice pivot échange de l'information avec son représentant légal sur ce projet de recherche était demandé. Cette action s'est réalisée pour l'un des trois participants. Selon les recommandations cliniques concernant les deux autres participants (afin d'éviter de leur faire vivre de l'anxiété), l'assentiment à ce contact a été évité : cela aurait pu générer une escalade comportementale.

Ensuite, les représentants légaux (mandataire, tuteur ou curateur) des participants potentiels retenus ont été contactés par voix téléphonique, et ce, par chacun des éducateurs pivots. Au préalable, l'étudiante a envoyé par courriel à chacun des éducateurs les documents nécessaires à ce contact : l'encart du projet de recherche ainsi que le feuillet d'information et de consentement à la participation (version pour représentant légal; voir Appendice G). Ensuite, une rencontre s'est également tenue avec chacun d'eux de sorte à leur expliquer la totalité de ce que comporte le projet. Ainsi, ils ont été en mesure de l'expliquer aux représentants légaux des participants recrutés. Lorsque ceux-ci manifestaient le désir que la personne qu'ils représentent participe au projet de recherche, le feuillet d'information et le formulaire de consentement à sa participation leur étaient transmis par courriel, et ce, par l'éducateur pivot du participant potentiel.

Pour ne pas créer préjudice aux personnes qui seraient intéressées à participer au projet de recherche, et considérant que le nombre de participants recherchés était de trois personnes, une procédure de sélection spécifique a été ajoutée. Aussitôt qu'un participant potentiel correspondait aux critères d'inclusion et d'exclusion, les démarches étaient entreprises afin de valider sa participation au projet. Ce processus de sélection a été ainsi fait, jusqu'à ce que les trois participants soient sélectionnés. Cette procédure avait pour objectif de ne pas décevoir les participants potentiels que l'on aurait pu contacter, en les retirant par la suite de ce dernier, soit parce qu'ils ne répondaient finalement pas aux critères de l'étude, ou soit simplement par manque de place.

Cinquième action : nouvelle prise de contact entre les éducateurs pivots et l'étudiante

Lorsque le formulaire de consentement à la participation était signé par le représentant légal du participant recruté, l'éducateur pivot prenait contact avec l'étudiante afin de lui envoyer le formulaire signé. C'est à la suite de cette action que l'étudiante lui demandait s'il désirait ou non participer au projet de recherche proposé. Pour ce faire, une nouvelle rencontre via le logiciel Teams était réalisée avec chacun des éducateurs pivots des participants recrutés (un des participants recrutés a dû être retiré du projet à cette étape). L'étudiante leur a expliqué de

nouveau le projet, leur rôle, puis leur a acheminé par courriel le feuillet d'information et de consentement à la participation pour éducateurs (voir Appendice G). Dans ce cas-ci, les deux éducateurs pivots ciblés ont accepté de participer. Ainsi, chacun a remis leur formulaire de consentement dûment signé.

Étapes inhérentes à la collecte de données

Trois rencontres ont été réalisées avant l'actualisation de l'expérimentation. Tout d'abord, le projet de recherche était présenté à chacune des équipes. Des informations supplémentaires concernant les différentes modalités de l'application de la SOF étaient offertes aux éducateurs pivots si cela s'avérait nécessaire. Tous les intervenants de l'unité de vie de chacun des participants recrutés étaient rencontrés afin qu'ils soient au courant du projet, mais également parties prenantes du processus de cotations au besoin. Comme l'étude se réalisait dans un contexte de services 24/7, les éducateurs pivots seraient nécessairement absents à un moment ou à un autre. Ainsi, des intervenants complémentaires par milieu étaient désignés en remplacement pour chacun d'eux. Pour le participant 1, toute l'équipe d'intervenants était désignée pour la cotation. Concernant le participant 3, seuls cinq intervenants ont été ciblés. La première rencontre avec les équipes a été réalisée en présentiel, avec la participation de leur gestionnaire des services respectif ou des professionnels inscrits au dossier. Des remerciements leur ont également été émis pour leur accueil.

Ensuite, une rencontre via le logiciel Teams a eu lieu avec chacun des éducateurs pivots afin de définir les comportements agressifs cibles à observer chez les deux participants restants. Cette sélection a été soutenue, d'une part, par les comportements agressifs déjà répertoriés dans leur processus respectif de l'analyse et de l'intervention multimodale (AIMM), processus utilisé et connu des professionnels et des intervenants du CIUSSSCN et utilisée au secteur résidentiel, notamment pour les APDI. D'autre part, par les comportements inscrits dans leur prévention active (plan de traitement répertoriant les différents niveaux comportementaux, les comportements associés et les interventions à mettre en place pour chacun des comportements inscrits). Les éducateurs ont ensuite eu à inscrire les quatre comportements-défis sur la grille de

dispersion sommaire du participant de leur unité. Cette grille a ensuite été réalisée de sorte à préparer les cotations des niveaux de base comportementaux.

Enfin, une rencontre avec les participants recrutés a été réalisée dans leur milieu de vie respectif afin que l'étudiante puisse se présenter, leur exposer le projet auquel ils allaient participer et pour les remercier de cette participation. L'étudiante leur a fait part qu'à tous moments, ils pourraient décider de mettre sur pause leur participation ou de la cesser. Sous les conseils cliniques des équipes respectives de chacun des participants, ces derniers ont été rencontrés la première journée de leur formation intensive. Le fait d'attendre à ce moment pour cette rencontre se justifiait pour éviter de leur créer de l'anxiété et de possibles escalades comportementales. Par la suite, la date du début de l'expérimentation a été définie avec chacun des éducateurs pivots, puis un calendrier des rencontres leur était remis. Selon leurs conseils, aucun calendrier des séances d'interventions n'a été remis aux participants afin d'éviter de leur faire vivre de l'anxiété. En fait, il pourrait arriver des événements non contrôlés pouvant reporter ou annuler une rencontre (désorganisations, non-disponibilité à une rencontre ou autres). Toutefois, un calendrier visuel de leur pratique quotidienne respective à réaliser sans la présence de la « thérapeute » communautaire (respiration ventrale et méditation simplifiée [seul ou accompagné d'un intervenant]) leur a été remis. Une image de pied était fixée sur chacune des cases quotidiennes de leur calendrier. Ainsi, dès qu'une pratique était complétée, les participants (ou un intervenant) devaient virer l'image des pieds (de sorte que l'endos soit visible), illustrant ainsi que la pratique avait été réalisée. Pour mener à bien les pratiques quotidiennes, les participants ont eu accès à un enregistrement tant du protocole de la respiration ventrale que de celui de la SOF. Aucune donnée nominative n'a été nommée sur ces enregistrements. Seules les étapes de réalisation des protocoles y sont verbalisées. Ils pouvaient l'écouter par le biais de l'iPad de leur unité de vie respective.

Description du participant recruté

Afin de préserver la confidentialité du participant retenu, seule une description générale de ce dernier est émise. Il s'agit d'un adulte âgé entre 40 et 60 ans qui demeure dans un milieu de

vie du CIUSSSCN (RAC ou URI) et a un travail dans la communauté. Toujours par souci de confidentialité, son milieu de vie spécifique (RAC ou URI) n'est pas identifié. Il présente une déficience intellectuelle concomitante à la présence de comportements agressifs. Quatre comportements-défis ont été évalués : 1) crier/hurler; 2) lancer des objets; 3) donner des coups sur un objet; et 4) briser des objets. Le participant est verbal. En fait, il comprend les consignes simples et il est en mesure de répondre verbalement aux questions d'un interlocuteur.

Instrument de mesure utilisé : grille de dispersion sommaire

Les effets de la stratégie de la SOF ont été évalués en trois temps (prétest, pendant l'intervention [application], post-test), par le biais d'une grille de dispersion communément appelée la grille sommaire. Cette grille permet l'analyse visuelle, et donc la compilation de données sur une période déterminée, afin de surveiller des comportements-défis, notamment les comportements agressifs, puis d'en constater leur évolution (SQETGC, 2022). Dans ce cas-ci, les différents comportements agressifs à mesurer pour chacun des participants ont été inscrits dans le tableau que l'on retrouve dans le haut de la grille et une cote leur a été attribuée. Cette légende permet ainsi de faciliter l'observation et la cotation de chacun des comportements à mesurer. Les cases de la grille de dispersion sommaire représentent 30 minutes d'une journée, par exemple, 8:00 à 8:30 et 8:30 à 9:00 et ainsi de suite, totalisant une possibilité de cotations sur 24 heures (voir Appendice H). Les évaluateurs, dans ce cas-ci, les intervenants du milieu de vie du participant, inscrivent la codification du ou des comportements observés dans les cases appropriées; une case peut notamment contenir plus d'une codification. Ce processus permet alors d'apprécier la fréquence des comportements-défis émis.

Méthode de collecte de données

Pour les participants 1 et 3 (le participant 2 ayant été retiré avant le début de l'expérimentation), la collecte de données a débuté lorsque les représentants légaux des participants et leurs éducateurs pivots donnaient leur consentement à la participation au projet de recherche. À ce moment, l'étudiante responsable du projet a rencontré chaque éducateur pivot afin de cibler une date pour le début de la complétion de la grille de dispersion sommaire (pour

établir les niveaux de base comportementaux de chaque participant [phase prétest]). Les niveaux de base des deux participants ont débuté au même moment. Comme le stipule Lanovaz (2013), pour chacun des contextes, les séances des niveaux de base devraient débiter en même temps.

Ensuite, la grille de dispersion sommaire a été complétée sur une période de 24 heures, tous les jours de l'expérimentation. Au départ, une période de 8 heures de cotations était ciblée. Toutefois, pour des raisons cliniques, les intervenants compilent les données comportementales pendant 24 heures. Après discussion avec les équipes d'intervenants, la période cible proposée par ces dernières pour les cotations est celle de 24 heures. Cela dit, il suffisait d'observer s'il y avait ou non présence des comportements agressifs, puis de les indiquer sur la grille de dispersion.

- En phase prétest pour établir le niveau de base de chacun des participants – 5 à 15 jours avant l'intervention (prises de données sur 24 heures) : participant 1 (5 jours) et participant 3 (15 jours).
- Formation intensive – 4 jours (prise de données sur 24 heures) : participant 1 (4 jours) participant 3 (attrition après 2 jours donc cessation des cotations).
- En phase d'intervention – entre 10 et 20 jours (prises de données sur 24 heures) : participant 1 (14 jours).
- En phase post-test – période de cotations étalée sur 2 semaines après l'intervention, dans laquelle 3 jours de cotations ont été préalablement sélectionnés (prise de données sur 24 heures) : participant 1 (jour 2, 6 et 9 suivant la phase d'intervention).

En phase prétest, deux critères sont à considérer : 1) débiter les cotations des niveaux de bases au même moment et cesser lorsqu'ils sont stables, et ce, pour chacun des participants; et 2) cesser les cotations de la phase prétest lorsque les effets de l'intervention du précédent participant se clarifient. En somme, les niveaux de base comportementaux pour le premier participant ont été poursuivis jusqu'à ce que les données soient stables. Ensuite, l'intervention a été introduite chez le premier participant seulement. Pendant ce temps, l'étudiante a continué d'amasser les cotations des niveaux de base comportementaux pour le participant 3. Lorsque les effets de l'intervention se clarifiaient chez le premier participant, l'intervention devait être débutée chez le participant 3.

Toutefois, comme celui-ci a quitté le projet à ce moment, cette donnée n'est pas considérée. Il n'y a donc pas d'intervention différée possible entre les participants. Selon Lanovaz (2013), le fait d'utiliser l'intervention différée peut renforcer le fait que les changements sont expliqués par l'effet d'une intervention et non pas par des variables incontrôlées. Dans ce cas-ci, le plan expérimental a débuté en ce sens, mais n'a pu être poursuivi considérant que le participant 3 a quitté l'expérimentation après 2 jours de formation intensive. Cela dit, malgré ce fait, l'utilisation de plusieurs niveaux de base (quatre comportements agressifs) peut renforcer la tendance d'effets, considérant la prise de mesures répétées pour plus d'une variable. Selon Corbière et Larivière (2014), l'appui des résultats sur plus d'une source de données, la triangulation de ces résultats de même que leur vérification continue sont des stratégies de collecte de données qui renforcent la validité interne.

Plan d'analyse

Les différents résultats ont été compilés dans un fichier Excel, puis illustrés dans un graphique sur lequel l'évolution du profil comportemental du participant 1 peut être appréciée, et ce, pour chacune des phases expérimentales. Deux tableaux supplémentaires ont notamment été générés de sorte à bonifier les analyses. Ces figures ont été commentées afin de situer chaque résultat dans son contexte, permettant ainsi une meilleure analyse des données. Ceux-ci ont notamment été mis en relation avec la stratégie de la SOF et ses effets sur les comportements agressifs.

Résultats et discussion

Cette recherche a été menée auprès d'un APDI légère, concomitante à la présence de comportements agressifs et vivant en RAC ou en URI. Pour préserver la confidentialité du participant, le type spécifique de son milieu de vie n'est pas identifié. Pour le définir, l'appellation « RAC » ou « URI » sera ainsi utilisée. Elle s'est intéressée aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur l'émission de ses comportements agressifs. L'objectif principal était de mesurer l'effet de la SOF sur la diminution des comportements agressifs du participant. L'objectif spécifique était de lui apprendre à utiliser la SOF comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. L'hypothèse de recherche stipulait que cette méditation diminuerait la fréquence des comportements agressifs.

L'hypothèse de recherche regroupe les différents objectifs ciblés par les six études recensées. D'abord, cette recherche vise l'enseignement d'une technique simple, soit celle de la SOF, de sorte à mesurer son effet sur la diminution des comportements agressifs émis (verbaux et physiques) chez un APDI légère. Cette visée rejoint celles des études de Singh *et al.* (2003) et de Singh *et al.* (2007) dont les auteurs visent l'enseignement d'une technique simple basée sur la pleine conscience de sorte à augmenter l'autorégulation de la colère et donc la diminution des comportements agressifs verbaux et physiques chez des APDI légère à moyenne. L'hypothèse de recherche veut notamment vérifier la possibilité qu'une « thérapeute » communautaire puisse enseigner la méditation. Elle rejoint ainsi l'étude d'Adkins *et al.* (2010) et celle de Singh *et al.* (2011) qui ciblent toutes deux cet objectif comme principal à leur recherche. Singh *et al.* (2013), quant à eux, avait comme but premier d'étendre la littérature actuelle concernant la SOF, en mesurant son effet sur des groupes expérimentaux. Un des buts de cette recherche est de faire évoluer la littérature sur cette stratégie d'intervention et d'en mesurer ses effets chez un APDI légère. Enfin, Roberts *et al.* (2020) vérifiait la faisabilité d'implanter un protocole adapté à des APDI provenant d'un pays autre que les États-Unis. Bien que la mesure de l'effet n'était pas l'objectif prioritaire de cette étude, les résultats de faisabilité ont, par résultats collatéraux, démontré l'effet de la méditation chez leur clientèle cible. C'est ce que cette recherche a notamment tenté de démontrer en ciblant une clientèle APDI légère québécoise vivant en RAC ou en URI et en tentant de vérifier s'il était faisable d'y implanter la SOF par l'utilisation d'un

protocole de recherche écourté. Toutes ces variables ajoutent au caractère novateur de cette recherche, apportant de nouvelles données à la communauté scientifique.

Toutes les études recensées qui mesuraient l'effet de la SOF chez les APDI étaient relativement longues, modalité qui n'est parfois pas possible en contexte de RAC ou d'URI (interventions intensives, mouvement de clientèle et de personnel). Certaines de ces études ont démontré qu'il était possible pour un « thérapeute » communautaire d'enseigner la SOF. Cependant, soit une formation par des chercheurs ou par des thérapeutes professionnels ayant reçu la formation de la méditation avait au préalable été octroyée au « thérapeute » communautaire, ou celui-ci avait fait l'objet d'une évaluation de ses capacités à l'enseigner fidèlement. Dans ce cas-ci, « la thérapeute » communautaire est l'étudiante de ce projet; elle n'est ni formée par un chercheur ou un professionnel ni évaluée par l'un d'eux. Elle a tout de même validé sa démarche auprès de l'un des auteurs du livre qui présente le curriculum de la SOF, sans toutefois avoir fait l'objet d'évaluation de ses capacités à enseigner fidèlement la méditation.

Cette section présente les résultats recueillis par le biais de la grille de dispersion sommaire. Celle-ci a permis d'observer la présence ou non des comportements agressifs émis par le participant, et ce, tout au long du processus expérimental. D'abord, les résultats sont présentés par le biais de données quantitatives qui présentent l'ensemble des résultats obtenus. Elles sont ensuite mises en relation avec l'hypothèse de recherche. Finalement, des données complémentaires sont présentées. Elles sont issues de l'appréciation du participant et de deux intervenants. Les buts étant de considérer leurs réflexions, suggestions et évaluations pour les recherches futures.

Résultats quantitatifs

Cette section permet d'abord de présenter l'ensemble des résultats comportementaux obtenus par le participant, et ce, tout au long de l'expérimentation. Elle offre notamment une présentation spécifique des résultats en fonction des phases de l'étude, des types de

comportements agressifs émis, puis de leur fréquence d'apparition. Une analyse mettant en relation chacun des résultats obtenus suivra la présentation des différentes données.

Enfin, une analyse sommaire des résultats en lien avec les pratiques quotidiennes de la SOF est exposée. Ce sont des pratiques réalisées par le participant au quotidien, avec un intervenant de son milieu de vie. Elles sont effectuées à l'aide de l'enregistrement de la procédure de la SOF (accessible sur l'iPad du milieu de vie du participant), permettant ainsi la pratique sans la présence de la « thérapeute » communautaire. Les données ont été colligées à partir du calendrier des pratiques quotidiennes remis au participant lors de la première journée de la phase d'intervention. Cette analyse est avant tout une réflexion pour les recherches futures.

Ensemble des résultats comportementaux

Pendant l'expérimentation, des imprévus sont survenus. Lors de la phase d'intervention, en raison de facteurs externes (causes sanitaires), une interruption de l'intervention a dû être réalisée pendant 8 jours. Aussi, le participant a refusé à deux reprises l'octroi de l'intervention. Il y a donc eu 2 jours supplémentaires d'interruption de l'intervention (jour 23 et jours 29). Ces aspects doivent être pris en compte, car ils ont potentiellement généré des effets de tendance non désirés. Malgré ces interruptions involontaires, l'intervention a repris après chacune d'elles : le participant a désiré poursuivre l'expérimentation après chaque arrêt. Quant à la phase de formation intensive, au départ, aucune donnée n'était censée être prise en compte. Toutefois, puisque les professionnels et les intervenants du milieu de vie du participant préfèrent compiler de façon continue les cotations, elles ont été amassées sur 24 heures, 7 jours sur 7. En raison de cet aspect, elles sont finalement analysées dans l'ensemble des résultats.

Le Tableau 1 présente la répartition du nombre total de comportements agressifs émis en fonction des phases expérimentales. De façon générale, il apparaît que le nombre de comportements agressifs émis en niveau de base ($n = 14$) baisse drastiquement lorsque la formation est introduite ($n = 1$). De plus, aucun comportement agressif n'a été observé lors des 2 premières journées d'intervention. Malheureusement, l'expérimentation fut dès lors interrompue

pendant 8 jours pour cause de la maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) chez le participant, ce qui s'est traduit par une augmentation substantielle de comportements agressifs. Une fois la phase d'intervention réintroduite, le nombre de comportements a de nouveau baissé sauf pour 2 journées lors desquelles la personne a refusé de participer, ce qui s'est traduit par l'occurrence de plusieurs comportements agressifs.

Tableau 1

Total de comportements agressifs émis

Phases expérimentales et interruptions	Nombre de comportements agressifs émis
Niveaux de base comportementaux (A)	14
Formation intensive	1
Intervention (B)	0
Interruption + journées de refus	32
B (suite)	17
Post-intervention	0
Total des comportements agressifs émis	64

Par ailleurs, considérant qu'il y a eu des interruptions imprévues ($n = 10$) qui ont impacté les résultats, il est intéressant de regrouper (voir Tableau 2) les résultats selon les comportements agressifs émis en l'absence d'intervention (niveaux de base comportementaux + interruption pour causes sanitaires + 2 journées de refus de participation). Ceci permet de constater que le nombre total de comportements est de 46 alors qu'en condition d'expérimentation, il est de 18 pour une importante différence de 28 comportements agressifs émis.

Tableau 2

Total des comportements agressifs émis en fonction de la présence ou non de l'intervention

Phases expérimentales appariées	Total des comportements émis
Niveaux de base comportementaux (A) + interruption pour causes sanitaires + deux journées de refus de participation	46
Formation intensive + intervention (B)	18
Total différentiel	28

Résultats comportementaux spécifiques

Cette section présente les résultats comportementaux de façon plus spécifique. Elle met en lumière les résultats obtenus à chacune des phases expérimentales, selon les types de comportements agressifs émis, puis présente des données quant à leur fréquence d'apparition.

Résultats comportementaux obtenus à chacune des phases expérimentales

Lors de la phase de niveaux de base, le participant a émis 14 comportements agressifs dont 12 fois crier/hurler et 2 fois lancer des objets. Aucun comportement n'a été répertorié au jour 5. Lors de la phase suivante (formation intensive), un seul comportement agressif (crier/hurler) fut émis.

