

*Nous vivons tous de nos relations avec le milieu.
Comment veiller à ce que les relations des personnes
avec autisme favorisent leur « mieux vivre » ?*

Une intervention clinique pour les personnes ayant de l'autisme

Apports de l'Analyse appliquée du comportement (ABA ou AAC)

Ghislain MAGEROTTE

Nous devons la reproduction de cet article à l'aimable autorisation de la revue *Sésame* ainsi qu'à celle de notre ami G. Magerotte, nous les remercions doublement.

L'ABA est souvent en cause, certains y voient « pire que TEACCH ». Ghislain Magerotte analyse pertinemment cette méthode.

Aborder l'Analyse appliquée du comportement en la focalisant sur l'intervention clinique pour les personnes ayant de l'autisme nécessite qu'on s'adresse d'abord aux premiers intéressés que sont les parents et leur enfant, ainsi que les intervenants de 1^{re} ligne qui « sont au charbon » quotidiennement, durant de longues heures, à savoir notamment les enseignants, les éducateurs spécialisés, les auxiliaires de vie scolaire et autres professionnels. Ensuite, cette problématique concerne aussi les responsables des services scolaires et non scolaires, qu'ils accueillent des enfants ou des adultes, car ils sont les garants de la qualité des interventions réalisées.

Nous présenterons d'abord le modèle ABA et les éléments du contexte qui agissent sur le comportement de la personne*, avant d'en préciser les applications possibles, en particulier en intervention précoce auprès de très jeunes enfants avec autisme. Nous aborderons ensuite brièvement la méthodologie à employer avant de tirer quelques conclusions en termes de qualité des services.

* Nous utilisons le terme « personne » pour signifier que notre texte s'applique à tous, quel que soit leur âge. Parfois, nous utilisons le terme « enfant », particulièrement lorsque nous abordons spécifiquement cet âge de la vie.

Le modèle ABA

Ainsi que l'indiquent les initiales ABA (Applied Behavior Analysis) ou AAC (Analyse appliquée du comportement), l'intervenant est avant tout préoccupé par le comportement (*Behavior*) de la personne – mais pas de n'importe quel comportement ! L'intervenant est avant tout concerné par des comportements « importants » pour la personne et/ou pour son milieu ! Ainsi, il travaillera sur des comportements favorisant son développement comme apprendre à l'enfant à sourire à sa maman, communiquer avec elle et lui parler, être propre sur la plan sphinctérien, et aussi sur des comportements dits « inadaptés », comme frapper, crier, s'automutiler.

De plus, l'intervenant s'intéresse avant tout à ces comportements dans des situations de vie concrètes considérées comme importantes par et pour la personne (Appliquée ou *Applied*) : il ne travaillera pas en laboratoire mais identifiera de façon aussi précise que possible des éléments du contexte naturel de vie qui influencent ce comportement : on parlera d'une hypothèse fonctionnelle relatant les relations fonctionnelles entre ces comportements et leur environnement concret – que nous détaillerons un peu plus loin.

Enfin, l'intervenant se préoccupera de l'analyse (*Analysis*) des relations entre le contexte et le comportement de la

personne afin de s'assurer que c'est son intervention qui a provoqué ces changements. En conséquence, il lui faudra décrire précisément les stratégies employées ainsi que leurs conditions d'application (c'est la dimension technologique – souvent mal comprise dans le milieu francophone).

Les éléments du contexte

Quels sont les éléments du contexte qui influencent le comportement et qui sont à la base de l'hypothèse fonctionnelle ?

Influencé par les conceptions de Skinner, le secteur de l'intervention a d'abord mis l'accent sur les conséquences (ou renforçateurs). Ce sont en effet les conséquences, si elles sont perçues comme « positives » (et pas nécessairement par les intervenants !), qui font que les personnes manifestent plus souvent certains comportements ou les apprennent, ou les manifestent moins souvent si elles sont perçues comme « aversives ». Ainsi, les difficultés que les personnes ayant de l'autisme ont sur le plan des relations sociales et de la communication expliquent, en partie tout au moins, l'efficacité limitée des renforçateurs sociaux que sont, par exemple, les félicitations, les sourires.