S'en est suivie une phase d'intervention prévue sur 24 jours. Malheureusement, 10 d'entre eux se sont soldés par une interruption de l'intervention. Au moment des 2 premiers jours d'intervention (jours avant l'interruption de l'intervention pour causes sanitaires), aucun comportement agressif n'a été émis. Cependant, lorsque la SOF fut interrompue, 25 comportements agressifs ont été émis par le participant. Parmi ceux-ci, 14 font référence à crier/hurler, cinq de lancer des objets, deux à donner des coups sur un objet et quatre à briser des objets. Hormis le jour 16, où seul le comportement de crier/hurler a été observé, les autres journées ont été ponctuées de deux (jour 13) ou trois (jours 14, 15, 17 et 18) comportements concomitants. Par ailleurs, au premier et au dernier jour (jour 12 et 19), aucun comportement agressif n'a été répertorié. Lors de la reprise de la phase d'intervention, 17 comportements

agressifs ont été émis dont 12 fois crier/hurler, 2 fois lancer un objet, 1 fois donner des coups sur un objet et 2 fois le geste de briser des objets ont été constatés. Par ailleurs, aucun comportement agressif n'a été observé pendant 5 jours (20, 21, 26, 28 et 31) et un seul pendant 3 jours (25, 29 et 33). Les 4 autres journées ont été minimalement ponctuées de deux comportements agressifs (22, 24, 30 et 32). Bien que les 2 journées de refus de participation ne soient pas des phases expérimentales, il n'en demeure pas moins qu'elles doivent être considérées dans l'analyse d'ensemble des comportements agressifs émis. Au total, sept comportements agressifs ont été émis, soit : crier/hurler ($n = 4$) à la première journée et crier/hurler, lancer des objets et briser un objet 1 fois chacun à la seconde journée.

La phase post-intervention fait état de 3 journées de cotation. Elles sont identifiées par les jours 34, 35, 36 de l'expérimentation, mais représentent en réalité 3 journées de ponction non consécutives, préalablement et aléatoirement définies. Dans ce cas-ci, les ponctions ont été prises 2, 5 et 9 jours après la phase de l'intervention. Ces trois ponctions font état de l'absence de comportement agressif émis par le participant.

Résultats obtenus en fonction du type de comportement agressif émis

De façon générale, le comportement de crier/hurler est celui qui représente la plus grande émission de comportements agressifs (44/64), suivis de celui faisant référence à lancer des objets (10/64). Quant au comportement de briser des objets, il se place en troisième importance de fréquences (6/64), suivi de donner des coups sur des objets (4/64).

Concernant le comportement de crier/hurler, celui-ci a diminué dès l'introduction de l'intervention (lors de la formation intensive), passant de 12 comportements en phase de niveaux de base comportementaux à un au moment de la formation, puis à zéro lors de l'intervention. Une augmentation des comportements a été notée lors de la première interruption (arrêt de 8 jours pour causes sanitaires) passant de zéro à 14, puis a graduellement diminué en passant de 14, à 12, puis finalement à zéro. Aucun comportement de crier/hurler n'est observé en phase post-intervention.

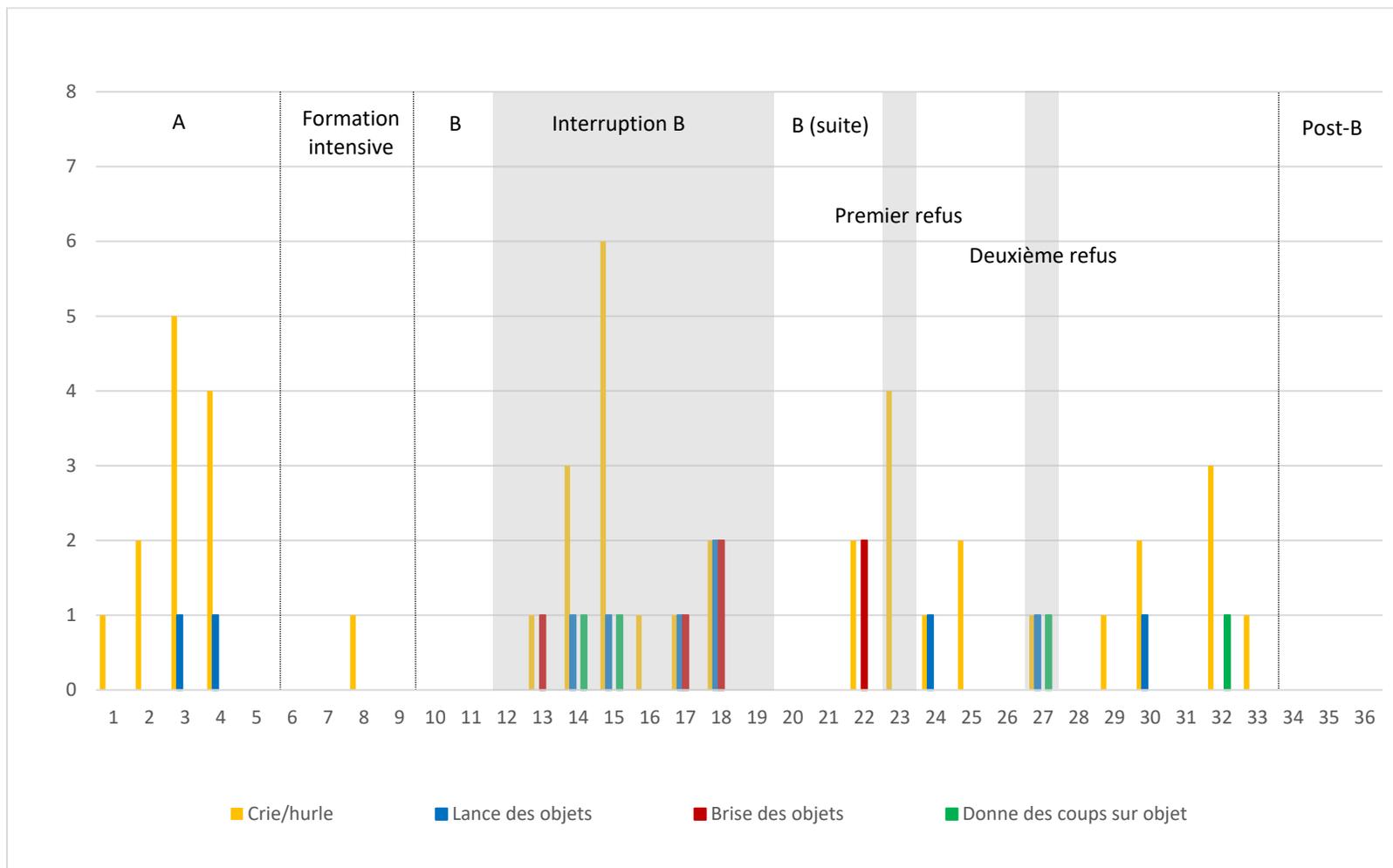
Quant au comportement de lancer des objets, celui-ci a également diminué dès l'introduction de l'intervention, passant de deux comportements en phase de niveaux de base comportementaux puis à zéro. Une augmentation des comportements a été constatée lors de la première interruption (arrêt de 8 jours pour causes sanitaires) passant de 0 à 5, puis a graduellement diminué en passant de cinq à trois, puis à zéro. Aucun comportement de lancer des objets n'est observé en phase post-intervention.

Le comportement de briser des objets apparaît seulement lors de l'interruption de la SOF pour causes sanitaires ($n = 4$). En début de réintroduction de la phase d'intervention, le comportement est à nouveau émis ($n = 2$) au jour 22, puis complètement cessé à partir du jour 23, et ce, pour le reste de la phase de l'intervention, de même que lors de la phase post-intervention.

En ce qui a trait au comportement de donner des coups sur des objets ($n = 4$), il n'est apparu que lors de l'interruption de la SOF pour causes sanitaires ($n = 2$). Dès la réintroduction de l'intervention, ce comportement n'est plus émis. Le comportement est nouvellement émis au jour 27 ($n = 1$) de l'expérimentation (journée d'interruption de la SOF pour cause de refus de participation). Dès la réintroduction de l'intervention, le comportement n'est plus présent. Il sera toutefois constaté au jour 32 ($n = 1$) de l'expérimentation. Ensuite, le comportement disparaît et ce résultat est maintenu jusqu'en phase post-intervention. La Figure 4 présente le nombre et les types de comportements agressifs émis tout au long de l'expérimentation et à chacune des phases par le participant.

Figure 4

Nombre total et type de comportements agressifs émis par le participant selon le jour d'expérimentation



Analyse en fonction de l'ensemble des résultats comportementaux obtenus

L'analyse globale démontre que la diminution des comportements agressifs émis par le participant était drastique au moment où il y a eu présence d'intervention, donc dès la phase de la formation intensive. Il y a donc lieu de croire que la phase d'intervention aurait pu se traduire par une diminution constante des comportements agressifs émis, et ce, jusqu'à la fin de l'expérimentation. Toutefois, des facteurs externes (situations sanitaires et refus de participation), hors du contrôle de l'étudiante, ont entravé la phase d'intervention par l'interruption de la SOF. Il semble que ceci ait pu briser le rythme de décroissance des comportements agressifs émis qui étaient, au préalable, observés lors de la première introduction de la SOF. Ainsi, une augmentation de ces derniers a été constatée au moment de la première interruption de l'intervention de la SOF, d'une durée de 8 jours, et lors des 2 journées de refus de participation.

La recrudescence des comportements agressifs peut également s'expliquer par le stress engendré chez le participant en lien avec la situation sanitaire vécue (cessation de ses activités, de son travail, autres situations personnelles vécues pendant ce moment, cessation de la méditation). Par ailleurs, la diminution des comportements agressifs émis lors des phases subséquentes est graduelle et non aussi drastique que lors de la formation et du début de l'expérimentation. Ce résultat peut s'expliquer en partie en raison de la durée de la COVID-19 et de ses impacts sur plusieurs jours consécutifs. Finalement, la présence et les fluctuations d'occurrences de comportements agressifs en phase d'intervention peuvent se comprendre aisément lorsque l'on considère que 10 des 24 journées d'intervention prévues ont été interrompues pour causes sanitaires et refus de participation ne laissant place qu'à 14 journées d'intervention entrecoupées. D'ailleurs, Singh *et al.* (2011) mentionnent que tous les participants à leur étude ont pris du temps à contrôler durablement leur comportement (phase d'intervention de 40 à 52 semaines). À la lumière des résultats observés dans la présente étude, les résultats semblent donc prometteurs.

Par ailleurs, une lecture globale de la fréquence des comportements agressifs, selon les phases de l'étude où il y a présence ou non d'intervention, fait ressortir davantage l'impact de la SOF. En fait, la fréquence d'émissions comportementales agressives diminue globalement

lorsqu'il y a présence de la méditation passant de 46 comportements à 18. Ces résultats corroborent ceux des six études recensées qui constatent généralement une diminution des comportements pendant l'intervention (Adkins *et al.*, 2010; Roberts *et al.*, 2020; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2007; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003). Malgré ces ressemblances, les résultats doivent être considérés avec prudence en raison de sa courte durée. De plus, la phase post-intervention n'a duré que 3 jours, ce qui est peu pour en retirer des résultats significatifs. Selon Vitaro *et al.* (2019), un intervalle de 6 mois serait la durée minimale à considérer et qui permettrait d'affirmer que les effets perdurent.

Au-delà des résultats obtenus, deux éléments intéressants ont été remarqués tant lors de l'application de la SOF (en phase d'intervention) que lors de moments de colère hors expérimentation. D'abord, à deux reprises, au moment où débutait l'intervention, le participant a verbalisé être fâché. La « thérapeute » lui a demandé s'il voulait tout de même réaliser l'activité. Celui-ci a répondu par l'affirmative. En résultat, avec soutien de la « thérapeute » (médiation, tutorat, encouragements et félicitations), le participant a été en mesure d'utiliser la SOF pour diminuer, voire, faire disparaître son sentiment de colère. Ce premier événement corrobore les écrits de Nader-Grosbois (2007b) qui stipulent qu'une interaction entre un partenaire et une personne (ce cas-ci, la « thérapeute » et le participant) engendre un processus actif issu d'une aide-externe (initiative de l'adulte) qui favorise le développement de stratégies régulatrices. Le deuxième événement rapporte des données non attendues, mais positives. En fait, le participant a été en mesure d'initier seul la pratique en contexte d'escalade comportemental (hors expérimentation), et ce, à deux reprises. Le participant a été en mesure de s'autoréguler en choisissant d'utiliser la SOF comme comportement alternatif, plutôt que d'utiliser l'agressivité. Encore une fois, cela rejoint les écrits de Nader-Grosbois (2007b) qui relatent qu'une personne s'autorégule lorsqu'elle est en mesure de sélectionner les stratégies à utiliser, permettant ainsi l'émission d'actions intentionnelles dans lesquelles l'attention sélective et l'inhibition de réponses inadéquates sont mises en œuvre. Il n'est pas possible de savoir si ces pratiques ont eu un quelconque effet sur l'utilisation de la méditation et la diminution de comportements agressifs émis, mais cette initiative autorégulée démontre une capacité de gestion émotionnelle. Adkins *et*

al. (2010) arrivent à des résultats similaires en notant que deux des participants de leur étude ont été en mesure de s'initier par eux-mêmes à la pratique de la SOF sans incitation externe et selon eux, cela tend à démontrer leur capacité à s'autoréguler lors de situations qui pourraient engendrer l'émission de comportements agressifs et/ou perturbateurs.

Ensemble des résultats des pratiques quotidiennes de la SOF

À titre indicatif, la pratique quotidienne s'effectue en l'absence de la « thérapeute » communautaire. Le participant la réalise à l'aide d'un enregistrement audio sur lequel la procédure de l'utilisation de la SOF est accessible. Un intervenant doit accompagner le participant pendant cette pratique. Elle peut être utilisée pour un apprentissage supplémentaire, en contexte de prévention ou lorsque le participant en ressent le besoin. C'est une pratique volontaire et supplémentaire à l'expérimentation du projet de recherche. Afin de permettre au participant de s'approprier la pratique audio, la « thérapeute » communautaire a pratiqué la procédure d'utilisation de la SOF avec le participant par le biais de l'enregistrement sur l'iPad, accompagnée d'un intervenant. Cet apprentissage s'est réalisé pendant les journées de formation intensive, à la fin des séances. Un calendrier de pratiques quotidiennes est fourni au participant de sorte qu'il puisse visualiser l'ensemble des journées pour lesquelles il peut, s'il le désire, pratiquer la SOF avec un intervenant (tous les jours de la phase d'intervention y sont illustrés). Une image de pied est également apposée sur chaque journée du calendrier. Il suffit pour lui de la retourner chaque fois qu'une pratique est réalisée. Cela lui permet ainsi de connaître le nombre de pratiques proposées restantes à son horaire, puis de constater celles qui ont été accomplies. Les résultats sur l'ensemble des pratiques ont été collectés par l'appréciation du calendrier du participant.

Cela dit, les pratiques quotidiennes ont été mises en place dès le début de la phase d'intervention, donc des jours 10 à 33. Comme il y a eu interruption de l'intervention pour causes sanitaires (du jour 12 au jour 19 inclusivement), et puisque le participant n'était pas disponible pendant cette période, celle-ci a été mise en place pour les 2 jours d'intervention avant

l'interruption pour causes sanitaires et pour les 12 autres jours de la suite de la phase d'intervention, excluant les 2 journées de refus de participation.

Résultats globaux obtenus sur l'ensemble des pratiques quotidiennes de la SOF

Au total, cinq pratiques quotidiennes de la SOF ont été réalisées sur 14 jours d'intervention, soit un peu moins de la moitié des journées prévues. Une a été réalisée lors des 2 journées de la phase d'intervention avant l'interruption de la SOF et quatre ont été effectuées au moment de la suite de la phase d'intervention.

Analyse en fonction de l'ensemble des résultats des pratiques quotidiennes de la SOF

Pour diverses raisons, la pratique quotidienne n'a été utilisée que lors des phases d'intervention comme cela avait d'emblée été recommandé. Toutefois, le participant a été en mesure d'y adhérer à cinq reprises pendant ces périodes. Dans le contexte des pratiques quotidiennes, aucune confirmation à savoir si son utilisation peut avoir eu ou non des résultats positifs sur l'utilisation de la méditation et de ses effets diminutifs sur les émissions de comportements agressifs. Toutefois, selon Adkins *et al.* (2010), l'utilisation de la pratique soutenue et intensive de la méditation (autopratique avec soutien audio disponible et périodes de pratique avec l'aide du personnel) pourrait être un facteur d'influence. Un des résultats positifs de cette recherche est que le participant ait initié de lui-même deux pratiques de la SOF en contexte d'escalade comportementale (hors expérimentation).

Facteurs d'influence d'effets de la SOF

Au-delà des facteurs inhérents au devis de recherche, d'autres facteurs ont pu influencer positivement l'utilisation de la méditation par le participant, mais également favoriser l'obtention de résultats d'effets.

D'abord, le niveau de déficience intellectuelle léger du participant a possiblement contribué à cette influence. Celui-ci a été en mesure de participer et de répondre activement aux questions, demandes et actions proposées par la « thérapeute ». Ce facteur facilitateur semble

faire consensus pour quatre des études qui ont testé la méditation auprès d'APDI légère (Adkins *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2013; Singh *et al.*, 2011; Singh *et al.*, 2003).

Par ailleurs, du matériel psychoéducatif a été utilisé avec le participant, tant lors de la formation intensive que lors des phases d'intervention. Ce matériel illustre les différents concepts enseignés à chacune des sessions de la méditation, dont ceux-ci étaient expliqués de façon concise. Cela avait pour objectif qu'ils soient adaptés au niveau de compréhension du participant. Par ailleurs, un pied en trois dimensions (celui de la « thérapeute ») a été utilisé de sorte que le participant fasse l'apprentissage des différentes parties de la plante de ses pieds, de même qu'un enregistrement audio de la méditation lui ayant fourni pour la pratique quotidienne. D'ailleurs, dans l'étude de Singh *et al.* (2007), des ajustements ont été nécessaires. En fait, bien que leur clientèle ciblée fût légèrement différente (APDI modérée), il n'en demeure pas moins que les outils adaptés utilisés ont démontré leur efficacité quant à la compréhension des participants à l'égard des concepts enseignés et des actions à réaliser. Ici, ce n'est pas tant la teneur des activités qui est prise en compte, mais bien le fait que d'utiliser des outils adaptés et spécifiques aux besoins du participant peut être favorable.

La formation intensive a également pu être bénéfique, en ce sens où les rudiments de la respiration ventrale et la base de la méditation ont été enseignés, de même que l'utilisation de l'enregistrement pour la pratique quotidienne. Le but était d'ajuster les incompréhensions, puis de permettre l'appropriation des exercices. Quant à l'enregistrement, le fait de le pratiquer avec le participant avait pour objectif de le guider dans son utilisation avant qu'il ne l'utilise seul. Cette formation a notamment permis des échanges avec le participant, mais également de créer un lien avec lui. Dans les études d'Adkins *et al.* (2010), de Singh *et al.* (2013), de Singh *et al.* (2007) et celle de Singh *et al.* (2011), la formation intensive semble avoir été bénéfique, bien que les résultats ne le démontrent pas clairement. De plus, Singh *et al.* (2003) stipulent que l'apprentissage de la respiration et de la concentration avant de commencer le contrôle des comportements agressifs par le biais de la procédure de la SOF pourrait permettre de développer une approche disciplinée de la méditation, bien avant d'apprendre la procédure en elle-même.

Toujours selon ces auteurs, cela permet d'amorcer un processus de transformation personnelle, pour ensuite faciliter l'utilisation de la méditation comme moyen immédiat de contrôler la colère et l'agressivité.

L'enseignement quotidien de la méditation a pu influencer positivement l'intégration et l'utilisation de la SOF. Comme le stipulent Singh *et al.* (2011), le temps et la pratique quotidienne augmentent la rapidité des résultats attendus malgré le caractère transformationnel de l'implantation d'une stratégie d'intervention, qui peut tendre à faire ralentir l'arrivée des premiers résultats. Par ailleurs, le fait que la « thérapeute » et les intervenants-accompagnateurs aient également réalisé les différentes actions proposées conjointement avec le participant, cela pourrait avoir eu un impact positif sur l'utilisation de la méditation en contexte d'enseignement, mais également en contexte hors expérimentation. Selon Singh *et al.* (2013), ce processus pourrait déclencher des neurones dites miroirs, signifiant qu'en voyant une autre personne se mettre en action vis-à-vis un déclencheur, cela pourrait permettre à la personne d'être davantage en mesure de se mettre en action de façon individuelle vis-à-vis un déclencheur, dans ce cas-ci, une situation qui pourrait générer l'agressivité. Toujours selon ces mêmes auteurs, cette théorie doit cependant être considérée avec prudence. Néanmoins, cela demeure une donnée à considérer.

Par ailleurs, la « thérapeute », non officiellement formée, a fait valider sa démarche par l'un des auteurs du protocole utilisé et d'autre part, elle s'est approprié la médiation en la pratiquant pendant 2 semaines avant son enseignement, et ce, pour une durée quotidienne d'environ 20 minutes. C'est ce que Felver et Singh (2020) suggèrent dans leur ouvrage.

Tout au long de la formation intensive et au moment des phases d'intervention, des encouragements ont été octroyés au participant. Aussi, le fait que le protocole était enseigné de façon quotidienne, tant lors de la formation intensive qu'au moment des phases expérimentales, cela a permis une présence continue de l'étudiante. De ce fait, elle pouvait répondre aux questionnements et aux besoins du participant, puis ajuster certains enseignements à sa compréhension. Ces facteurs d'influence corroborent ceux de Singh *et al.* (2011), qui, selon eux,

la capacité à enseigner du « thérapeute », sa présence et ses encouragements ont été des facteurs de réussite dans l'utilisation par les participants de la méditation et des effets reliés.

Bien que les résultats obtenus démontrent une tendance à ce que la SOF ait eu des effets sur la diminution des comportements agressifs émis par le participant, il n'en demeure pas moins que les résultats doivent être considérés avec parcimonie. D'une part, cette recherche a été menée de façon écourtée et d'autre part, elle demeure une recherche quasi expérimentale, ne permettant ni l'inférence causale ni la corrélation significative et par le fait même, empêche la généralisation des résultats. Quoiqu'il en soit, les résultats globaux suggèrent tout de même une tendance d'effets diminutifs d'utiliser la SOF chez un APDI légère, qui demeure en RAC ou en URI.

Résultats complémentaires

En plus des résultats quantitatifs, des données complémentaires ont été amassées afin de permettre au participant et à deux intervenants de faire part de leurs points de vue généraux sur leur expérience vécue. Elles ont le souci de considérer leur opinion, mais également de fournir des pistes de réflexion et d'amélioration. Concernant le participant, et afin de ne pas lui générer d'anxiété, une seule question lui a été posée. Celle-ci lui demandait s'il avait apprécié ou non le projet de la SOF. En ce qui a trait aux intervenants, huit questions leur ont été posées via leur adresse courriel. Ceux-ci ont suggéré la rédaction commune des réponses, ce qui évite de les identifier. Une synthèse des propos du participant et de ceux des intervenants est présentée dans la prochaine section.

De façon générale, le participant a répondu avoir aimé participer au projet de recherche. Dans ses mots, il a signifié avoir « aimé les activités » et qu'il avait « aimé la respiration ventrale et ça fait du bien ». Quant aux deux intervenants interrogés, leurs réponses traduisent leur appréciation à divers égards. D'abord interrogés quant à leur appréciation au regard du projet, ils répondent avoir :

Apprécié participer à ce projet de recherche. Ce projet a permis d'offrir à l'utilisateur de nouvelles techniques sur la gestion de ses émotions. Pendant le projet, l'utilisateur a été en mesure de reconnaître certaines de ses émotions et de les nommer. Le projet de recherche

nous a permis de découvrir un nouveau moyen d'intervention qu'il sera possible de réutiliser dans nos interventions futures avec l'utilisateur.

En ce qui concerne les points forts, ils mentionnent que :

La présence de l'étudiante lors des interventions a été rassurante pour l'utilisateur et pour l'équipe et que, malgré la réticence de l'utilisateur lors de quelques visites, l'intervenante est restée disponible pendant plusieurs minutes pour s'assurer de la disponibilité de l'utilisateur.

Par ailleurs, deux points à améliorer sont mentionnés. Le premier consisterait à :

« Étendre le projet sur plusieurs jours/semaines pour s'assurer que l'utilisateur intègre les connaissances et qu'il soit en mesure de les réutiliser de façon autonome au quotidien. ». De plus :

De manière que l'utilisateur continue de développer ses connaissances et ses compétences, il serait aussi pertinent de former un ou plusieurs intervenants réguliers pour assurer que ceux-ci soient en mesure de poursuivre l'apprentissage de l'utilisateur et la pérennité du projet dans le temps.

De plus, ils estiment qu'« il serait pertinent que le projet soit réalisé à une plus grande échelle afin que d'autres usagers puissent en bénéficier ». De manière plus spécifique et en lien avec la SOF, les intervenants estiment que cette technique a été relativement facile à comprendre et à mettre en place notamment au niveau des termes et des outils visuels présentés par l'étudiante. Les intervenants mentionnent d'ailleurs :

Que la méditation sur la plante des pieds est un moyen efficace en prévention (des moments de tension) plutôt qu'en intervention et que cette activité pourrait être utilisée davantage de façon spontanée et dans une optique occupationnelle. Sur du long terme, si l'activité est proposée à 1 ou 2 fois semaine, nous croyons que l'utilisateur pourra éventuellement être en mesure d'effectuer seul les exercices. Nous avons constaté que l'utilisateur était en mesure de faire l'activité de respiration seul, sans rappel des intervenants. Cependant, pour faire la partie « penser à la pointe des pieds », l'utilisateur a besoin de l'accompagnement d'un intervenant.

Autre fait intéressant, les intervenants se disent être :

Agréablement surpris de la réceptivité de l'utilisateur face au projet. Malgré le fait que certains enjeux auraient pu faire en sorte qu'il refuse d'y participer [situation sanitaire, cessation d'activités et de travail, stress lié à des événements personnels, interruption de l'intervention], il a accepté de participer.

Enfin, interrogés quant au désir d'utiliser la SOF dans le cadre de leur travail, ils répondent : « Nous aimerions effectivement utiliser cet outil d'intervention auprès de nos usagers. Cependant nous croyons que pour que cela soit efficace et bien utilisé, il serait important que les intervenants soient formés pour utiliser les outils proposés. »

Dans l'ensemble, la SOF paraît avoir été appréciée tant par le participant que par les intervenants. De façon générale, les intervenants mentionnent qu'elle était adaptée au niveau de compréhension du participant et qu'elle permettait ainsi le développement d'habiletés de régulation émotionnelle. Cette régulation étant pour la majeure partie du temps hétérorégulatrice, il n'en demeure pas moins qu'à deux reprises, le participant a été en mesure de l'utiliser seul de façon autorégulée, dans des situations d'escalades comportementales hors expérimentation.

Forces et limites

Ce mémoire, comme toutes autres recherches, présente des forces et des limites qui se doivent d'être soulevées. Les sphères concernées pour cette partie sont les suivantes : le recrutement, l'échantillonnage, les caractéristiques du participant, le protocole utilisé et l'outil de collecte de données. D'abord les forces y seront décrites, suivies de leurs limites, et ce, pour chacun des aspects identifiés.

Recrutement

Le recrutement a été réalisé de sorte à répondre à une problématique stipulant un manque d'intervention standardisée chez la clientèle APDI légère, concomitante à la présence de comportements agressifs et demeurant en RAC ou en URI. En ce sens, il a permis de cibler la bonne clientèle pour mener à bien cette recherche. Toutefois, le nombre de participants potentiels répondants à ces critères était faible, ce qui a rendu la procédure de sélection particulièrement difficile. Ainsi, le fait qu'il ne fut possible d'identifier que trois participants, cela a augmenté le risque de retrait ou d'attrition. Ce qui fut malheureusement le cas.

Échantillonnage

En dépit du fait que l'échantillon soit passé de trois à un participant, celui-ci demeure tout de même pertinent, d'autant plus qu'il y a présence de réplication des effets sur quatre comportements agressifs. D'autre part, l'étude AB de cas unique permet de réaliser une analyse approfondie, surtout dans le cadre d'une première recherche. En fait, selon Corbière et Larivière (2014), l'étude de cas permet non seulement d'analyser un phénomène d'intérêt complexe et de décrire un phénomène émergent, mais présente une forte validité interne. En fait, l'étude de cas unique permet de mettre de l'avant les défis, mais également les éléments à considérer de sorte à poursuivre des recherches futures. De surcroît, elle établit les bases d'une intervention prometteuse auprès de la clientèle cible.

À contrario, la participation à cas unique ne permet pas de dégager des inférences causales ni de généraliser les résultats. Selon Corbière et Larivière (2014), la validité externe d'une étude de cas peut être problématique, puis limiter la transférabilité des résultats. Dans ce contexte, il n'est pas possible d'établir une corrélation directe ni de généraliser les résultats par inférence causale, malgré le choix de l'échantillonnage raisonné. De fait, les données collectées sont peu nombreuses, ce qui ne permet pas de mettre en relation les résultats obtenus avec ceux d'autres participants. Toutefois, la mesure de plus d'un comportement chez le participant de l'étude permet, dans une certaine mesure, de pallier cet aspect, de même que l'utilisation d'un échantillonnage par choix raisonné.

Caractéristiques du participant

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont favorisé la compréhension et l'apprentissage de la méditation chez le participant. Le fait qu'il était verbal facilitait l'échange et la compréhension des concepts nécessaires à l'utilisation de la SOF. Du point de vue réceptif, le participant était en mesure de comprendre les consignes simples émises et donc de réaliser les actions demandées. Quant à l'aspect expressif, celui-ci était en mesure de répondre verbalement aux questions, ce qui a généré des échanges enrichissants. La motivation du participant a notamment été une variable importante afin que celui-ci maintienne l'envie de poursuivre le projet pendant les 14 jours

d'expérimentation (36 jours en comptant la période du niveau de base, l'expérimentation, l'arrêt pour causes sanitaires, les 2 jours de refus de participation ainsi que la phase post-intervention). Par ailleurs, concernant le participant 3, le fait que celui-ci n'avait pas conscience de ses besoins de régulation émotionnelle a possiblement entravé son processus de motivation à sa participation. Quant au participant restant, le fait de présenter des comportements agressifs d'une fréquence variable et d'une intensité variable a été une limite à cette recherche considérant la courte durée de l'expérimentation. Cet aspect n'a pas permis de mesurer de façon significative les effets de la méditation chez ce dernier, malgré les résultats obtenus.

Protocole d'intervention

Une des forces du protocole d'intervention utilisé permettait de répondre au besoin d'interventions courtes et intensives en contexte de RAC ou d'URI, puis tenait notamment compte de la mouvance des clients et du personnel des unités de vie. Il démontre notamment que malgré certaines difficultés rencontrées, il est faisable d'appliquer la SOF en quatre phases expérimentales écourtées. Il a notamment permis l'adhésion au projet tant par le participant que par les intervenants étant donné sa courte période d'application.

Toutefois, le fait d'utiliser un protocole de courte durée a précipité les différentes phases expérimentales. En conséquence, les niveaux de base comportementaux sont peut-être moins représentatifs du profil comportemental du participant. Cela rend plus difficile la mesure de l'effet réel de l'intervention. Les imprévus perturbent également plus facilement l'expérimentation et rendent difficile la stabilité de l'application de l'intervention. Dans ce cas-ci, le participant a été contraint au confinement. Un arrêt de l'intervention a donc été obligatoire et une augmentation des comportements a été observée à ce moment. En ce qui a trait à la phase post-intervention, sa courte durée ne permet pas d'attribuer les changements d'habitude comportementaux à l'effet de l'intervention, bien qu'elle suppose toute de même une tendance.

Concernant la stratégie d'intervention choisie, soit la SOF, elle en est une adaptée à la clientèle ciblée. Le participant était en mesure de réaliser les actions demandées et a mentionné à

quelques reprises aimer s'exercer à la pratiquer. Ce dernier a notamment été en mesure de s'initier à la pratique quotidienne puis d'utiliser à deux reprises la méditation en situation d'escalades comportementales (hors expérimentation). De plus, bien que l'étudiante n'ait pas officiellement été formée à la méditation par un chercheur ou un professionnel, le protocole émis par les auteurs Felver et Singh (2020) a été décortiqué et adapté, et ce, pour chacune des sessions proposées. L'étudiante a notamment pratiqué quotidiennement la méditation pendant 2 semaines avant de l'enseigner. Finalement, l'utilisation de matériel psychoéducatif s'est avérée essentielle, d'une part pour les pratiques quotidiennes (support auditif) et d'autre part, à la compréhension des concepts utilisés pour la méditation (supports visuels : l'objectif du projet de recherche, la respiration ventrale, la SOF, les différentes parties du pied ainsi que les émotions [bonheur, colère] et les déclencheurs de la colère).

Outil de collecte de données

Une des forces de la grille de dispersion sommaire est qu'elle était connue de tous les intervenants, ce qui en permettait une bonne compréhension par l'ensemble de l'équipe. Cet outil permet notamment la description détaillée, mesurable et observable des comportements à évaluer, facilitant les observations et la cotation des comportements souhaités à mesurer.

Les limites de l'outil résident davantage dans la méthode de cotations. Étant donné que la complétion se réalise par l'ensemble des intervenants, certains biais potentiels sont à considérer. Par exemple, malgré la définition détaillée, mesurable et observable des comportements à mesurer, il se peut qu'une cotation soit erronée. Il faut comprendre que plusieurs intervenants, même ceux qui sont en mandat occasionnel, sont interpellés à utiliser cette grille de cotations. Dans l'ensemble, les intervenants connaissent bien les comportements à observer, mais l'erreur demeure une possibilité. La cotation différée peut notamment générer des biais sur la nature, l'intensité et la fréquence des comportements observés (souvenir diffus du comportement émis, erreur sur l'heure d'émission du comportement ou sur sa fréquence et son intensité).

Recommandations

Au-delà de faire ressortir les forces et les limites de cette recherche, il s'impose de proposer des solutions répondant aux problématiques rencontrées. Ce travail propose ainsi des recommandations présentant un argumentaire de solutions et les raisons qui le justifient. Les recommandations émises ont ainsi pour but d'améliorer la méthode expérimentale de sorte à faciliter les travaux de recherches ultérieures. Les sphères concernées pour cette section sont les suivantes : le recrutement, l'échantillonnage, les caractéristiques du participant, le protocole d'intervention et l'outil de collecte de données.

Recrutement

Considérant que le nombre de participants potentiels chez la clientèle cible est très restreint, il pourrait être envisagé de tenir également compte de critères supplémentaires par exemple, considérer les personnes demeurant dans des RI et celles inscrites sur la liste d'attente pour l'accès à une RAC ou à une URI. Cela permettrait d'élargir le bassin de participants potentiels et de surcroît, en recruter un nombre suffisant. Il serait également intéressant d'inclure les adultes qui présentent un TSA, concomitant à la présence d'une DI. Ceci rejoint la préoccupation de Singh *et al.* (2011) qui stipule que les études futures devront examiner l'utilité d'inclure les personnes qui présentent une DI et un TSA, en particulier lorsqu'il est prouvé que la SOF peut être enseignée aux adolescents qui présentent ces deux conditions à la fois.

Échantillonnage et devis de recherche

Bien que l'étude AB de cas unique soit pertinente, une étude de cas à plusieurs participants serait également appropriée. Aussi, lorsque des niveaux de base multiples sont utilisés, l'intervention devrait être réalisée de façon différée. Dans ce cas-ci, c'était la visée dans la mesure où un devis AB devait être utilisé avec trois participants (et dont l'intervention devait être appliquée de façon différée pour chacun d'eux). Il serait notamment possible d'appliquer ce procédé lorsqu'un seul participant est présent et où plus d'un comportement est mesuré. De plus, l'utilisation de groupes expérimentaux pourrait être une avenue à explorer. D'ailleurs, dans

l'étude de Singh *et al.* (2013), ce type d'échantillonnage a été utilisé (17 participants pour le groupe expérimental et 17 participants pour le groupe contrôle).

Caractéristiques des participants

Le fait d'avoir conscience de ses besoins de régulation émotionnelle a possiblement influencé la motivation du participant à adhérer à l'expérimentation. Un des deux participants qui a quitté le projet mentionnait, entre autres, ne pas avoir de défis sur le plan comportemental. Il a finalement verbalisé ne pas avoir besoin de soutien. Il serait ainsi pertinent d'ajouter ce critère d'inclusion pour les recherches futures afin d'éviter de possibles rétentions de participants. Il sera notamment important de tenir compte de la fréquence et de l'intensité des comportements émis afin de sélectionner le meilleur protocole possible. Par exemple, si le participant présente une fréquence élevée de comportements (plusieurs comportements et types de comportements par jour), un protocole de courte durée pourrait satisfaire aux exigences méthodologiques. Toutefois, si celui-ci présente une intensité et une fréquence variables ou faibles de comportements, peut-être serait-il plus pertinent d'envisager un protocole d'une plus longue durée afin de permettre une meilleure représentativité du profil comportemental du participant et de donner une chance au processus transformationnel.

Protocole d'intervention

Dans un contexte de RAC ou d'URI, il semble adéquat d'utiliser des protocoles expérimentaux de courte durée. Il serait toutefois pertinent de prolonger le nombre de jours de cotations pour chacune des phases expérimentales. D'abord, cette formule permettrait l'obtention de niveaux de base comportementaux plus représentatifs par des ponctions échelonnées sur une plus longue période. De ce fait, les mesures et les résultats obtenus pourraient être davantage attribués aux effets de l'intervention. Quant à la phase expérimentale, l'ajout de temps minimiserait les biais liés aux imprévus et permettrait au participant d'augmenter les chances d'acquisition d'habiletés de régulation émotionnelle. Cela pourrait notamment favoriser le processus transformationnel du participant. Ces deux aspects pourraient augmenter les chances que la personne soit d'autant plus en mesure d'intégrer puis de transférer ses acquis, donc

d'utiliser son moyen alternatif dans d'autres contextes de vie qui pourraient potentiellement générer l'émission de comportements agressifs.

Concernant la stratégie d'intervention choisie, soit la SOF, cette recherche démontre la pertinence qu'elle soit utilisée auprès des APDI légère. Comme l'étudiante n'a pas été officiellement formée à l'enseigner, bien que des précautions aient été prises à cet effet afin de minimiser les risques de biais potentiels, il aurait pu être intéressant d'envisager une évaluation de sa capacité à l'enseigner fidèlement. Quant au matériel psychoéducatif utilisé (support auditif et soutiens visuels adaptés), il serait pertinent de créer des outils en trois dimensions, facilitant ainsi la compréhension de certains concepts, notamment dans l'apprentissage des parties du pied et de la façon de les bouger. Les documents présentés ont été utiles, mais l'étudiante a également dû utiliser son pied à plusieurs reprises de sorte que le participant puisse bien saisir ce qui lui était enseigné.

Outil de collecte de données

Bien que la grille de dispersion sommaire démontre plusieurs avantages à son utilisation, la sélection d'intervenants réguliers spécifiques pour mener à bien les cotations pendant l'expérimentation serait pertinente. Cela pourrait tendre à diminuer les erreurs de cotations pouvant découler d'une mauvaise compréhension des comportements à évaluer, puis de s'assurer que les comportements sont inscrits immédiatement dans la grille de dispersion sommaire, et ce, au moment où ils se produisent. La sélection devrait cependant être assez exhaustive de sorte à éviter les périodes sans cotations, étant donné, par exemple, l'absence des intervenants réguliers, afin de ne pas diminuer la fidélité des résultats obtenus. Étant donné que la grille permet la définition détaillée, mesurable et observable des comportements à mesurer, un accord inter-évaluateurs n'est pas nécessaire, bien qu'il n'en soit pas exclu, par simple validation à savoir si les intervenants cotent bel et bien le même comportement lorsque celui-ci se présente.

Conclusion

Malgré les efforts déployés pour soutenir les APDI, force est de constater que certaines vivent encore des situations-défis entravant leur processus de réadaptation et d'adaptation (FQCRDITED, 2013). La combinaison d'incapacités à la fois intellectuelles et comportementales est un des facteurs qui complexifie la capacité des PPDI à participer activement à la vie sociale, limitant ainsi leurs expériences de vie (Einfeld et Emerson, 2016; FQCRDITED, 2013). L'émission de comportements agressifs chez les PPDI entraîne des conséquences telles qu'une qualité de vie inférieure, des limitations dans leurs expériences de vie, la mise en péril de la santé, de la sécurité et du bien-être des individus qui s'occupent d'elles et la présence de situations-défis pour les organisations qui leur fournissent un soutien éducatif, des soins de santé et des services de bien-être et l'admission dans des établissements intensifs et spécialisés (Einfeld et Emerson, 2016; Griffith *et al.*, 2019; Griffith *et al.*, 2016). Selon Lambert (2002). Pour diminuer ces conséquences et ces impacts, et afin d'augmenter la qualité de vie des APDI, il est indispensable d'agir sur leurs comportements agressifs par l'utilisation de stratégies d'interventions spécialisées et adaptées à leurs besoins, à leurs forces et à leur compréhension. Ces interventions doivent, d'une part, être accessibles tant pour les APDI que pour leurs proches et les intervenants puis d'autre part, permettre le développement d'habiletés de régulation émotionnelle.

La recension des écrits démontre qu'il existe des stratégies d'intervention prometteuses pour les APDI présentant des comportements agressifs. Toutefois, celles-ci, par leurs différentes modalités et contextes d'application (interventions ne permettant pas le développement d'habiletés de régulation émotionnelles, interventions en milieu psychiatriques contrôlés, nécessité que le thérapeute soit un professionnel et contextes de thérapies non reproductibles en milieu communautaires), ne permettent pas d'être utilisées auprès des APDI vivant en RAC ou en URI, (contexte d'intervention intensive) ni d'être utilisées par des « thérapeutes » communautaires. Toutefois, le besoin pour ces dernières d'avoir accès à un moyen concret d'intervention simple, qui puisse être utilisé par la personne elle-même ou par ses proches et/ou les intervenants, demeure présent.

En proposant une stratégie simple de pleine conscience, cette étude offre une méthode d'intervention prometteuse et, qui plus est, peut être utilisée en contexte de vie communautaire, par des « thérapeutes » communautaires. Elle offre notamment un moyen d'intervention concret adapté aux besoins et à la compréhension des APDI (utilisation d'outils spécialisés, compréhension des émotions vécues, de leurs conséquences et de leurs impacts, développement d'habiletés de régulation émotionnelle). Cette stratégie d'intervention fait actuellement ses preuves au sein de la communauté scientifique, ce qui signifie la présence de plus en plus significative de données probantes quant aux effets qu'elle peut engendrer chez les ADPI et donc, sur la diminution de leurs comportements agressifs. Elle rejoint d'ailleurs les interventions suggérées par la programmation positive et l'approche constructiviste qui mettent davantage l'accent sur la compréhension des comportements et le développement d'habiletés d'apprentissage, de comportements alternatifs et de régulation émotionnelle.

Cette recherche avait pour but de mesurer l'effet de la SOF chez trois APDI sur la diminution de leurs comportements agressifs et vivant en RAC ou un URI. Finalement, un seul APDI a participé au projet jusqu'à la fin. De façon générale, les résultats présentent une diminution globale des comportements agressifs lorsqu'il y avait présence de l'intervention. Des analyses ont été ajoutées afin de démontrer les nuances à apporter à ces résultats. Somme toute, bien que les résultats obtenus ne puissent être généralisés, ils tendent à démontrer une tendance d'effets diminutifs. Il a notamment été possible d'implanter une recherche expérimentale écourtée. Le devis AB de cas unique, à niveaux de base multiples, et à mesures répétées, renforce l'effet de validité des résultats obtenus.

Deux éléments intéressants ont été remarqués tant lors de l'application de la SOF (en contexte d'intervention) que lors de moments de colère hors expérimentation. D'abord, à deux reprises, au moment où débutait l'intervention, le participant a verbalisé être fâché. Avec soutien de la « thérapeute » (médiation, tutorat, encouragements et félicitations), le participant a été en mesure d'utiliser la SOF pour diminuer, voire, faire disparaître son sentiment de colère. Le deuxième événement rapporte des données non attendues, mais positives. En fait, le participant a

été en mesure d'initier seul la pratique en contexte d'escalade comportementale (hors expérimentation), et ce, à deux reprises. Dans tous les cas, que ce soit en contexte d'hétérorégulation (régulation avec soutien externe) ou d'autorégulation, le participant a été en mesure d'utiliser la SOF comme comportement alternatif, plutôt que d'utiliser l'agressivité.

Le caractère descriptif de cette recherche a, d'une part, permis de mesurer l'effet de la SOF sur l'émission des comportements agressifs émis par un APDI. D'autre part, elle a permis de faire ressortir des forces et des limites, puis des recommandations spécifiques. Ces dernières se veulent être une réflexion dans le but de trouver des solutions aux différents biais rencontrés et ainsi améliorer la méthode expérimentale lors de travaux de recherches qui pourraient être menés ultérieurement.

Les imprévus vécus lors de cette recherche ont été non seulement un levier pour la bonification de certaines recommandations, mais ont également été enrichissantes tant sur le plan personnel qu'intellectuel. Elles ont sollicité les habiletés d'adaptation et de résolution de problème chez l'étudiante. Ces aspects ont permis d'enrichir les réflexions et les analyses de la méthode utilisée. Les imprévus ont également façonné plusieurs échanges avec le participant et de considérer l'aspect humain derrière le but scientifique de cette recherche. De ces échanges, des sourires et des rires ont été constatés, tout comme l'a été la fierté du participant à échanger, réussir et comprendre, et ce, à plusieurs reprises toute au long de l'expérimentation. Les intervenants ont notamment été étonnés de la participation active de ce dernier, mais aussi par le développement de ses habiletés de régulation émotionnelle qui ont été utilisées de façon autonome à au moins deux reprises en situation d'escalade comportementale (hors expérimentation). Ainsi, en contexte de stress et de colère, au lieu d'utiliser l'agressivité, le participant a réalisé les exercices de la méditation pour se calmer.

Par ailleurs, le participant de cette recherche a verbalisé aimer pratiquer la SOF. Il a d'ailleurs utilisé le support audio avec présence d'un intervenant à cinq reprises pendant l'expérimentation. Selon les intervenants de l'unité de vie, il en aurait fait la demande à quelques

reprises en phase d'intervention et en phase post-intervention. Les intervenants, quant à eux, ont verbalisé avoir apprécié le projet dans son ensemble et aimeraient l'utiliser avec d'autres personnes résidant dans leur unité de vie, moyennant une formation à l'utilisation de la méditation. En somme, il semble y avoir un désir de curiosité et d'implantation de cette stratégie d'intervention au sein du milieu dans lequel s'est déroulé ce projet de recherche.

Finalement, bien qu'il ne soit pas chose simple d'implanter une stratégie d'intervention en contexte de RAC ou d'URI, et malgré les difficultés rencontrées tout au long de ce projet de recherche, il n'en demeure pas moins que cette étude démontre, d'une part, la faisabilité d'utiliser la SOF chez un APDI concomitante à la présence de comportements agressifs. D'autre part, bien que les résultats obtenus ne soient pas généralisables, ils font tout de même état d'une tendance à être prometteurs. Cette clientèle en est parfois une qui suscite des questionnements quant à la possibilité d'implanter des interventions et de développer des habiletés d'apprentissage. À la lueur des résultats obtenus, et de leur analyse globale, les travaux doivent continuer à explorer les possibilités d'utiliser des stratégies de pleine conscience simple auprès de cette clientèle. En effet, ces APDI doivent avoir accès à des interventions simples et adaptées à leurs besoins et à leurs compréhensions malgré les difficultés d'expérimentation, puis être considérés comme des personnes à part entière ayant un potentiel d'apprentissage. Le plus important est qu'ils aient des occasions d'enseignement favorisant le développement d'habiletés de régulation émotionnelle, permettant leur réadaptation et leur adaptation, de même que leur participation en société.

Références

- Adkins, A. D., Singh, A. N., Winton, A. S. W., McKeegan, G. F. et Singh, J. (2010). Using a mindfulness-based procedure in the community: Translating research to practice. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 175-183. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9348-9>
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2011). *Déficiência intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (traduit par D. Morin; 11^e éd.). Consortium national de recherche sur l'intégration sociale.
- Braudel, F. (2022). Préface. Dans J. Ki-Zerbo (dir.), *Histoire de l'Afrique noire* (p. 4-6). Éditions Hatier International.
- Boudreau, F. (1981). La psychiatrie québécoise depuis 1960 : de structure en structure, la loi du plus fort est-elle toujours la meilleure ? *Santé mentale au Québec*, 6(2), 27-47. <https://doi.org/10.7202/030100ar>
- Corbière, M. et Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.
- Doré, M. (1887). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale. Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155co.pdf
- Einfeld, S. et Emerson, E. (2016). *Les comportements-défis. Analyser, comprendre et traiter* (1^{re} éd.). Boek Supérieur.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2013). *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Du discours à une action concertée*. <http://laressource.ca/images/ressources/Participation-sociale.pdf>
- Felver, J. C., Clawson, A. J., Ash, T. L., Martens, B. K., Wang, Q. et Singh, N. N. (2022). Meta-analysis of mindfulness-based program soles of the feet for disruptive behaviors. *Behavior Modification*, 46(6), 1488-1516. <https://doi.org/10.1177/01454455211073738>
- Felver, J. C. et Singh, N. N. (2020). *Mindfulness in the classroom. An evidence-based program to reduce disruptive behavior and increase academic engagement*. New Harbinger Publications.

- Gagné, P.-P., Leblanc, N., Rousseau, A. et Lussier, F. (2009). *Apprendre... une question de stratégies : développer les habiletés liées aux fonctions exécutives*. Chenelière éducation.
- Gagnier, J.-P. et Lachapelle, R. (2003). *Pratiques émergentes en déficience intellectuelle : participation plurielle et nouveaux rapports*. Presses de l'Université du Québec.
- Gagnon, M.-A. et Morin, D. (2015). *Facteurs contextuels et types de motivation reliés aux comportements agressifs*. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 26, 188-206. <https://doi.org/10.7202/1037057ar>
- Galdin, M., Stipanovic, A. et Robitaille, L. (2011) Les programmes de gestion de la colère avec des personnes ayant une déficience intellectuelle : les dernières avancées. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 22, 112-128.
- Gouvernement du Québec. (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*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2001/01-840-01.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2022). *Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Repéré le 10 février 2022 à <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/ciiss-et-ciuss/>
- Griffith, G. M., Hastings, R. P., Williams, J., Jones, R. S., Roberts, J., Crane, R. S., Snowden, H., Bryning, L., Hoare, Z. et Edwards, R. T. (2019). Expériences mixtes d'une intervention éclairée par la pleine conscience : voix de personnes ayant une déficience intellectuelle, de leurs partisans et de thérapeutes. *Pleine conscience*, 10(9), 1828-1841. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01148-0>
- Griffith, G. M., Jones, R., Hastings, R. P., Crane, R. S., Roberts, J., Williams, J., Bryning, L., Hoare, Z. et Edwards, R. T. (2016). Can a mindfulness-informed intervention reduce aggressive behaviour in people with intellectual disabilities? Protocol for a feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40814-016-0098-3>
- Gross, J. J. (2014). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press.
- Gross, J. J. et Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. Dans J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3-24). Guilford Publications.
- Juhel, J.-C. (1997). *La déficience intellectuelle. Connaître, comprendre, intervenir*. Les Presses de l'Université Laval.

- Lambert, J.-L. (2002). Le personnel éducatif face aux comportements-défis d'adultes déficients intellectuels : les théories implicites. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 13(2), 125-132.
- Lanovaz, M. J. (2013). L'utilisation de devis expérimentaux à cas unique en psychoéducation. *Revue en psychoéducation*, 42(1), 161-183. <https://doi.org/10.7202/1061728ar>
- Leclerc, J.-C. (2006). In Memoriam Dr Dominique Bédard, ex-président de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (1961-1962). *Santé mentale au Québec*, 31(1), 9-14. <https://doi.org/10.7202/013681ar>
- Lemay, R. (1996). La valorisation des rôles sociaux et le principe de normalisation : des lignes directrices pour la mise en œuvre de contextes sociaux et de services humains pour les personnes à risque de dévalorisation sociale. *Revue internationale de la valorisation des rôles sociaux*, 2(2), 15-21.
- Letalle, L., Longobardi, E. et Courbois, Y. (2014). Effets de l'âge chronologique sur l'autorégulation et l'hétérorégulation chez des jeunes présentant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 25, 37-51.
- Mikolajczak, M., Deseilles, M., Gross, J. J. et Christophe, A. (2012). *Traité de régulation des émotions*. De Boeck.
- Mikolajczak, M., Quidbach, J., Kotsou, I. et Nélis, D. (2020). Introduction à la régulation des émotions. Dans M. Mikolajczak (dir.), *Les compétences émotionnelles* (p. 133-151). Dunod.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1988). *L'intégration des personnes présentant une déficience intellectuelle : un impératif humain et social : orientations et guide d'action*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux
- Nader-Grosbois, N. (2007a). Early self-regulation in children with intellectual disabilities during a situation of assessment. *Arobase*, 1-25.
- Nader-Grosbois, N. (2007b). *Régulation, autorégulation, dysrégulation : pistes pour l'intervention et la recherche*. Mardaga.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*. https://www.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Documents_administratifs/Politique_a_part_entiere_Acc.pdf
- Ordre des psychologues du Québec. (2007). *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*. <https://www.ordpsy.qc.ca/documents/26707/63191/Lignes+directrices+pour+l%27%C3%A9valuation+du+retard+mental/f20a2002-4535-4070-8a03-15889a9d5450>

- Organisation panaméricaine de la santé et Organisation mondiale de la santé. (2004). *Déclaration de Montréal sur la déficience intellectuelle*. <http://www.rifveh.org/g/DéclarationdeMontréal2004.pdf>
- Pagé, J.-C. (1961). *Les fous crient au secours*. Éditions du Jour.
- Roberts, J. L., Williams, J., Griffith, G. M., Jones, R. S. P., Hastings, R. P., Crane, R., Bryning, L., Hoare, Z. et Edwards, R. T. (2020). Soles of the feet meditation intervention for people with intellectual disability and problems with anger and aggression: A feasibility study. *Mindfulness*, 11(10), 2371-2385. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01454-y>
- Rinaldi, R. (2021). Évolution, conceptions actuelles et enjeux autour du concept de déficience intellectuelle. Dans R. Rinaldi (dir.), *Psychopathologie de l'adulte avec déficience intellectuelle : prévenir, évaluer, accompagner* (p. 13-46). Mardaga.
- Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement. (2022). *Outils – Collecte de données*. Repéré le 15 mars 2022 à <https://sqetgc.org/coffre/tableau-outils/outils-collecte-de-donnees/>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Karazsia, B. T., Winton, A. S. W., Myers, R. E., Singh, A. N. A., Singh, A. D. A. et Singh, J. (2013). Mindfulness-based treatment of aggression in individuals with mild intellectual disabilities: A waiting list control study. *Mindfulness*, 4(2), 158-167. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0180-8>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Singh, J. et Singh, A. N. (2007). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, 31(6), 800-814. <https://doi.org/10.1177/0145445507300925>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Singh, A. N. A. et Singh, A. D. A. (2011). Peer with intellectual disabilities as a mindfulness-based anger and aggression management therapist. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2690-2696. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.06.003>
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D. et Myers, R. E. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 24(3), 158-169. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(03\)00026](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(03)00026)
- Tassé, M. J. et Morin, D. (2003). *La déficience intellectuelle*. Gaëtan Morin.
- Taylor, J. L. et Novaco, R. W. (2013). Anger control problems. Dans J. L. Taylor, W. R. Lindsay, R. P. Hastings et C. Hatton (dir.). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (p. 133-155). Wiley Blackwell.

- Tremblay, M. et Pigeon, C. (2004), De la reconnaissance du droit à l'élargissement de l'espace démocratique pour les personnes présentant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 15(1), 133-141.
- Vitaro, F., Gauthier-Samuel, M., Livernoche, C., Ugnat-Laurin, I. et Bowen, F. (2019). Ce programme d'intervention produit-il vraiment des données probantes ? *Revue de psychoéducation*, 48(2), 397-424. <https://doi.org/10.7202/1066149ar>
- Whitaker, S. (2001). Anger control for people with learning disabilities: A critical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 277-293.
- Whitman, T. L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94(4), 347-362.
- Willaye E. et Magerotte, G. (2013). *évaluation et intervention auprès des comportements-défis : déficience intellectuelle et/ou autisme* (2^e éd.). De Boeck.
- Wolfensberger, W. (2011). Social role valorization: A proposed new term for the principle of normalization. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(6), 435-440. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.6.435>

Appendice A

Tableaux de l'analyse intégrative des études

Tableau A1

Buts, objectifs et hypothèses de recherche

Auteurs	Buts, objectifs et hypothèses de recherche
Singh <i>et al.</i> (2003)	<p>But : enseigner une technique simple basée sur la pleine conscience de sorte à permettre l'autorégulation des comportements d'agression (verbale et physique), et ce, dans de multiples contextes et d'augmenter les indicateurs d'une meilleure qualité de vie chez le participant.</p> <p>Objectif : mesurer l'effet de la procédure de la SOF sur les comportements d'agression (verbale et physique) chez un participant APDI.</p>
Singh <i>et al.</i> (2007)	<p>But : enseigner une technique basée sur la pleine conscience afin d'éviter que certains comportements tels que l'agression (verbale et physique), l'automutilation et la destruction de biens entravent le placement communautaire d'individus.</p> <p>Objectif : mesurer l'effet de la procédure de la SOF sur les comportements d'agression physique chez trois participants APDI modérée.</p>
Adkins <i>et al.</i> (2010)	<p>But : évaluer l'efficacité de la SOF chez des APDI, dont celle-ci est enseignée par un « thérapeute » communautaire.</p> <p>Objectif : établir un lien entre la capacité d'un « thérapeute » communautaire à enseigner la procédure de la SOF et les résultats obtenus chez trois participants APDI, vivant dans la communauté.</p>
Singh <i>et al.</i> (2011)	<p>But : évaluer la capacité d'un homme APDI à enseigner une stratégie basée sur la pleine conscience à ses pairs.</p> <p>Objectif : établir un lien entre la capacité d'un pair à enseigner la procédure de la SOF et les résultats obtenus chez trois participants APDI.</p>
Singh <i>et al.</i> (2013)	<p>But : étant donné que les études précédentes ont utilisé des plans expérimentaux à cas, le but est d'étendre la littérature actuelle sur l'utilisation de la SOF dans le traitement des comportements agressifs en examinant ses effets dans une étude de groupes.</p> <p>Objectif : évaluer les effets de l'utilisation de la SOF dans le traitement des comportements agressifs chez les APDI légère, par l'utilisation d'un plan expérimental (groupe expérimental et groupe contrôle d'une liste d'attente).</p>

Auteurs	Buts, objectifs et hypothèses de recherche
Roberts <i>et al.</i> (2020)	<p>But : vérifier si un protocole de la SOF adapté pour une clientèle adulte demeurant au Royaume-Uni peut générer les mêmes résultats que ceux obtenus par les recherches d'un protocole de la SOF utilisé pour une même clientèle résidant aux États-Unis.</p> <p>Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter l'intervention de la SOF au Royaume-Uni, puis d'en évaluer sa faisabilité/fidélité. • Évaluer les effets de l'utilisation de la SOF chez les APDI, résidant au Royaume-Uni et vivant dans la communauté. • Réaliser un test préliminaire de l'acceptabilité et de l'accessibilité avec une analyse de la fiabilité et de la validité (objectif retiré de cette recension des écrits). • Calculer les coûts de l'intervention de la SOF au Royaume-Uni, puis évaluer l'acceptabilité et la validité des résultats économiques en matière de santé (objectif retiré de la recension des écrits).

Note. SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*); APDI = adulte présentant une déficience intellectuelle.

Tableau A2*Caractéristiques des participants (données nominatives)*

Auteurs	N	Âge	Sexe		Niveau de DI
			M	F	
Singh <i>et al.</i> (2003)	1	27	1	0	Léger
Singh <i>et al.</i> (2007)	3	$M = 36,3$; 27; 39; 43	2	1	Modéré Comportement adaptatif variant entre léger (participant 1), modéré (participant 2) et donnée inconnue (participant 3)
Adkins <i>et al.</i> (2010)	3	$M = 29,6$; 22; 25; 42	2	1	Léger
Singh <i>et al.</i> (2011)	3	$M = 29,7$; 29; 28; 32	3	0	Léger
Singh <i>et al.</i> (2013)	17 (groupe expérimental)	$M = 23,4$ (17 à 31 ans)	13	4	Léger
	17 (groupe contrôle)	$M = 23,1$ (17 à 34)	14	3	
Roberts <i>et al.</i> (2020)	19	$M = 34,8$ (18 ans et plus/ $ÉT = 8,93$)	12	7	n. s. Niveau adaptatif : $M = 63,4/ÉT = 7,10$

Note. n. s. = non spécifié; DI = déficience intellectuelle.

Tableau A3*Caractéristiques des participants (données comportementales et de traitement)*

Auteurs	Comportements-défis émis	Traitements reçus autres que la SOF
Singh <i>et al.</i> (2003)	<ul style="list-style-type: none"> • Historique de comportements agressifs (agressions physiques et verbales) – dernier comportement agressif connu : infliger une blessure grave à un pair (n. s.) • Fréquence des agressions physiques : entre 13 et 32 par mois • Fréquence des agressions verbales : entre 9 et 28 fois par mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de traitement comportemental • Plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle
Singh <i>et al.</i> (2007)	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements agressifs – frapper et gifler ses pairs et le personnel • Fréquence des agressions physiques : entre 3 et 7 fois par semaine <p>Deuxième participante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historique de comportements d'automutilation (non présents au moment de l'étude), de creusements rectaux, d'arrachage de dents et d'agressivité (coups de poing et coups de pied) envers les pairs et le personnel • Fréquence des agressions : entre 2 et 5 fois par semaine <p>Troisième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historique de comportements agressifs – frapper et utiliser des objets pour frapper les pairs et le personnel • Fréquence des agressions : entre 0 et 8 fois par semaine (2 semaines sur 10 sans aucun comportement) 	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle • Plan de gestion du comportement <p>Deuxième participante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes (Lithium et Clozapine) • Plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle • Plan de gestion du comportement <p>Troisième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de traitement basé sur l'analyse fonctionnelle • Plan de gestion du comportement

Auteurs	Comportements-défis émis	Traitements reçus autres que la SOF
Adkins <i>et al.</i> (2010)	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Émission de cris à l'endroit de son intervenante et verbalisations de menaces à son égard comme de quoi il la fera congédier. Lorsqu'il est en colère, il exige qu'elle quitte son appartement • Fréquence des agressions : entre 3 et 5 fois par semaine <p>Deuxième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historique de comportements de refus à réaliser les tâches demandées lorsqu'il est à son travail et comportements perturbateurs (n. s.) à l'égard des pairs avec qui il travaille (il les dérange). Présence de gémissements en présence de son colocataire (verbalisations faisant état de la peur d'être mis à pied et mention que ses collègues travaillent trop dur, ce qui le fait mal paraître) • Fréquence des agressions : entre 12 et 15 par semaine <p>Troisième participante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Émission de comportements agressifs – agressions physiques, agressions verbales et comportements autodirigés (faire face à sa mère en plaçant les deux mains sur sa poitrine, puis la pousser, l'injurier tout en tapant du pied, détruire des biens, crier, émettre des creusements rectaux et des incontinences urinaires) • Fréquence des agressions : entre 9 et 16 fois par semaine 	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de gestion du comportement (Programme de modification du comportement pour agression et conseils individuels 1 fois par semaine pour son TOC) • Évaluation fonctionnelle <p>Deuxième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de gestion du comportement • Évaluation fonctionnelle <p>Troisième participante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments psychotropes • Plan de gestion du comportement • Évaluation fonctionnelle • Service d'aide aux soins

Auteurs	Comportements-défis émis	Traitements reçus autres que la SOF
Singh <i>et al.</i> (2011)	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements agressifs envers les biens (haut niveau d'agressivité; n. s.) • Fréquence des agressions : entre 0 et 3 fois par semaine (3 semaines sur 8 sans aucune agression) <p>Deuxième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements agressifs envers les autres employés (faible niveau d'agressivité) et agressions dirigées vers les biens et la marchandise du magasin où il travaille • Fréquence des agressions : entre 0 et 3 fois par semaine (2 semaines sur 7 sans aucune agression) <p>Troisième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportements agressifs (très faible niveau de colère) orientés vers les pots de fleurs du magasin où il travaille, mais non pas envers les personnes • Fréquence des agressions : entre 0 et 2 fois par semaine (6 semaines sur 10 sans aucune agression) 	<p>Premier participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. s. <p>Deuxième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. s. <p>Troisième participant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. s.
Singh <i>et al.</i> (2013)	<p>Agressions physiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frapper, gifler, donner un coup de poing ou un coup de pied à une autre personne, entraînant une douleur ou une blessure nécessitant de premiers soins • Fréquence des agressions (groupe expérimental) : moyenne située entre 2 et 10 fois par semaine • Fréquence des agressions (groupe contrôle) : moyenne située entre 4 et 8 fois par semaine) 	<p>Groupe expérimental :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux personnes ne prenaient aucun médicament • Deux personnes étaient sous traitement pour un trouble épileptique • 13 personnes étaient sous traitement psychotrope • Six étaient soumis à des plans de comportement

Auteurs	Comportements-défis émis	Traitements reçus autres que la SOF
	<p>Agressions verbales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute menace orale de préjudice ou d'agression physique ou l'utilisation d'un langage abusif envers une autre personne • Fréquence des agressions (groupe expérimental) : moyenne située entre 4 et 13 fois par semaine • Fréquence des agressions (groupe contrôle) : moyenne située entre 5 et 13 fois par semaine 	<p>Groupe contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux personnes ne prenaient aucun médicament • Une personne était sous traitement pour un trouble épileptique • 14 personnes étaient sous traitement psychotrope. Six étaient soumis à des plans de comportement.
Roberts <i>et al.</i> (2020)	<ul style="list-style-type: none"> • Présenter des difficultés cliniquement significatives en matière de maîtrise de la colère. Les comportements spécifiques à l'étude ne sont pas définis • Fréquence des agressions, mais avec une gravité causant de la douleur à la victime • Fréquence des agressions : n. s. 	<ul style="list-style-type: none"> • n. s.

Note. n. s. = non spécifié; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*); TOC = trouble obsessionnel compulsif.

Tableau A4*Caractéristiques des devis de recherche*

Auteurs	Protocole	Devis
Singh <i>et al.</i> (2003)	Exploratoire	Étude de cas à niveaux de base multiples/AB
Singh <i>et al.</i> (2007)	Exploratoire	Étude de cas à niveaux de base multiples/AB
Adkins <i>et al.</i> (2010)	Exploratoire	Étude de cas à niveaux de base multiples/AB
Singh <i>et al.</i> (2011)	Exploratoire	Étude de cas à niveaux de base multiples/AB
Singh <i>et al.</i> (2013)	Expérimentale randomisée	Étude à deux groupes : expérimental et contrôle/AB
Roberts <i>et al.</i> (2020)	Exploratoire	Étude de faisabilité de cas à niveaux de base multiples/AB

Tableau A5*Caractéristiques du déroulement de l'expérimentation*

Auteurs	Formation intensive avant la phase d'intervention	Phase d'intervention (utilisation de la SOF)	Durée totale de l'expérimentation	Milieux d'expérimentation
Singh <i>et al.</i> (2003)	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 5 jours • 30 minutes, 2 fois par jour • Devoirs pratiques pendant 1 semaine supplémentaire 	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 12 mois Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> • Curriculum de l'entraînement à la méditation accessible 	Quatre phases : <ul style="list-style-type: none"> • 41 mois 	Milieu hospitalier psychiatrique
Singh <i>et al.</i> (2007)	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 1 semaine • Temps et fréquence des séances n. s. 	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 35 semaines Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> • n. s. 	Quatre phases : <ul style="list-style-type: none"> • 24 mois et 39 semaines (participant 1) • 24 mois et 41 semaines (participant 2) • 24 mois et 46 semaines (participant 3) 	Maison de groupe en communauté et milieu professionnel respectif de chacun des participants
Adkins <i>et al.</i> (2010)	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 2 semaines (participant 1) • 4 semaines (participant 2) 	Durée par participant : <ul style="list-style-type: none"> • 26 semaines (participant 1) • 12 semaines (participant 2) • 12 semaines (participant 3) 	Quatre phases : <ul style="list-style-type: none"> • 37 semaines (participant 1) • 22 semaines (participant 2) 	Dans la communauté n. s.

Auteurs	Formation intensive avant la phase d'intervention	Phase d'intervention (utilisation de la SOF)	Durée totale de l'expérimentation	Milieux d'expérimentation
	<ul style="list-style-type: none"> • 5 semaines (participant 3 et sa mère) • Pour tous les participants : 1 heure par jour, 5 jours par semaine 	Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> • n. s. Pratique de la méditation 2 fois par jour et présence du « thérapeute » 1 fois par semaine Aucune pratique additionnelle requise	<ul style="list-style-type: none"> • 29 semaines (participant 3) 	
Singh <i>et al.</i> (2011)	Durée : <ul style="list-style-type: none"> • 1 heure 	Durée par participant : <ul style="list-style-type: none"> • 52 semaines (participant 1) • 47 semaines (participant 2) • 40 semaines (participant 3) Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> • n. s. Deux rencontres avec le « thérapeute » (première semaine) et une rencontre par semaine (pour le reste de cette phase)	Trois phases : <ul style="list-style-type: none"> • 164 semaines (participant 1) • 158 semaines (participant 2) • 154 semaines (participant 3) 	Milieu professionnel respectif de chacun des participants
Singh <i>et al.</i> (2013)	Formation pour les parents et le personnel soignant pendant la phase de prétest	Groupe expérimental : <ul style="list-style-type: none"> • 12 semaines. • Modalités d'application : n. s. 	Groupe expérimental : <ul style="list-style-type: none"> • Quatre phases • 48 semaines 	Dans la communauté n. s.

Auteurs	Formation intensive avant la phase d'intervention	Phase d'intervention (utilisation de la SOF)	Durée totale de l'expérimentation	Milieux d'expérimentation
Participants :	<ul style="list-style-type: none"> Aucune formation préalable 	<ul style="list-style-type: none"> Sessions quotidiennes de 15 à 30 minutes, chaque jour de la semaine La méditation est enseignée et pratiquée avec les parents et/ou le personnel soignant Invitation à la pratique de la méditation lorsqu'un déclencheur pouvait engendrer de la colère ou l'émission de comportements agressifs 	Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> Quatre phases 48 semaines 	
		Groupe contrôle : <ul style="list-style-type: none"> 12 semaines Modalité d'application : n. s. 		
Roberts <i>et al.</i> (2020)	Aucune	Durée : <ul style="list-style-type: none"> 6 semaines Modalités d'application : <ul style="list-style-type: none"> n. s. Intervention : <ul style="list-style-type: none"> 1 fois par semaine, 90 minutes chaque session, 	Trois phases : <ul style="list-style-type: none"> Environ 6 mois et 8 semaines (des données sont manquantes quant au temps alloué pour la phase de référence) 	Dans la communauté n. s.

Auteurs	Formation intensive avant la phase d'intervention	Phase d'intervention (utilisation de la SOF)	Durée totale de l'expérimentation	Milieux d'expérimentation
		avec un thérapeute clinicien formé. <ul style="list-style-type: none"> • Invitation à la pratique quotidienne de la méditation 		

Note. n. s. = non spécifié; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*).

Tableau A6*Caractéristiques des instruments de mesure*

Auteurs	Instruments de mesure	Fidélité	Validité
Singh <i>et al.</i> (2003)	Données historiques : <ul style="list-style-type: none"> • Dossiers, registres et rapports 	n. s.	n. s.
	Mesure des variables comportementales (incidents et agressions verbales et/ou physiques) : <ul style="list-style-type: none"> • Auto-collecte : participant lui-même (n. s.). • Collecte de données : spécialistes, personnels de soin, superviseur, coordonnateur (n. s.) 	n. s. n. s.	n. s. n. s.
Singh <i>et al.</i> (2007)	Mesure des variables comportementales (agressions physiques) : <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données : personnel du milieu de vie et du milieu professionnel des participants (n. s.) 	n. s.	n. s.
Adkins <i>et al.</i> (2010)	Mesure des variables comportementales (agressions physiques et/ou verbales) : <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données (agressions physiques et verbales; n. s.) 	n. s.	n. s.
	Mesure des comportements perturbateurs pour deux des participants : <ul style="list-style-type: none"> • Collecte de données (comportements perturbateurs, SUDS; Wolpe 1968, cité dans Adkins <i>et al.</i>, 2010) 	n. s.	n. s.
Singh <i>et al.</i> (2011)	Mesure des variables comportementales : <ul style="list-style-type: none"> • autoévaluation; n. s. 	n. s.	n. s.

Auteurs	Instruments de mesure	Fidélité	Validité
Singh <i>et al.</i> (2013)	Mesure des variables : • n. s.	n. s.	n. s.
	Modalités de complétion (parents et personnel) : • Feuilles de données ou prises de notes sur téléphone intelligent	n. s.	n. s.
	Modalités de complétion (participants) : • Autoévaluation (n. s.) • Compteurs mécaniques à code couleur	n. s.	n. s.
Roberts <i>et al.</i> (2020)	Évaluation de la capacité à consentir (n. s.)	n. s.	n. s.
	Collecte de données : chercheur qualifié (n. s.)	n. s.	n. s.
	Collecte d'informations sur l'âge, le sexe, le statut résidentiel actuel	n. s.	n. s.
	Dossiers et rapports du participant	n. s.	n. s.
	Présence d'une DI : • WASI-II • ABAS	n. s.	n. s.
	Mesures des variables (autoévaluations [avant et après l'intervention]) : • NAS • IP	Fiabilité test-retest faible (0,52) Fiabilité test-retest faible (0,57)	Cohérence interne (0,92) n. s.

Auteurs	Instruments de mesure	Fidélité	Validité
	Faisabilité de l'étude :		
	<ul style="list-style-type: none"> Données amassées en fonction du recrutement, de l'attrition et du taux de réponse aux questionnaires 	n. s.	n. s.
	Fidélité de l'intervention :		
	<ul style="list-style-type: none"> Liste de contrôle de fidélité de la SOF britannique 	Deux évaluateurs indépendants et formés pour l'analyse de fiabilité ont procédé à l'évaluation de la fidélité	n. s.

Note. Non spécifié : n. s.; WASI-II = Échelle d'intelligence abrégée de Wechsler (2011, cité dans Roberts *et al.*, 2020); ABAS = Adaptive Behavior Assessment System (Harrison et Oakland 2003, cités dans Roberts *et al.*, 2020); NAS = Échelle de colère de Novaco (Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020); IP = Inventaire des provocations (Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020); DI = déficience intellectuelle; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*).

Tableau A7

Fidélité et validité des construits

Auteurs	Fidélité et validité des construits (en lien avec les variables comportementales à l'étude)
Singh <i>et al.</i> (2003)	<p>Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul style="list-style-type: none">• Oui <p>La triangulation des informations :</p> <ul style="list-style-type: none">• Plusieurs individus ont observé et évalué les résultats obtenus. Tout d'abord, les spécialistes du comportement, le personnel de soin formé de l'hôpital psychiatrique, le superviseur de l'emploi du participant, son coordonnateur d'aide à la vie autonome ainsi que le participant lui-même. <p>Accord inter-évaluateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Un second évaluateur indépendant a également participé à la collecte de données de sorte à établir un accord inter-évaluateurs de 96,5 %. <p>Niveau de formation des expérimentateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Ce sont les chercheurs et auteurs (concepteurs du protocole de recherche de la SOF de cette étude qui ont appliqué la procédure de la méditation).
Singh <i>et al.</i> (2007)	<p>Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul style="list-style-type: none">• Oui <p>Triangulation des informations :</p> <ul style="list-style-type: none">• Seul le personnel des foyers de groupe était mandaté à collecter les données. <p>Accord inter-évaluateurs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Deux membres du personnel collectent les mêmes données indépendamment, pendant en moyenne 20 % des semaines de référence (niveau de base) et celles de l'intervention. Celui-ci est de 95 %.

Auteurs	Fidélité et validité des construits (en lien avec les variables comportementales à l'étude)
	<p>Niveau de formation des expérimentateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le premier auteur de l'étude enseigne les étapes de la procédure de la méditation lors de la semaine de formation intensive. <p>Ce sont les membres du personnel qui appliquent la procédure de la méditation pendant les 25 semaines d'intervention. Il n'y a toutefois pas d'information sur leur niveau de formation.</p> <p>La mesure de la fidélité des membres du personnel a enseigné la procédure expérimentale (n. s.).</p>
Adkins <i>et al.</i> (2010)	<p>Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui <p>La triangulation des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune information à savoir si les deux évaluateurs (soignants et « thérapeute ») l'ont été à l'égard des mêmes variables à l'étude. Par ailleurs, le « thérapeute » a collecté les données à certains moments de la phase de suivi et non pas lors de la phase d'intervention. Il est donc impossible de conclure à la présence de triangulation des informations. <p>Accord inter-évaluateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun accord inter-évaluateur n'a été identifié dans l'étude. <p>Niveau de formation de l'expérimentateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Thérapeute » communautaire certifié pour l'enseignement de la SOF. <p>Mesure de la fidélité du « thérapeute » à enseigner la procédure expérimentale (n. s.).</p>

Auteurs	Fidélité et validité des construits (en lien avec les variables comportementales à l'étude)
Singh <i>et al.</i> (2011)	<p data-bbox="373 321 1123 354">Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul data-bbox="378 357 483 389" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 357 483 389">• Oui <p data-bbox="373 430 819 462">La triangulation des informations :</p> <ul data-bbox="378 466 1701 503" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 466 1701 503">• Seuls les individus devaient colliger des données sur leurs différents comportements agressifs émis. <p data-bbox="373 544 619 576">Accord inter-juge :</p> <ul data-bbox="378 579 1774 690" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 579 1774 690">• Comparaison des données recueillies concernant les comportements agressifs par les participants avec les souvenirs d'autres travailleurs sur le lieu de travail de l'individu. L'accord global est de 100 %. Aucune donnée de fiabilité n'a été recueillie quant aux événements de colère. <p data-bbox="373 730 934 763">Niveau de formation de l'expérimentateur :</p> <ul data-bbox="378 766 1753 876" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 766 1753 876">• Une évaluation initiale réalisée par les auteurs démontre que l'enseignement de James correspond aux étapes de la procédure de la méditation bien qu'il adapte les consignes à sa compréhension du processus et à son niveau cognitif. <p data-bbox="373 917 1459 950">Mesure de la fidélité du « thérapeute » à enseigner la procédure expérimentale (n. s.).</p>
Singh <i>et al.</i> (2013)	<p data-bbox="373 974 1123 1006">Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul data-bbox="378 1010 483 1042" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 1010 483 1042">• Oui <p data-bbox="373 1083 819 1115">La triangulation des informations :</p> <ul data-bbox="378 1118 1774 1299" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="378 1118 1774 1299">• Trois types d'individu ont observé et évalué les comportements-défis émis : participants, parents, personnel. Il n'y a pas d'information à savoir si les observations et les évaluations réalisées par ces individus l'ont été à l'égard des mêmes variables comportementales à l'étude. Aucun informateur indépendant n'a fait partie de la collecte de donnée. Conclusion difficile pour la présence de triangulation des informations.

Auteurs	Fidélité et validité des construits (en lien avec les variables comportementales à l'étude)
	<p>Accord inter-évaluateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des données recueillies par ceux des parents et du personnel soignant à ceux des participants, et ce, concernant les comportements agressifs. Les accords inter-évaluateurs allaient de 92 à 100 % ($M = 97\%$). Les données de concordance inter-évaluateurs élevées suggèrent que les collecteurs de données connaissant les conditions de traitement n'ont pas influencé leur observation des résultats du traitement. <p>Niveau de formation de l'expérimentateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les « thérapeutes » communautaires (parents et personnel) ont été formés par un formateur expérimenté lors de la phase du niveau de base (prétest). <p>Ils ont notamment eu à pratiquer la méditation dans leur propre vie respective pour contrôler toute situation négative suscitant des émotions (appropriation de la procédure).</p> <p>La fidélité du « thérapeute » à enseigner la méditation : intervalle de 89 à 100 % ($M = 96\%$).</p>
Roberts <i>et al.</i> (2020)	<p>Présence de la définition des variables comportementales :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non, étant donné l'utilisation des deux instruments de mesure pour l'observation des variables comportementales. <p>La triangulation des informations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seuls les participants ont colligé les données en répondant eux-mêmes (ou avec aide) au NAS et à l'IP. <p>Accord inter-juges :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune donnée n'est spécifiée en lien avec cet aspect. <p>Niveau de formation de l'expérimentateur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thérapeutes cliniciens du NHS ayant reçu une formation à la méditation. Il n'y a pas d'information sur le formateur ni sur le niveau de certification. Toutefois, la fidélité de l'intervention a été confirmée par deux évaluateurs indépendants, suggérant ainsi que les thérapeutes ont adéquatement été formés.

Auteurs	Fidélité et validité des construits (en lien avec les variables comportementales à l'étude)
---------	---

Autres informations pertinentes :

- Aucune hypothèse testée ni analyse formelle des variables n'a été effectuée : l'étude n'était pas réalisée pour une analyse définitive. Cependant, la variation moyenne par rapport à la ligne de référence (niveau de base), ainsi que les variances associées ont été calculées pour toutes les mesures et présentées sous forme d'estimations ponctuelles avec des intervalles de confiance à 95 %.

Note. Non spécifié : n. s.; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*); NAS = Échelle de colère de Novaco (Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020); IP = Inventaire des provocations (Novaco et Taylor, 2004, cités dans Roberts *et al.*, 2020); NHS = National Health Service.

Tableau A8

Caractéristiques des résultats

Auteurs	Résultats
Singh <i>et al.</i> (2003)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminution des comportements d'agression chez le participant, et ce, concernant les huit variables mesurées.• Augmentation de la maîtrise de soi de même que des activités physiques et sociales dans la communauté. <p>Effets collatéraux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Nature différente des interactions entre le participant et les gens l'entourant (personnel de soin et pairs) passant d'échanges imprévisibles et négatifs à mutuellement positifs.• Vision positive du personnel de soin à l'égard du participant.• Augmentation des activités communautaires.• Retrait des contentions physiques et des médicaments PRN d'urgence.• Transition vers un placement communautaire.
Singh <i>et al.</i> (2007)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminution des comportements d'agression chez les trois participants, dont une cessation pour l'un d'entre eux.• Maintien des résultats (diminution et cessation) 2 ans après l'intervention. <p>Effet collatéral :</p> <ul style="list-style-type: none">• Maintien du placement communautaire pour chacun des participants.
Adkins <i>et al.</i> (2010)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminution des comportements agressifs (physiques et/ou verbales) et/ou perturbateurs à des niveaux proches de zéro lors des phases de pratique et du suivi pour les trois participants.• Maintien des effets positifs de la stratégie de la SOF au cours de la phase du suivi, pour chaque individu.

Auteurs	Résultats
	<ul style="list-style-type: none"> • Obtention de résultats positifs lorsque cette stratégie est enseignée par des « thérapeutes » communautaires. <p>Effets collatéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux des participants sont en mesure de s'auto-initier à la pratique de la SOF sans incitation externe. Ceux-ci sont donc en mesure de s'autoréguler lors de situations qui pourraient engendrer l'émission de comportements agressifs et/ou perturbateurs. • Maintien du placement communautaire de tous les participants.
Singh <i>et al.</i> (2011)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des événements reliés à la colère et diminution des actes d'agression chez les trois participants : niveau bas de colère et des comportements agressifs suivant le début de la formation. • Maintien des résultats pendant les années de suivi (post intervention). • Aucune donnée n'a été répertoriée concernant la maîtrise de soi, de même que sur le niveau d'activité physique et sociale des individus. <p>Effet collatéral :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintien des activités communautaires de chacun des participants.
Singh <i>et al.</i> (2013)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminution des agressions physiques et verbales chez l'ensemble des 17 participants du groupe expérimental de cette étude. • Réductions similaires des agressions physiques et verbales également démontrées lors de l'introduction de la méditation dans la condition de contrôle. • Nombre moyen d'occurrences des agressions physiques et verbales significativement plus faible dans la condition expérimentale.

Auteurs	Résultats
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre moyen d'occurrences, au cours de chaque phase, significativement inférieur au nombre moyen dans la phase précédente, chez l'ensemble des participants des deux groupes (à l'exception qu'il n'y avait pas de différence significative entre les occurrences des phases 1 et 2 pour le groupe contrôle). <p>Effets collatéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. s.
Roberts <i>et al.</i> (2020)	<p>Résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faisabilité démontrée à appliquer la SOF dans un pays autre que celui des États-Unis, avec une clientèle adulte présentant une déficience intellectuelle concomitante à la présence de comportements agressifs. • Fidélité démontrée concernant tant l'adhésion à l'intervention des participants (en moyenne, 84,64 % des 11 éléments stipulés pour chaque session ont été couverts par les participants) que la livraison de la procédure de la méditation (en moyenne, 80,15 % des composantes clés de chaque session ont été livrées). • Effet de l'intervention démontré lors de la phase de suivi par une amélioration de la gestion de la colère et une diminution des comportements agressifs chez l'ensemble des participants. <p>Effets collatéraux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n. s.

Note. n. s. = non spécifié; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*); PRN = médicaments psychotropes.

Tableau A9

Facteurs d'influence à l'utilisation de la SOF

Auteurs	Résultats
Singh <i>et al.</i> (2003)	<p>Facteurs influençant l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none">• Le participant demande un traitement alternatif.• Le participant mentionne être motivé, puisqu'il dit vouloir vivre en communauté.• La prise de conscience de sa capacité à contrôler son comportement dans plusieurs contextes et d'en constater son succès continu est un facteur de motivation à l'apprentissage.• Le niveau léger de déficience intellectuelle du participant lui permet la compréhension de ce qui lui est enseigné (aucune adaptation nécessaire).• Le participant est guidé à chaque étape spécifique de la SOF. <p>Difficultés liées à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none">• n. s.
Singh <i>et al.</i> (2007)	<p>Facteurs influençant l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none">• La formation intensive de la méditation avant la période d'intervention.• L'utilisation de la pratique soutenue et intensive de la méditation (auto-pratique avec soutien audio et pratique 2 fois par jour avec l'aide du personnel soignant).• La stratégie est utilisée lors d'un incident pouvant provoquer l'émission d'un comportement agressif, favorisant son apprentissage par son application réelle en vécu partagé.• L'enseignement de compétences d'autogestion.• Ajustement de la formation à la compréhension des participants et ajout d'un outil visuel pour augmenter leur capacité à mettre le focus sur la plante de leur pied.

Auteurs	Résultats
	<p>Difficulté liée à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le niveau modéré de déficience intellectuelle des participants a entravé la compréhension de ce qui leur est enseigné (des adaptations ont été nécessaires : recréer les scènes pouvant générer de la colère et ajout d'un stimulus discriminatif sur la plante des pieds).
Adkins <i>et al.</i> (2010)	<p>Facteurs influençant l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisation de la pratique soutenue et intensive de la méditation (auto-pratique avec soutien audio disponible et période de pratique avec l'aide du personnel soignant). <p>Difficultés liées à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'utilisation de la pratique auto-initiée à la méditation demeure variable pour les deux premiers participants et non acquise pour la deuxième participante, et ce, malgré le matériel audio fourni à cette fin et la pratique soutenue durant les 45 semaines. Toutefois, les auteurs de cette étude ne mentionnent pas le facteur contributif à cette difficulté. La fréquence des comportements-défis émis peut être des facteurs contributifs à la vitesse d'intégration de la méditation, pouvant minimiser la capacité d'en diminuer rapidement leur émission.
Singh <i>et al.</i> (2011)	<p>Facteurs pouvant influencer l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le « thérapeute » communautaire a l'intérêt d'enseigner à des pairs. Les pairs sont motivés à gérer leur colère et leurs comportements agressifs. L'utilisation d'une stratégie simple qui en permet une facilité de maîtrise. L'utilisation d'encouragements continus de sorte à maintenir l'effort à l'apprentissage. Les trois participants stipulent que la procédure leur a permis de contrôler leurs sentiments sans qu'ils ne deviennent agressifs. Ils ont également trouvé que leur maîtrise de soi dans des situations émotionnellement stimulantes était renforçatrice. <p>Difficultés liées à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> Avoir une fréquence plus élevée de colère et d'agression.

Auteurs	Résultats
Singh <i>et al.</i> (2013)	<p data-bbox="375 412 1041 441">Facteurs pouvant influencer l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="375 315 1776 386">• Utilisation d'une procédure transformationnelle qui peut ralentir l'arrivée des premiers effets : le temps et la pratique quotidienne augmentent la rapidité des résultats attendus. <li data-bbox="375 456 1776 527">• Le niveau léger de déficience intellectuelle du participant lui permet la compréhension de ce qui lui est enseigné (aucune adaptation nécessaire). <li data-bbox="375 537 1478 573">• Les parents et le personnel de soutien ont été formés par un « thérapeute » certifié. <li data-bbox="375 583 1776 760">• Les participants ont d'abord appris la méditation de concentration de base, axée sur la respiration, avant de commencer le contrôle des comportements agressifs par le biais de la procédure de la SOF. Cela leur a permis de développer une approche disciplinée de la méditation, bien avant d'apprendre la procédure de la SOF. Alors que la méditation de base leur a permis d'amorcer un processus de transformation personnelle, la SOF leur a fourni un moyen immédiat de contrôler leur colère et leur agressivité. <li data-bbox="375 769 1776 1024">• Les parents et le personnel de soutien (formateurs) ont dû non seulement enseigner les procédures de méditation aux participants, mais aussi la pratiquer quotidiennement avec eux. Les auteurs suggèrent que ce processus pourrait permettre le déclenchement des neurones dites miroirs, signifiant qu'en voyant une autre personne se mettre en action vis-à-vis un déclencheur, cela pourrait permettre d'être davantage en mesure de se mettre en action de façon individuelle vis-à-vis un déclencheur, dans ce cas-ci, une situation qui pourrait générer l'agressivité. Selon les auteurs, cette théorie doit cependant être considérée avec prudence. <li data-bbox="375 1034 1730 1105">• Les participants ont bénéficié d'une dérogation qui leur permettait d'avoir du personnel de soutien, au besoin, 7 jours sur 7. Ainsi, cela leur a permis de participer à l'étude. <li data-bbox="375 1115 1776 1187">• Des fonds ont été disponibles pour l'achat d'iPod et des compteurs mécaniques requis par le protocole de l'étude. <li data-bbox="375 1196 1751 1268">• Motivation des participants à apprendre et à utiliser un moyen alternatif à l'émission de comportements agressifs afin qu'ils puissent continuer à être accepté socialement dans leur communauté. <p data-bbox="375 1317 716 1346">Difficultés liées à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="375 1365 478 1395">• n. s.

Auteurs	Résultats
Roberts <i>et al.</i> (2020)	<p>Facteurs pouvant influencer l'utilisation de la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none">• Niveau de déficience intellectuelle légère.• Le niveau de formation des thérapeutes (formé à la SOF).• Les composantes psychoéducatives incluses dans le manuel d'intervention.• L'accompagnement des participants par les parents ou le personnel soignant afin de les soutenir dans la pratique quotidienne de la méditation. <p>Difficulté liée à la SOF :</p> <ul style="list-style-type: none">• Fidélisation difficile des soignants pendant les périodes de suivi.

Note. n. s. = non spécifié; SOF = méditation sur la plante des pieds (*Soles of the feet*).

Appendice B

Grille de déroulement des sessions de la SOF

Grille de déroulement des quatre sessions de la SOF

Session 1	Session 2	Session 3	Session 4
1.1 Introduction à la session : expliquez l'objectif de la SOF.	2.1 Pratiquer la SOF : commencer la séance par la pratique	3.1 Pratiquer la SOF : commencer la séance par la pratique	4.1 Pratiquer la SOF : commencer la séance par la pratique
1.2 Définir les attentes en matière de comportement : définir les règles et les attentes positives à respecter tout au long des séances de méditation.	2.2 Bilan de la session précédente : revoir le contenu principal de la session 1	3.2 Bilan de la session précédente : revoir le contenu principal de la session 2	4.2 Bilan de la session précédente : revoir le contenu principal de la session 3
1.3 Enseigner la posture : introduire et pratiquer la posture de base de la méditation, soit celle d'être assis sur une chaise, coucher ou debout (selon les désirs et les besoins).	2.3 Révision de la dernière pratique : discuter du déroulement de la pratique et résoudre les obstacles rencontrés, le cas échéant.	3.3 Révision de la dernière pratique : discuter du déroulement de la pratique et résoudre les obstacles rencontrés, le cas échéant.	4.3 Révision de la dernière pratique : discuter du déroulement de leur pratique et résoudre les obstacles rencontrés, le cas échéant.
1.4 Enseigner la respiration ventrale consciente : introduire et pratiquer la respiration ventrale consciente.	2.4 Introduction de la session : expliquer les activités et le contenu à couvrir.	3.4 Introduction de la session : expliquer les activités et le contenu à couvrir.	4.4 Introduction de la session : expliquer les activités et le contenu à couvrir.
1.5 Apprendre les différentes parties de la plante des pieds : expliquer l'anatomie du pied.	2.5 Identifier ce qu'est le sentiment de bonheur : dispenser une éducation de base sur l'émotion du bonheur.	3.5 Identifier le sentiment et les conséquences de la colère : dispenser une éducation de base sur l'émotion de la colère et sur la différenciation de la colère (sentiment) versus l'agression (action).	4.5 Identifier les déclencheurs de la colère : définir et identifier les déclencheurs d'émotion désagréables.
1.6 Pratiquer l'attention aux pieds : introduire et pratiquer la méditation de la pleine conscience des pieds.	2.6 Identifier un événement heureux : recueillir des informations pour créer une expérience émotionnelle agréable.	3.6 Identifier un événement colérique : recueillir des informations pour recréer une expérience émotionnelle désagréable.	4.6 Appliquer la SOF sur les déclencheurs de la colère : s'entraîner à faire disparaître ou diminuer l'émotion désagréable.

Session 1	Session 2	Session 3	Session 4
1.7 Pratiquer la routine complète de la SOF : Pratiquer en combinant la respiration consciente et l'attention portée aux pieds	2.7 Appliquer la SOF à une situation heureuse : s'entraîner à faire disparaître ou diminuer l'émotion agréable en utilisant la méditation.	3.7 Appliquer la SOF à une situation de colère : s'entraîner à faire disparaître ou diminuer l'émotion désagréable en utilisant la méditation.	4.7 Discussion post-pratique : débriefage de la pratique.
1.8 Clôture de la session : revoir le contenu clé de la session 1.	2.8 Discussion post-pratique : débriefage de la pratique.	3.8 Discussion post-pratique : débriefage de la pratique.	4.8 Clôture de la session : revoir le contenu clé de la session 4 et réitérer l'importance de la pratique.
1.9 Importance de la pratique : expliquer l'importance de la pratique et mentionner le moment de la prochaine séance.	2.9 Clôture de la session : revoir le contenu clé de la session 2 et réitérer l'importance de la pratique.	3.9 Clôture de la session : revoir le contenu clé de la session 3 et réitérer l'importance de la pratique.	4.9 Pratiquer la routine complète de la SOF : terminer la séance par la pratique de la méditation.
1.10 Pratiquer la routine complète de la SOF : terminer la séance par la pratique de la méditation.	2.10 Pratiquer la routine complète de la SOF : terminer la séance par la pratique de la méditation.	3.10 Pratiquer la routine complète de la SOF : terminez la séance par la pratique de la méditation.	

Appendice C

Protocoles (curriculums) d'application de la SOF

Protocole C1 - Protocole de la respiration ventrale

Instructions : pré-étapes à la pratique de la respiration ventrale

1. Expliquer au participant qu'il peut réaliser l'activité soit en restant assis, debout ou soit en restant coucher; que ce choix lui appartient selon son aisance;
2. Expliquer au participant qu'il peut réaliser l'activité soit en laissant les yeux fermés, ouverts ou soit en les laissant entre-ouverts; que ce choix lui appartient selon son aisance;
3. Enseigner ce que les mots : respirer, inspirer, expirer et respirations ventrales signifient;
4. Enseigner où le ventre se trouve.

Instructions : étapes pour pratiquer la respiration ventrale

1. Asseyez-vous confortablement et fermez les yeux si vous êtes à l'aise;
2. Placez une main sur votre ventre;
3. Respirez lentement, donc imaginez que vous inspirez et expirez par votre ventre, donc en gonflant et en dégonflant votre ventre (laisser quelques secondes pour l'exploration – entre 5 et 15 secondes);
4. Sentez votre ventre bouger à chaque respiration, donc faites entrer l'air dans votre corps et faites sortir l'air de votre corps tout en gonflant et en dégonflant votre ventre (laisser quelques secondes pour l'exploration – entre 5 et 15 secondes);
5. Respirez tout en gonflant et en dégonflant le bas de votre ventre, puis prenez le temps de sentir votre ventre bouger.
6. Continuez à respirer avec le bas de votre ventre et faites-le lentement pour au moins cinq respirations.

Inspirez du curriculum de Felver et Singh (2020), mais adapté à la compréhension des participants par Angèle Labbé (2022).

Protocole C2 - Protocole de la méditation sur la plante des pieds (SOF)

Instructions : étapes pour pratiquer la SOF

1. Pour commencer, asseyez-vous droit, placez vos pieds à plat sur le sol, en laissant vos yeux se fermer si cela vous semble confortable;
2. Placez une main sur votre ventre et commencez à prêter attention à votre respiration qui entre et sort de votre ventre. Remarquez votre respiration. Remarquez que votre ventre bouge avec votre respiration. Respirez lentement avec le bas de votre ventre (application du curriculum de la respiration);

Entre l'étape 2 et l'étape 3. C'est à cette sous-étape que l'ajout du souvenir d'un sentiment (heureux ou fâcheux), ou d'un déclencheur, doit être pris en compte. C'est à ce moment que le participant se remémorera ces aspects afin d'appliquer par la suite le déplacement de son attention sur la plante de ses pieds afin de dévier son focus. Cette sous-étape n'est pas toujours requise, dépendamment de ce qui est travaillé avec le participant.

3. Maintenant, déplacez rapidement le centre de votre attention sur vos pieds;
4. Toute votre attention est sur vos pieds;
5. Remuez et remarquez vos orteils;
5. Mettez l'attention sur la pointe de vos pieds;
6. Mettez l'attention sur votre balle de pieds;
7. Concentrez-vous sur votre voûte plantaire, donc l'arc sous vos pieds;
8. Prenez connaissance de vos talons;
9. Porter votre attention sur la plante de vos pieds;
10. Sentez tout le pied;
11. Continuez à porter attention sur vos pieds en remuant simplement vos orteils et en remarquant vos pieds;
12. Maintenant, ouvrez lentement les yeux.

Inspirez du curriculum de Felver et Singh (2020), mais adapté à la compréhension des participants par Angèle Labbé (2022).

*Les détails de ce que le « thérapeute » doit ajouter entre chaque étape sont détaillés dans le livre de Felver et Singh (2020) et s'adapte à la personne qui utilise et/ou qui reçoit cet enseignement.

Appendice D

Calendriers des participants

Calendrier D1 - Calendrier des rencontres – Participant 1

<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 15 minutes • Session 1 – 15 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 15 minutes • Session 1 – 15 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 15 minutes • Session 2 (introduction) – 15 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 15 minutes • Session 2 (introduction) – 15 minutes
<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 – 30 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 5</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 6</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 7</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 8</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 9</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 10</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 11</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 12</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes
<p>Jour 13</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 14</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 15</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 16</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes
<p>Jour 17</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 18</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 19</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 20</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 et 2 – 30 minutes • Collation de fin de projet

Calendrier D2 - Calendrier des rencontres – Participant 2

<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 1 – 30 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 1 – 30 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 2 – 30 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 2 – 30 minutes
<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 – 30 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 5</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 6</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 7</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 8</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 9</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 10</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 11</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 12</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes
<p>Jour 13</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 et 4 – 30 minutes 	<p>Jour 14</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 15</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 et 2 – 30 minutes • Collation de fin de projet 	

Calendrier D3 - Calendrier des rencontres – Participant 3

<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 1 – 30 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 1 – 30 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 2 – 30 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage intensif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 1 – 30 minutes • Session 2 – 30 minutes
<p>Jour 1</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 – 30 minutes 	<p>Jour 2</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 3</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 4</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 5</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 6</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 2 et 3 – 30 minutes 	<p>Jour 7</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes 	<p>Jour 8</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 3 – 30 minutes
<p>Jour 9</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 – 30 minutes 	<p>Jour 10</p> <p>Apprentissage quotidien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Session 4 et 2 – 30 minutes • Collation de fin de projet 		

Appendice E

Accords des comités éthiques à la recherche

Accord du comité éthique à la recherche du CIUSSSCN



Québec, le 13 septembre 2022

Monsieur Yves Lachapelle
Professeur titulaire Université du Québec à Trois-Rivières

Objet : Autorisation de réaliser la recherche suivante :

" Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (Soles of the Feet) sur la diminution des comportements agressifs émis chez des adultes présentant une déficience intellectuelle et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI)."

CER-S évaluateur : réadaptation et intégration sociale
Projet #2023-2580, _RIS

Monsieur,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre sous les auspices du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (CIUSSS).

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès du CER-S évaluateur cité en objet, qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique et d'un examen éthique dont le résultat est positif, et de la lettre d'approbation de convenance des directions impliquées.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19 sévissant au moment de l'évaluation de votre projet de recherche, les exigences du comité d'éthique de la recherche énoncées dans le présent document devront impérativement être appliquées en respect des directives gouvernementales ainsi que celles des établissements et des centres de recherche impliqués et de toute autorité compétente et ne doivent en aucun cas être interprétées comme permettant la réalisation du protocole de recherche hors du contexte sanitaire prévalant.

Il est à noter que si ce CER-S vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche sous les auspices de notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CER-S évaluateur.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation est la coordonnatrice du CÉR-S à l'adresse courriel bgp.recherche.ciusscn@sss.gouv.qc.ca.

Veillez noter que cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

1. à vous conformer aux demandes du CER-S évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
2. à rendre compte au CER-S évaluateur du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
3. à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CER-S évaluateur;
4. à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CER-S évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
5. à respecter les procédures d'affichage de l'établissement pour tout matériel publicitaire destiné au recrutement de participants;
6. à respecter les modalités arrêtées par notre établissement au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche, à savoir :
 - la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés sous les auspices de notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CER-S évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Veillez recevoir, Monsieur, nos meilleures salutations.

Le directeur de la recherche,



Chantal Pilote
pour Yves DeKoninck,
Directeur de la recherche
Personne formellement mandatée par l'établissement
pour la réalisation des recherches

Signé le 2022-09-13 à 13:53

Accord du comité éthique à la recherche de l'UQTR

4056



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE - PSYCHOLOGIE ET PSYCHOÉDUCATION

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche - Psychologie et Psychoéducation a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : **Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (Soles of the Feet) sur la diminution des comportements agressifs émis chez des adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI)**

Chercheur(s) : Angèle Labbé
Département de psychoéducation

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CERPPE-22-09-07.04

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 12 septembre 2022 au 12 septembre 2023

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Charles Viau-Quesnel
Président du comité

Marie-Eve St-Germain
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 12 septembre 2022

Appendice F

Encart du projet de recherche



AUTOMNE 2022

Mesurer l'effet de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) sur les comportements agressifs

Description du projet

Ce projet de recherche s'intéresse aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur les comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle. L'objectif est d'apprendre aux participants à utiliser la méditation sur la plante des pieds (SoF) comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité.

Éducateurs(trices), vous êtes les bienvenus à soumettre la candidature d'un adulte présentant une déficience intellectuelle, concomitante à la présence de comportements agressifs.

Retombées souhaitées

Diminution des comportements agressifs;
 Rénovation du répertoire de moyens de régulation émotionnelle;
 Augmentation de la participation sociale et de la qualité de vie des participants.

Pour qui ?

Adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à des comportements défilés (comportements agressifs)

Personnes qui habitent en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI)

Avec qui ?

Éducateurs(trices)
 Étudiante

Quand ?

Automne 2022

Quoi ?

Stratégie de pleine conscience : méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*)

Où ?

Dans le milieu de vie des participants

Par qui ?

Angèle Labbé
 Étudiante à la maîtrise en psychoéducation

Informations supplémentaires / Intérêt ?

Angèle Labbé

Modalités pour la prise de contact :

Prioritaire : Angèle.Labbé@uqtr.ca
 Secondaire : 418-683-2511 poste 2354



Université du Québec
 à Trois-Rivières

Projet de recherche

Appendice G

Feuillets d'information et formulaires de consentement (direction des services, représentant légal
[participant inapte à consentir] et éducateur pivot)

Feuillet d'informations pour la direction des services DI/TSA/DP

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

- CÉR-S Jeunes en difficulté et leur famille CÉR-S Santé des populations et première ligne
 CÉR-S Réadaptation et intégration sociale CÉR-S Neurosciences et santé mentale

I. Titre du projet :

Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (Soles of the Feet) sur la diminution des comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

II. Responsable et collaborateurs (avec affiliation professionnelle et identifier les cliniciens, coordonnateurs, étudiants, stagiaires, etc., s'il y a lieu) :

Ce projet de recherche est sous la direction et la responsabilité de monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation. L'étudiante de ce projet de mémoire de maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières est madame Angèle Labbé.

III. Organisme de subvention :

Aucun organisme ne subventionne ce projet de recherche. Les dépenses seront aux frais de l'étudiante.

IV. Introduction :

Nous sollicitons la participation d'adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à des comportements-défis (comportements agressifs), et qui résident dans vos milieux résidentiels (résidences à assistance continue et unités de réadaptation intensive) à participer à un projet de recherche. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le feuillet d'information peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ainsi qu'à l'étudiante de ce dernier et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 1

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Ce projet de recherche s'intéresse aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur les comportements agressifs émis par des adultes présentant une déficience intellectuelle légère. L'objectif spécifique est d'apprendre aux participants à utiliser la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. L'hypothèse de recherche stipule que la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) diminue les comportements agressifs chez les adultes présentant une déficience intellectuelle vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

La méditation sur la plante des pieds (SoF) se veut un moyen concret pour développer la capacité de réguler les émotions sous-jacentes à l'émission de comportements agressifs. Elle permet ainsi à un individu de détourner son attention d'une pensée, d'un événement ou d'une situation qui suscite une émotion (éléments déclencheurs), vers une partie de son corps émotionnellement neutre. Ce processus lui permet de s'arrêter, de recentrer son esprit sur son corps, de se calmer, puis de choisir comment réagir à ce qui a déclenché l'émotion sous-jacente à l'agressivité.

Cette recherche à cas unique sollicitera la participation de trois adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à la présence de comportements agressifs. Trois de leurs comportements agressifs respectifs seront évalués de sorte à constater ou non l'effet de la stratégie. La stratégie de la méditation sera enseignée par l'étudiante ; un éducateur (éducateur pivot ou autres intervenants en cas d'absence de l'éducateur pivot) sera mandaté à l'accompagner pour chaque période d'enseignement.

Le projet se déroulera dans le milieu résidentiel du participant et aura une durée totale maximale de 58 jours. Quant à eux, les participants auront une implication se situant entre 14 et 24 jours, selon qu'ils sont les participants 1, 2 ou 3 (voir les explications ci-bas dans la section « VI. Déroulement du projet »).

VI. Déroulement du projet :

Le programme individuel de la méditation sur la plante des pieds (SoF) utilisé pour cette étude se divise en 4 sessions et s'actualisera dans le milieu de vie de chacun des participants. La première session fait référence à l'introduction de la méditation sur la plante des pieds (SoF). La deuxième session, quant à elle, permet au participant de porter son attention sur les émotions qui lui font ressentir des sensations agréables. À l'inverse, la troisième session lui permet la découverte des émotions suscitant des sensations désagréables. La quatrième session permet au participant de prendre conscience des déclencheurs qui engendrent des sensations désagréables. Ces prises de conscience sont ensuite vécues à travers la méditation.

Avant l'apprentissage de la méditation sur la plante des pieds (SoF), l'éducateur pivot du participant établira les fréquences des comportements agressifs du participant afin d'établir leur niveau de base comportemental respectif, et ce, à l'aide d'une grille Sommaire. Cette étape peut durer environ 10 jours et n'implique pas d'action de la part du participant;

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)

Version du 2022-09-08

Page 2

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Quatre jours avant la phase de l'intervention, le participant se verra octroyer un apprentissage intensif de la méditation sur la plante des pieds (SoF). Cette phase en est une de préparation afin de le familiariser à la méditation. Cet apprentissage sera dirigé par l'étudiante, en compagnie d'un éducateur régulier. Son caractère intensif stipule un apprentissage à raison de deux fois 30 minutes par jour. Aucune ponction ne sera prise à ce moment;

Ensuite, viendra la phase de l'intervention, qui elle, durera entre 10 et 20 jours, où le participant devra appliquer le protocole de la méditation sur la plante des pieds (SoF). L'intervention sera dirigée par l'étudiante, en compagnie de l'éducateur pivot, et ce, à raison d'une fois 30 minutes par jour. Les ponctions débuteront à cette phase.

Pour finir, l'éducateur pivot du participant aura à remplir des cotations, et ce, à trois reprises, pendant les deux semaines qui suivront les phases d'apprentissage. Cette phase expérimentale n'implique aucune action de la part du participant. Seul cet éducateur aura à amasser les résultats sur une grille Sommaire conçue aux fins de ce projet de recherche.

En résumé :

- Le projet durera entre 27 et 58 jours pour les éducateurs pivots ;
- La participation du participant, quant à elle, durera entre 14 et 24 jours.
 - 24 jours pour le participant 1 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 19 jours pour le participant 2 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 14 jours pour le participant 3 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) :
 - Les jours varient selon le moment où le participant débutera le projet. Les trois participants ne débutent pas l'intervention à la même date, mais la terminent la même journée ;
- Il se peut toutefois que leur participation excède le nombre de journées prévues : participant 1 : plus de 24 jours, participant 2 : plus de 19 jours et participant 3, plus de 14 jours.
 - En fait, il se peut que les participants aient besoin de journées de repos ou qu'ils ne soient pas disposés à l'intervention, et ce, pour des raisons personnelles. À ce moment, les journées manquées seront reprises afin qu'ils ne perdent aucune journée d'intervention. Dans ce cas, la date de fin de leur participation au projet pourrait excéder celle des deux autres participants.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Il se peut que le participant vive des inconforts, émotions et/ou du stress lors de la session 3 et au moment de la session 4 du protocole de la méditation. Ces phases pourraient lui rappeler des situations qui auraient auparavant pu lui avoir généré un sentiment de colère, peut-être même des comportements agressifs. L'étudiante s'assurera de son bien-être en tentant de le supporter dans ce qu'il vit ou de le référer à une ressource adaptée à son besoin. Par ailleurs, un éducateur sera toujours présent afin d'appliquer la prévention active en cas de besoin (interventions spécifiques selon le niveau d'escalade comportementale présent).

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 3

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Par ailleurs, le participant devra prendre environ 30 minutes par jour pour la pratique de la méditation (30 minutes en matinée ou 30 minutes en soirée), et ce, pour un minimum de 10 jours (entre 10 et 20 jours selon le participant). Cela demande donc un investissement pouvant générer de la fatigue. Si tel est le cas, le participant pourra cesser une séance à tout moment.

Toutefois, afin de minimiser les potentiels inconforts ou la fatigue, le participant pourra à tout moment se reposer, ou encore, réaliser la méditation en position debout, assise ou couchée.

Il est également à noter que l'étudiante a une formation en psychoéducation (baccalauréat) et travaille depuis 12 ans au programme : Déficience intellectuelle / Trouble du spectre de l'autisme / Déficience physique. Elle travaille également comme spécialiste en activités cliniques au secteur résidentiel jeunesse, auprès d'enfants et d'adolescents présentant une déficience intellectuelle, avec ou sans trouble du spectre de l'autisme, et présentant des comportements-défis tel que l'agressivité. Elle connaît les milieux de vie résidentiels (RAC et/ou URI) ainsi que les interventions et outils préconisés auprès de la clientèle ciblée par ce projet de recherche. Elle est notamment familière avec les personnes présentant des comportements agressifs. Elle n'agira pas à titre d'intervenante, mais pourra d'emblée offrir une sécurité supplémentaire par sa connaissance de la clientèle, puis diriger le participant vers les ressources appropriées, le cas échéant.

VIII. Avantages possibles :

Les avantages de ce projet de recherche résident dans la possibilité pour les services résidentiels adultes du programme : Déficience intellectuelle / Troubles du spectre de l'autisme / Déficience physique, d'avoir accès à une nouvelle stratégie d'intervention à utiliser auprès des adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à des comportements agressifs. Par ailleurs, celle-ci permettra d'aider les chercheurs à faire évoluer les connaissances sur les stratégies qui pourraient s'avérer efficaces auprès de cette clientèle. Enfin, le projet permettra d'offrir des moments au participant, dans lesquels il apprendra à relaxer, à être calme et à utiliser des comportements alternatifs à l'agressivité. Cette recherche lui donnera l'occasion de développer une nouvelle stratégie de régulation émotionnelle, donc de bonifier son répertoire de moyens de gestion comportemental.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

La participation des adultes présentant une déficience intellectuelle à ce projet de recherche est volontaire. Ils sont donc libres de refuser d'y participer. Vous pouvez également demander qu'ils soient retirés de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'étudiante de ce dernier. Votre décision de cesser la participation à ce projet de recherche à un participant, ou de le retirer, n'entraînera aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels il a droit, ni sur sa relation avec le chercheur responsable du projet, l'étudiante et les autres intervenants.

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 4

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Avant et après chaque session réalisée dans le cadre de ce projet, l'assentiment des participants leur sera demandé afin de leur permettre de décider s'ils veulent ou non poursuivre leur participation.

La participation de l'éducateur pivot à ce projet de recherche est aussi volontaire. S'il met fin à sa participation, l'étudiante discutera avec la Direction des services, ainsi qu'avec le gestionnaire du milieu de vie, pour trouver une solution, par exemple, qu'une autre personne puisse les accompagner (autre éducateur, intervenant, spécialiste en activités cliniques, psychoéducatrice).

Aussitôt que le nom de la personne sera divulgué, l'étudiante s'assurera de son consentement à participer au projet. Ensuite, le participant pourra reprendre la méditation.

X. Clause de responsabilité :

La participation à ce projet de recherche ne permet à aucun tiers de renoncer à aucun de ses droits ni de libérer les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

XI. Indemnité compensatoire :

Indemnité

Aucune indemnité n'est rattachée à ce projet de recherche.

Compensation

Chaque participant se verra attribuer une trousse dans laquelle le support audio de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) et les supports visuels lui étant associés y seront retrouvés. Cette trousse comportera notamment trois moyens de régulation émotionnelle supplémentaires (moyens qui auront été choisis par les participants en fonction d'une liste de moyens à cocher, émise par l'étudiante). La trousse ainsi que cette liste leur seront présentées après la dernière séance d'intervention. Par ailleurs, chaque participant aura droit à une collation lors de cette dernière rencontre. Celle-ci aura été choisie en fonction des intérêts alimentaires de chacun d'eux, tout en tenant compte de leur plan nutritionnel, le cas échéant.

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche des participants, ainsi que leurs dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ou par toute autre personne dument mandatée.

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 5

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

De plus, à des fins d'inspection ou de constitution d'un registre, le chercheur responsable et l'étudiante conserveront le nom, la date de naissance et le numéro de téléphone de chaque participant pour la durée du projet de recherche.

Aucun dossier clinique ne sera lu ni par l'étudiante, ni par le chercheur responsable à la recherche. Seuls le nom réel, la date de naissance ainsi que le numéro de téléphone des participants seront connus par ces derniers.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants, ni à celle des éducateurs accompagnateurs-évaluateurs. Tant sur les grilles de cotations que lors de la rédaction du projet de recherche, un nom fictif sera utilisé pour chacun des participants (participant 1, 2 et 3). Par ailleurs, le nom spécifique de leur milieu de vie ne sera pas divulgué. Quant aux éducateurs accompagnateurs-évaluateurs, seules les données qu'ils auront recueillies seront reprises pour la complétion du mémoire de recherche de l'étudiante.

Les données seront d'abord conservées sous forme manuscrite (grilles de cotation). À la fin de l'expérimentation, les données seront copiées sur une clé USB, qui elle sera protégée par un mot de passe.

Pendant la collecte de données (au moment de l'expérimentation), les grilles de cotation seront conservées dans le cartable-client de chacun des participants, cartable qui se trouve dans leur résidence respective, où leurs cotations s'y trouvent. Les données copiées sur la clé USB seront conservées chez l'étudiante.

Après les 18 mois suivant le dépôt final du mémoire de recherche de l'étudiante, donc le 31 mai 2024, la clé USB sera complètement détruite. La technique utilisée sera la destruction complète et physique. Cette méthode de destruction assurera que les renseignements qui y sont inscrits ne pourront être récupérés.

Dans des situations rares, il ne sera pas possible de garantir la confidentialité en raison de lois ou de codes de déontologie rendant obligatoire la communication de certains renseignements (par exemple, maladies à déclaration obligatoire, code des professions, code de déontologie des médecins, L.R.Q., c.c-26, a. 87; 2001, c. 78, a.6). Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si toutefois vous avez des questions concernant le projet de recherche, ou si un changement inhabituel des conditions d'un tiers, ou de celle d'un participant (blessures, effets secondaires, etc.) se produit au cours de ce dernier, veuillez communiquer avec le responsable de la recherche, monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation au numéro de téléphone 819 376-5011, poste 4009, Yves.Lachapelle@uqtr.ca ou avec l'étudiante au numéro de téléphone 418 683-2511 poste 2354, Angele.Labbe@uqtr.ca

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 6

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Pour des questions d'ordre éthique, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale au bgp.recherche.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca. Les frais d'interurbain seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.

Pour toutes plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale au numéro de téléphone 418 691-0762, commissaire.plainte.ciusscncn@ssss.gouv.qc.ca.

Déclaration de l'étudiante

Moi, Angèle Labbé, m'engage à réaliser ce projet de recherche conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent au projet, qui comporte la participation de sujets humains. Je certifie notamment avoir expliqué le contenu du présent formulaire, puis avoir répondu aux questions posées à cet égard. J'ai informé que la personne à qui s'adresse ce document, peut, à tout moment, mettre un terme à la participation d'un tiers au projet de recherche. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité (utilisation de données nominatives fictives ne permettant pas d'identifier aucun tiers).

Feuille d'informations et de consentement à la participation, version pour représentant légal



Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

- CÉR-S Jeunes en difficulté et leur famille CÉR-S Santé des populations et première ligne
 CÉR-S Réadaptation et intégration sociale CÉR-S Neurosciences et santé mentale

I. Titre du projet :

Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) sur la diminution des comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

II. Responsable et collaborateurs (avec affiliation professionnelle et identifier les cliniciens, coordonnateurs, étudiants, stagiaires, etc., s'il y a lieu) :

Ce projet de recherche est sous la direction et la responsabilité de monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation. L'étudiante de ce projet de mémoire de maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières est madame Angèle Labbé.

III. Organisme de subvention :

Aucun organisme ne subventionne ce projet de recherche. Les dépenses seront aux frais de l'étudiante.

IV. Introduction :

Nous sollicitons la participation de la personne que vous représentez à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter cette participation, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le feuillet d'information et de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ainsi qu'à l'étudiante de ce dernier et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Ce projet de recherche s'intéresse aux effets d'une méditation (la méditation sur la plante des pieds – *Soles of the Feet* (SoF)), sur les comportements agressifs émis par des adultes présentant une déficience intellectuelle légère. L'objectif spécifique est d'apprendre aux participants à utiliser la méditation sur la plante des pieds (SoF) comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. L'hypothèse de recherche stipule que la méditation sur la plante des pieds (SoF) diminue les comportements agressifs chez les adultes présentant une déficience intellectuelle vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
 du CIUSSS de la Capitale-Nationale
 (projet 2023-2580)
 Version du 2022-09-08
 Page 1

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

La méditation sur la plante des pieds (SoF) se veut un moyen concret pour développer la capacité de réguler les émotions sous-jacentes à l'émission de comportements agressifs. Elle permet ainsi à un individu de détourner son attention d'une pensée, d'un événement ou d'une situation qui suscite une émotion (éléments déclencheurs), vers une partie de son corps émotionnellement neutre. Ce processus lui permet de s'arrêter, de recentrer son esprit sur son corps, de se calmer, puis de choisir comment réagir à ce qui a déclenché l'émotion sous-jacente à l'agressivité.

Cette recherche à cas unique sollicitera la participation de trois adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à la présence de comportements agressifs. Trois de leurs comportements agressifs respectifs seront évalués de sorte à constater ou non l'effet de la méditation. Cette dernière sera enseignée par l'étudiante ; un éducateur sera mandaté à l'accompagner pour chaque période d'enseignement (éducateur pivot ou tout autre intervenant du milieu du participant réputé être en mesure de l'accompagner).

Le projet se déroulera dans le milieu résidentiel du participant et aura une durée totale maximale de 58 jours (entre 27 et 58 jours, selon le début de l'expérimentation pour chacun des participants. Toutefois, l'implication du participant au projet se situe entre 14 et 24 jours – voir les détails à la section suivante : « VI. Déroulement du projet »).

VI. Déroulement du projet :

Le programme individuel de la méditation sur la plante des pieds (SoF) utilisé pour cette étude se divise en 4 sessions et s'actualisera dans le milieu de vie de chacun des participants. La première session fait référence à l'introduction de la méditation sur la plante des pieds (SoF). La deuxième session, quant à elle, permet au participant de porter son attention sur les émotions qui lui font sentir des sensations agréables. À l'inverse, la troisième session lui permet la découverte des émotions suscitant des sensations désagréables. La quatrième session permet au participant de prendre conscience des déclencheurs qui engendrent des sensations désagréables. Ces prises de conscience sont ensuite vécues à travers la méditation.

Avant l'apprentissage de la méditation sur la plante des pieds (SoF), l'éducateur pivot du participant établira les fréquences des comportements agressifs du participant afin d'établir son niveau de base comportemental, et ce, à l'aide d'une grille Sommaire. Cette étape peut durer environ 10 jours et n'implique pas d'action de la part du participant. Il observera le participant sur une période de 4 heures, puis notera les comportements agressifs émis par ce dernier sur une grille de cotations (grille Sommaire – grille de cotations utilisées par le milieu et connue des intervenants).

Quatre jours avant la phase de l'intervention, le participant se verra octroyer un apprentissage intensif de la méditation sur la plante des pieds (SoF). Cette phase en est une de préparation afin de le familiariser à la méditation. Cet apprentissage sera dirigé par l'étudiante, en compagnie de son éducateur pivot. Son caractère intensif stipule un apprentissage à raison de deux fois 30 minutes par jour. Aucune ponction ne sera prise à ce moment.

Ensuite, viendra la phase de l'intervention, qui elle, durera entre 10 et 20 jours, où le participant devra appliquer le protocole de la méditation sur la plante des pieds (SoF). L'intervention sera dirigée par l'étudiante, en compagnie de l'éducateur pivot du participant, et ce, à raison d'une fois 30 minutes par jour. Les ponctions débuteront à cette phase.

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Pour finir, l'éducateur pivot du participant aura à remplir des cotations, et ce, à trois reprises, pendant les deux semaines qui suivront les phases d'apprentissage. Cette phase expérimentale n'implique aucune action de la part du participant. Seul cet éducateur aura à amasser les résultats sur une grille Sommaire conçue aux fins de ce projet de recherche.

En résumé :

- Le projet dure entre 27 et 58 jours pour les éducateurs pivots ;
- La participation du participant, quant à elle, durera entre 14 et 24 jours.
 - 24 jours pour le participant 1 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 19 jours pour le participant 2 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 14 jours pour le participant 3 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) :
 - Les jours varient selon le moment où le participant débutera le projet. Les trois participants ne débutent pas l'intervention à la même date, mais la terminent la même journée ;
- Il se peut toutefois que leur participation excède le nombre de journées prévues : participant 1 : plus de 24 jours, participant 2 : plus de 19 jours et participant 3, plus de 14 jours.
 - En fait, il se peut que les participants aient besoin de journées de repos ou qu'ils ne soient pas disposés à l'intervention, et ce, pour des raisons personnelles. À ce moment, les journées manquées seront reprises afin qu'ils ne perdent aucune journée d'intervention. Dans ce cas, la date de fin de leur participation au projet pourrait excéder celle des deux autres participants.

Notez le participant pourra participer à la méditation en position debout, assise ou couchée, et ce, selon son désir et ses besoins.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Il se peut que le participant vive des inconforts, émotions et/ou du stress lors de la session 3 et au moment de la session 4 du protocole de la méditation. Ces phases peuvent lui rappeler des situations qui auraient auparavant pu lui avoir généré un sentiment de colère, peut-être même des comportements agressifs. L'étudiante s'assurera de son bien-être en tentant de le supporter dans ce qu'il vit ou de le référer à une ressource adaptée à son besoin. Par ailleurs, un éducateur sera toujours présent afin d'appliquer la prévention active en cas de besoin (interventions spécifiques selon le niveau d'escalade comportementale présent).

Par ailleurs, le participant devra prendre environ 30 minutes par jour pour la pratique de la méditation (30 minutes en matinée ou 30 minutes en soirée), et ce, pour un minimum de 10 jours (entre 10 et 20 jours selon le participant). Cela demande donc un investissement pouvant générer de la fatigue. Si tel est le cas, le participant pourra cesser une séance à tout moment.

Toutefois, afin de minimiser les potentiels inconforts ou la fatigue, le participant pourra à tout moment se reposer, ou encore, réaliser la méditation en position debout, assise ou couchée.

Il est également à noter que l'étudiante a une formation en psychoéducation (baccalauréat) et travaille depuis 12 ans au programme : Déficience intellectuelle / Trouble du spectre de l'autisme / Déficience physique. Elle travaille également comme spécialiste en activités cliniques au secteur résidentiel jeunesse, auprès d'enfants et d'adolescents

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)

Version du 2022-09-08

Page 3

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

présentant une déficience intellectuelle, avec ou sans trouble du spectre de l'autisme, et présentant des comportements-défis tel que l'agressivité. Elle connaît les milieux de vie résidentiels (RAC et/ou URI) ainsi que les interventions et outils préconisés auprès de la clientèle ciblée par ce projet de recherche. Elle est notamment familière avec les personnes présentant des comportements agressifs. Elle n'agira pas à titre d'intervenante, mais pourra d'emblée offrir une sécurité supplémentaire par sa connaissance de la clientèle, puis de diriger les participants vers les ressources appropriées, le cas échéant.

VIII. Avantages possibles :

Le participant aura des moments privilégiés où il apprendra à relaxer, à être calme et à utiliser des comportements alternatifs à l'agressivité. Il a le bénéfice de recevoir cet enseignement spécifique à sa situation, soit l'émission de comportements agressifs. Ce projet lui donnera l'occasion de développer une nouvelle stratégie de gestion des émotions, donc de bonifier son répertoire de moyens de gestion comportemental.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

La participation de la personne que vous représentez à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser qu'elle y participe. Vous pouvez également demander que le participant soit retiré de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'étudiante de ce dernier. Vous pouvez également demander le retrait des données recueillies dans le cadre du projet. Votre décision de cesser la participation de la personne que vous représentez à ce projet de recherche, ou de la retirer, n'entraînera aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels elle a droit ni sur votre/sa relation avec le chercheur responsable du projet, l'étudiante et les autres intervenants.

Avant et après chaque session réalisée dans le cadre de ce projet, l'assentiment au participant lui sera demandé afin de lui permettre de décider s'il veut ou non poursuivre sa participation.

Par ailleurs, la participation de l'éducateur pivot à ce projet de recherche est aussi volontaire. S'il met fin à sa participation, l'étudiante discutera avec la Direction des services, ainsi qu'avec le gestionnaire du milieu de vie, pour trouver une solution, par exemple, qu'une autre personne puisse accompagner le participant (autre éducateur, intervenant, spécialiste en activités cliniques, psychoéducatrice).

Aussitôt que le nom de la personne sera divulgué, l'étudiante s'assurera de son consentement à participer au projet. Ensuite, le participant pourra reprendre la méditation.

X. Clause de responsabilité :

En acceptant que la personne que vous représentez participe à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de ses droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

XI. Indemnité compensatoire :

Indemnité

Aucune indemnité n'est rattachée à ce projet de recherche.

Compensation

Chaque participant se verra attribuer une trousse dans laquelle le support audio de la méditation sur la plante des pieds (SoF) et les supports visuels lui étant associés y seront retrouvés. Cette trousse comportera notamment trois moyens de régulation émotionnelle (gestion des émotions) supplémentaires (moyens qui auront été choisis par les participants en fonction d'une liste de moyens à cocher, émise par l'étudiante). La trousse ainsi que cette liste leur seront présentées après la dernière séance d'intervention.

Par ailleurs, chaque participant aura droit à une collation lors de cette dernière rencontre. Celle-ci aura été choisie en fonction des intérêts alimentaires de chacun d'eux, tout en tenant compte de leur plan nutritionnel, le cas échéant.

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche des participants, ainsi que leurs dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ou par toute autre personne dûment mandatée.

De plus, à des fins d'inspection ou de constitution d'un registre, le chercheur responsable et l'étudiante conserveront le nom, la date de naissance et le numéro de téléphone de chaque participant pour la durée du projet de recherche.

Aucun dossier clinique ne sera lu ni par l'étudiante, ni par le chercheur responsable à la recherche. Seuls le nom réel, la date de naissance ainsi que le numéro de téléphone des participants seront connus par ces derniers.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants, ni à celle des accompagnateurs-évaluateurs. Tant sur les grilles de cotations que lors de la rédaction du projet de recherche, un nom fictif sera utilisé pour chacun des participants (participant 1, 2 et 3). Par ailleurs, le nom spécifique de leur milieu de vie ne sera pas divulgué. Quant aux éducateurs accompagnateurs-évaluateurs, seules les données qu'ils auront recueillies seront reprises pour la complétion du mémoire de recherche de l'étudiante.

Les données seront d'abord conservées sous forme manuscrite (grilles de cotation). À la fin de l'expérimentation, les données seront copiées sur une clé USB, qui elle sera protégée par un mot de passe.

Pendant la collecte de données (au moment de l'expérimentation), les grilles de cotation seront conservées dans le cartable-client de chacun des participants, cartable qui se trouve dans leur résidence respective et où leurs cotations s'y trouvent. Les données copiées sur la clé USB seront conservées chez l'étudiante.

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)

Version du 2022-09-08

Page 5

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Après les 18 mois suivant le dépôt final du mémoire de recherche de l'étudiante-chercheuse, donc le 31 mai 2024, la clé USB sera complètement détruite. La technique utilisée sera la destruction complète et physique. Cette méthode de destruction assurera que les renseignements qui y sont inscrits ne pourront être récupérés.

Dans des situations rares, il ne sera pas possible de garantir la confidentialité en raison de lois ou de codes de déontologie rendant obligatoire la communication de certains renseignements (par exemple, maladies à déclaration obligatoire, code des professions, code de déontologie des médecins, L.R.Q., c.c-26, a. 87; 2001, c. 78, a.6). Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si toutefois vous ou la personne que vous représentez avez des questions concernant le projet de recherche, ou si un changement inhabituel de sa condition (blessures, effets secondaires, etc.) se produit au cours de ce dernier, veuillez communiquer avec le responsable de la recherche, monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation au numéro de téléphone 819 376-5011, poste 4009, Yves.Lachapelle@uqtr.ca ou avec l'étudiante au numéro de téléphone 418 683-2511 poste 2354, Angele.Labbe@uqtr.ca.

Pour des questions d'ordre éthique, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale au bgp.recherche.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca. Les frais d'interurbain seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.

Pour toutes plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale au numéro de téléphone 418 691-0762, commissaire.plainte.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca.

Déclaration de l'étudiante

Moi, Angèle Labbé, m'engage à réaliser ce projet de recherche conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent au projet, qui comporte la participation de sujets humains. Je certifie notamment avoir expliqué le contenu du présent formulaire, puis avoir répondu aux questions posées à cet égard. J'ai informé que la personne à qui s'adresse ce document, peut, à tout moment, mettre un terme à sa participation au projet de recherche. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité (utilisation de données nominatives fictives ne permettant pas d'identifier aucun tiers).

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Formulaire de consentement

Numéro de projet : 2023-2580

Titre du projet : Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) sur la diminution des comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

Chercheur responsable du projet : Ce projet de recherche est sous la direction et la responsabilité de monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation. L'étudiante de ce projet de mémoire de maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières est madame Angèle Labbé.

- 1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à la participation de la personne que je représente;
- 3) La participation de la personne que je représente à cette étude est volontaire et je peux décider de la retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision que la personne que je représente participe à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à la participation de la personne que je représente;
- 8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à ce que la personne que je représente participe à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude oui non
- 11) J'accepte d'être recontacté(e) pour d'autres projets menés par les chercheurs de ce projet oui non

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Formulaire de consentement

Numéro de projet : 2023-2580

_____ Nom du représentant légal du participant	_____ Type de représentation	_____ Numéro de téléphone
_____ Signature du représentant légal du participant *	_____ Date	_____ Signature
_____ Nom du chercheur	_____ Date	_____ Signature
_____ Nom de l'étudiante-chercheuse	_____ Date	_____ Signature
_____ Assentiment de la personne inapte à consentir, mais qui comprend les différentes informations liées à ce projet de recherche	_____ Date	Assentiment verbal : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> ou Signature :

Engagement du chercheur :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et j'ai vérifié la compréhension du participant. Je lui remettrai une copie datée et signée de ce document.

_____ Nom de la personne qui a obtenu le consentement	_____ Signature	_____ Date (JMA)
---	--------------------	---------------------

Feuille d'informations et de consentement à la participation, version éducateur spécialisé

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

- CÉR-S Jeunes en difficulté et leur famille
 CÉR-S Santé des populations et première ligne
 CÉR-S Réadaptation et intégration sociale
 CÉR-S Neurosciences et santé mentale

I. Titre du projet :

Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) sur la diminution des comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

II. Responsable et collaborateurs (avec affiliation professionnelle et identifier les cliniciens, coordonnateurs, étudiants, stagiaires, etc., s'il y a lieu) :

Ce projet de recherche est sous la direction et la responsabilité de monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation. L'étudiante de ce projet de mémoire de maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières est madame Angèle Labbé.

III. Organisme de subvention :

Aucun organisme ne subventionne ce projet de recherche. Les dépenses seront aux frais de l'étudiante.

IV. Introduction :

Nous sollicitons votre participation à participer en tant qu'accompagnateur et évaluateur à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter cette participation, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce feuillet d'information vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et les inconvénients, de même que les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le feuillet d'information peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ainsi qu'à l'étudiante de ce dernier et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

V. Nature et objectifs du projet :

Ce projet de recherche s'intéresse aux effets d'une stratégie de pleine conscience sur les comportements agressifs émis par des adultes présentant une déficience intellectuelle légère. L'objectif spécifique est d'apprendre aux participants à utiliser la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) comme comportement alternatif à celui d'utiliser l'agressivité. L'hypothèse de recherche stipule que la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*)

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 1

Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

diminue les comportements agressifs chez les adultes présentant une déficience intellectuelle vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

La méditation sur la plante des pieds (SoF) se veut un moyen concret pour développer la capacité de réguler les émotions sous-jacentes à l'émission de comportements agressifs. Elle permet ainsi à un individu de détourner son attention d'une pensée, d'un événement ou d'une situation, qui suscite une émotion (éléments déclencheurs), vers une partie de son corps émotionnellement neutre. Ce processus lui permet de s'arrêter, de recentrer son esprit sur son corps, de se calmer, puis de choisir comment réagir à ce qui a déclenché l'émotion sous-jacente à l'agressivité.

Cette recherche à cas unique sollicitera la participation de trois adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à la présence de comportements agressifs. Trois de leurs comportements agressifs respectifs seront évalués de sorte à constater ou non l'effet de la méditation. Cette dernière sera enseignée par l'étudiante ; l'éducateur pivot (ou tout autre éducateur/intervenant réputé pouvoir réaliser cette tâche) sera mandaté à l'accompagner pour chaque période d'enseignement.

Le projet se déroulera dans le milieu résidentiel du participant et aura une durée totale maximale de 58 jours (entre 27 et 58 jours, selon le début de l'expérimentation pour chacun des participants – voir les détails dans la section ci-bas : « VI. Déroulement du projet »).

Vous aurez deux rôles à réaliser : 1) rôle d'accompagnateur (assister aux sessions d'apprentissage intensif et aux sessions de l'intervention) et 2) rôle d'évaluateur (remplir la grille Sommaire). Les détails de ces rôles, de même que les spécifications en lien avec les cotations, sont inscrits dans le tableau ci-bas ayant pour titre : *Les deux rôles principaux de l'éducateur pivot pour la durée totale du projet de recherche.*

VI. Déroulement du projet :

Le programme individuel de la méditation sur la plante des pieds (SoF) utilisé pour cette étude se divise en 4 sessions et s'actualisera dans le milieu de vie de chacun des participants. La première session fait référence à l'introduction de la méditation sur la plante des pieds (SoF). La deuxième session, quant à elle, permet au participant de porter son attention sur les émotions qui lui font sentir des sensations agréables. À l'inverse, la troisième session lui permet la découverte des émotions suscitant des sensations désagréables. La quatrième session permet au participant de prendre conscience des déclencheurs qui engendrent des sensations désagréables. Ces prises de conscience sont ensuite vécues à travers la méditation.

Avant l'apprentissage de la méditation sur la plante des pieds (SoF), vous vous assurerez d'établir les fréquences des comportements agressifs du participant afin d'établir son niveau de base comportemental, et ce, à l'aide d'une grille Sommaire. Cette étape peut durer environ 10 jours et n'implique aucune action de la part du participant.

Quatre jours avant la phase de l'intervention, le participant se verra octroyer un apprentissage intensif de la méditation sur la plante des pieds (SoF). Cette phase en est une de préparation afin de le familiariser à la méditation. Cet apprentissage sera dirigé par l'étudiante, en compagnie de son éducateur pivot (ou tout autre éducateur/intervenant

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

réputé pouvoir réaliser cette tâche). Son caractère intensif stipule un apprentissage à raison de deux fois 30 minutes par jour. Aucune ponction ne sera prise à ce moment.

Ensuite, viendra la phase de l'intervention, qui elle, durera entre 10 et 20 jours, où le participant devra appliquer le protocole de la méditation sur la plante des pieds (SoF). L'intervention sera dirigée par l'étudiante, en compagnie d'un éducateur régulier, et ce, à raison d'une fois 30 minutes par jour). Les ponctions débuteront à cette phase.

Pour finir, vous aurez à remplir des cotations, et ce, à trois reprises, pendant les deux semaines qui suivront les phases d'apprentissage. Ainsi, des observations sur un bloc de 4 heures consécutives vous seront demandées. Il suffira d'inscrire sur la grille Sommaire s'il y a ou non présence des comportements agressifs évalués. Cette phase expérimentale n'implique aucune action de la part du participant.

En résumé :

- Le projet dure entre 27 et 58 jours pour les éducateurs pivots ;
- La participation du participant, quant à elle, durera entre 14 et 24 jours.
 - 24 jours pour le participant 1 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 19 jours pour le participant 2 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) ;
 - 14 jours pour le participant 3 : (intervention continue – jours de semaine et de fin de semaine) :
 - Les jours varient selon le moment où le participant débutera le projet. Les trois participants ne débutent pas l'intervention à la même date, mais la terminent la même journée ;
- Il se peut toutefois que leur participation excède le nombre de journées prévues : participant 1 : plus de 24 jours, participant 2 : plus de 19 jours et participant 3, plus de 14 jours.
 - En fait, il se peut que les participants aient besoin de journées de repos ou qu'ils ne soient pas disposés à l'intervention, et ce, pour des raisons personnelles. À ce moment, les journées manquées seront reprises afin qu'ils ne perdent aucune journée d'intervention. Dans ce cas, la date de fin de leur participation au projet pourrait excéder celle des deux autres participants.

VII. Risques potentiels et inconvénients personnels :

Il n'y a aucun risque supplémentaire pour vous à participer à cette démarche, si ce n'est que d'y investir de votre temps professionnel, toujours dans le cadre de vos quarts de travail. Cela pourrait toutefois vous demander d'appliquer certaines interventions auprès du participant, le cas échéant (prévention active, moyens d'intervention, etc.).

Il est également à noter que l'étudiante a une formation en psychoéducation (baccalauréat) et travaille depuis 12 ans au programme : Déficience intellectuelle / Trouble du spectre de l'autisme / Déficience physique. Elle travaille également comme spécialiste en activités cliniques au secteur résidentiel jeunesse, auprès d'enfants et d'adolescents présentant une déficience intellectuelle, avec ou sans trouble du spectre de l'autisme, et présentant des comportements-défis tel que l'agressivité. Elle connaît les milieux de vie résidentiels (RAC et/ou URI) ainsi que les interventions et outils préconisés auprès de la clientèle ciblée par ce projet de recherche. Elle est notamment familière avec les personnes présentant des comportements agressifs. Elle n'agira pas à titre d'intervenante, mais pourra d'emblée offrir une sécurité supplémentaire par sa connaissance de la clientèle, puis diriger les participants vers les ressources appropriées, le cas échéant.

Feuille d'information

Numéro de projet : 2023-2580

VIII. Avantages possibles :

L'avantage pour les personnes accompagnatrices et évaluatrices à participer à cette recherche réside dans la possibilité de connaître une nouvelle stratégie d'intervention à utiliser auprès des adultes présentant une déficience intellectuelle, concomitante à des comportements agressifs. Les avantages indirects à votre participation sont, d'abord, d'aider les chercheurs à faire évoluer les connaissances sur les stratégies qui pourraient s'avérer efficaces auprès de cette clientèle. Ensuite, elle permettra au participant de vivre des moments où il apprendra à relaxer, à être calme et à utiliser des comportements alternatifs à l'agressivité. Cette recherche lui donnera l'occasion de développer une nouvelle stratégie de régulation émotionnelle (gestion des émotions), donc de bonifier son répertoire de moyens de gestion comportemental.

IX. Participation volontaire et retrait de la participation :

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également demander de vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'étudiante de ce dernier. Votre décision de cesser votre participation à ce projet de recherche, ou de vous retirer, n'entraînera aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels le participant a droit ni sur votre relation, et celle de ce dernier, avec le chercheur responsable du projet, l'étudiante et les autres intervenants.

Avant et après chaque session réalisée dans le cadre de ce projet, l'assentiment des participants leur sera demandé afin de leur permettre de décider s'ils veulent ou non poursuivre leur participation.

X. Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

XI. Indemnité compensatoire :

Indemnité

Aucune indemnité n'est rattachée à ce projet de recherche.

Compensation

Chaque participant se verra attribuer une trousse dans laquelle le support audio de la méditation sur la plante des pieds (SoF) et les supports visuels lui étant associés y seront retrouvés. Cette trousse comportera notamment trois moyens de régulation émotionnelle supplémentaires (moyens qui auront été choisis par les participants en fonction d'une liste de moyens à cocher, émise par l'étudiante). La trousse ainsi que cette liste leur seront présentées après la dernière séance d'intervention.

Par ailleurs, chaque participant aura droit à une collation lors de cette dernière rencontre. Celle-ci aura été choisie en fonction des intérêts alimentaires de chacun d'eux, tout en tenant compte de leur plan nutritionnel, le cas échéant.

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)

Version du 2022-09-08

Page 4

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

XII. Confidentialité, conservation et utilisation des résultats :

À des fins de surveillance et de contrôle, le dossier de recherche des participants, ainsi que leurs dossiers médicaux, s'il y a lieu, pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale du CIUSSS de la Capitale-Nationale, ou par toute autre personne dûment mandatée.

De plus, à des fins d'inspection ou de constitution d'un registre, le chercheur responsable et l'étudiante conserveront le nom, la date de naissance et le numéro de téléphone de chaque participant pour la durée du projet de recherche.

Aucun dossier clinique ne sera lu ni par l'étudiante, ni par le chercheur responsable à la recherche. Seuls le nom réel, la date de naissance ainsi que le numéro de téléphone des participants seront connus par ces derniers.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants, ni à celle des éducateurs accompagnateurs-évaluateurs. Tant sur les grilles de cotations que lors de la rédaction du projet de recherche, un nom fictif sera utilisé pour chacun des participants (participant 1, 2 et 3). Par ailleurs, le nom spécifique de leur milieu de vie ne sera pas divulgué. Quant aux éducateurs accompagnateurs-évaluateurs, seules les données qu'ils auront recueillies seront reprises pour la complétion du mémoire de recherche de l'étudiante.

Les données seront d'abord conservées sous forme manuscrite (grilles de cotation). À la fin de l'expérimentation, les données seront copiées sur une clé USB, qui elle sera protégée par un mot de passe.

Pendant la collecte de données (au moment de l'expérimentation), les grilles de cotation seront conservées dans le cartable-client de chacun des participants, cartable qui se trouve dans leur résidence respective où leurs cotations s'y trouvent. Les données copiées sur la clé USB seront conservées chez l'étudiante.

Après les 18 mois suivant le dépôt final du mémoire de recherche de l'étudiante, donc le 31 mai 2024, la clé USB sera complètement détruite. La technique utilisée sera la destruction complète et physique. Cette méthode de destruction assurera que les renseignements qui y sont inscrits ne pourront être récupérés.

Dans des situations rares, il ne sera pas possible de garantir la confidentialité en raison de lois ou de codes de déontologie rendant obligatoire la communication de certains renseignements (par exemple, maladies à déclaration obligatoire, code des professions, code de déontologie des médecins, L.R.Q., c.c-26, a. 87; 2001, c. 78, a.6). Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi.

XIII. Questions sur le projet et personnes-ressources :

Si toutefois vous avez des questions concernant le projet de recherche, ou si un changement inhabituel de votre condition ou de celle du participant (blessures, effets secondaires, etc.) se produit au cours de ce dernier, veuillez communiquer avec le responsable de la recherche, monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au

Comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale
du CIUSSS de la Capitale-Nationale
(projet 2023-2580)
Version du 2022-09-08
Page 5

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale



UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

département de psychoéducation au numéro de téléphone 819 376-5011, poste 4009, Yves.Lachapelle@uqtr.ca ou avec l'étudiante au numéro de téléphone 418 683-2511 poste 2354, Angele.Labbe@uqtr.ca

Pour des questions d'ordre éthique, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche sectoriel en réadaptation et intégration sociale au bgp.recherche.ciusssnc@ssss.gouv.qc.ca. Les frais d'interurbain seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative, le cas échéant.

Pour toutes plaintes à formuler, vous pouvez vous adresser au commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de la Capitale-Nationale au numéro de téléphone 418 691-0762, commissaire.plainte.ciusssnc@ssss.gouv.qc.ca.

Déclaration de l'étudiante

Moi, Angèle Labbé, m'engage à réaliser ce projet de recherche conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent au projet, qui comporte la participation de sujets humains. Je certifie notamment avoir expliqué le contenu du présent formulaire, puis avoir répondu aux questions posées à cet égard. J'ai informé que la personne à qui s'adresse ce document, peut, à tout moment, mettre un terme à sa participation au projet de recherche. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité (utilisation de données nominatives fictives ne permettant pas d'identifier aucun tiers).

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Feuillelet d'information

Numéro de projet : 2023-2580

Les deux rôles principaux de l'éducateur pivot pour la durée totale du projet de recherche	
Accompagnateur	Évaluateur
<p>Descriptif : Vous devrez accompagner le participant lors de l'apprentissage intensif de la méditation sur la plante des pieds (<i>SoF</i>). L'étudiante dirigera l'activité d'apprentissage.</p> <p>But : S'assurer que le participant est disponible à la période d'apprentissage et le soutenir en cas de besoin.</p> <p>Durée : 30 minutes / 2 fois par jour / sur 4 jours consécutifs.</p> <p>Descriptif : Vous devrez accompagner le participant lors des périodes d'intervention quotidiennes à la méditation sur la plante des pieds (<i>SoF</i>). L'étudiante dirigera l'activité d'apprentissage.</p> <p>But : S'assurer que le participant complète l'apprentissage demandé et le soutenir en cas de besoin.</p> <p>Durée : 30 minutes / 1 fois par jour / entre 10 et 20 jours (selon le participant).</p> <p>*Le moment précis des apprentissages sera déterminé avec l'éducateur pivot de chacun des participants (matin, midi ou soir), en fonction du besoin de ce dernier.</p>	<p>Descriptif : Vous devrez réaliser les cotations d'une grille Sommaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En phase prétest pour établir le niveau de base du participant – 3 à 10 jours avant l'intervention; • En phase d'intervention – entre 10 et 20 jours; • En phase post-test – pendant deux semaines après l'intervention, mais sur 3 jours seulement. <p>*Le moment précis des prises de cotations sera déterminé avec l'éducateur responsable de l'évaluation (matin, midi ou soir), en fonction du besoin du participant.</p> <p>But : Suivre l'évolution des comportements agressifs du participant afin de constater l'effet de la méditation sur la plante des pieds (<i>SoF</i>), en observant, sur une durée de 4 heures consécutives, s'il y a présence ou non des comportements agressifs inscrits sur la grille Sommaire du participant pour qui vous êtes éducateur pivot. Cela nécessite une codification qui pourra permettre d'observer la présence ou non des comportements ciblés (X = présence / O = absence)</p>
<p>Durée totale maximale de votre participation au projet de recherche : 58 jours (peut varier entre 27 et 58 jours).</p>	



Formulaire de consentement

Numéro de projet : 2023-2580

Titre du projet : Étude mesurant l'effet de l'utilisation de la méditation sur la plante des pieds (*Soles of the Feet*) sur la diminution des comportements agressifs d'adultes présentant une déficience intellectuelle (APDI) et vivant en résidence à assistance continue (RAC) ou en unité de réadaptation intensive (URI).

Chercheur responsable du projet : Ce projet de recherche est sous la direction et la responsabilité de monsieur Yves Lachapelle (Ph.D.), professeur/chercheur au département de psychoéducation. L'étudiante de ce projet de mémoire de maîtrise en psychoéducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières est madame Angèle Labbé.

- 1) Le(la) responsable m'a informé(e) de la nature et des buts de ce projet de recherche ainsi que de son déroulement;
- 2) Le(la) responsable m'a informé(e) des risques et inconvénients associés à la participation de la personne que je représente;
- 3) Ma participation à cette étude est volontaire et je peux décider de la retirer en tout temps sans préjudice;
- 4) Les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et elles ne seront utilisées qu'aux fins scientifiques et par les partenaires identifiés au formulaire d'information;
- 5) J'ai pu poser toutes les questions voulues concernant ce projet et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- 6) Ma décision que la personne que je représente participe à cette étude ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement hôte de leurs obligations envers moi;
- 7) Je sais qu'aucune rémunération n'est rattachée à la participation de la personne que je représente;
- 8) Le(la) responsable m'a remis un exemplaire du feuillet d'information et du formulaire de consentement;
- 9) J'ai lu le présent formulaire et je consens volontairement à ce que la personne que je représente participe à cette étude;
- 10) Je désire recevoir une copie des résultats de l'étude oui non
- 11) J'accepte d'être recontacté(e) pour d'autres projets menés par les chercheurs de ce projet oui non

Nom de l'intervenant accompagnateur-évaluateur	_____	Numéro de téléphone
Signature de l'intervenant accompagnateur-évaluateur	Date	
Nom du chercheur ou de la personne témoin du consentement du participant	Date	Signature
_____	_____	_____

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec 

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

Formulaire de consentement

Numéro de projet : 2023-2580

Engagement du chercheur :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance à ses questions et j'ai vérifié la compréhension du participant. Je lui remettrai une copie datée et signée de ce document.

Nom de la personne qui a obtenu
le consentement

Signature

Date (JMA)

Appendice H

Instrument de mesure utilisé : grille de dispersion sommaire