Si la démarche a d'abord concerné les conséquences, il ne faut pas oublier les antécédents, c'est-à-dire les événements qui précèdent le comportement. Ceux-ci sont de deux types. D'une part, les stimuli discriminatifs, c'est-à-dire ceux qui précèdent immédiatement le comportement et favorisent son émission. Par exemple, si je dis à un enfant « viens et montre-moi ton travail », cette consigne est un stimulus discriminatif si et seulement si l'enfant vient après avoir entendu la consigne et me montre son travail. Et on espère qu'il en sera souvent ainsi !

Mais le milieu est bien plus vaste que la consigne, ou les stimuli discriminatifs. Il comprend aussi d'autres antécédents que l'on appelle les événements contextuels ou plus simplement le contexte. Celui-ci comprend non seulement l'espace physique (les pièces d'une maison, une classe avec ses différents coins ou espaces...), l'emploi du temps ou l'horaire, les bruits, etc. mais aussi le contexte social (les personnes) et enfin le contexte sociétal (l'organisation de la cité via ses lois, règlements, habitudes...).

Prenons un exemple simple : si un enfant a mal dormi ou s'il est malade, la probabilité qu'il fasse ce que l'enseignant ou l'éducateur lui demande est incertaine, car il percevra sans doute la tâche comme au-dessus de ses forces et/ou que la conséquence n'est pas suffisamment « appétitive » ; il ne sera donc pas vraiment tenté de faire la tâche demandée. Peut-être dira-t-il qu'il est fatigué ou malade, avec l'espoir que l'intervenant le comprendra et qu'il lui permettra de se reposer ou d'aller chez le médecin. Si l'intervenant insiste, l'enfant fera sans doute aussi de la résistance par divers moyens : il se fâchera, jettera le matériel à terre, ou fera la tâche avec des erreurs... avec l'espoir d'échapper à la tâche !

De plus, la personne avec autisme a des difficultés à associer les contextes physiques particuliers à certaines tâches ou activités. Elle a des difficultés, par exemple, à associer le lieu « salle à manger » à « je mange à table », la « salle de bain » avec « je me lave » ! Il faudra donc lui préciser visuellement et de façon individualisée qu'elle est invitée à émettre certains comportements dans certains contextes, et pas dans d'autres – ce qui lui permettra de mieux « comprendre » son environnement et donc de lui donner un sens. On reconnaîtra ici le rôle de la

structuration visuelle chère au programme TEACCH (Mesibov, 1995).

De plus, ses réactions seront fonction des personnes qu'elle rencontre : à l'une, elle fera plaisir en lui montrant son travail, alors qu'une autre devra se fâcher pour voir le travail – en raison de son histoire d'apprentissage antérieure.

Enfin, la connaissance et le respect de règles de vie en société nécessiteront également un apprentissage important, basé sur une formulation claire et visuelle (du moins au début) de ces règles. L'enfant apprendra ainsi à bien se coiffer, s'habiller convenablement avant de quitter la maison et d'aller dans une famille amie.

Ces événements contextuels ont donc une influence importante sur les liens entre ces trois dimensions : les stimuli discriminatifs, les comportements de l'enfant et la valeur renforçante ou non des conséquences.

Et la personne avec autisme, que fait-elle ? En quoi son autisme influence-t-il son comportement ? En quoi ses expériences antérieures d'apprentissage modifient-elles la façon dont elle agit face aux environnements (antécédents et conséquents) ? On voit évidemment ce que fera probablement l'enfant, dans la situation évoquée plus haut : la probabilité qu'il jette son matériel par terre est sans doute plus forte – à moins qu'il n'ait appris à dire qu'il est fatigué ou malade. Et comment expliquer ce geste ? Trois éléments sont importants : À quoi fait-il attention et que perçoit-il ? Que fait-il avec cette information ? Et finalement, que fait-il ?

À quoi fait-il attention ? Que perçoit-il ? On sait par exemple qu'il est plus visuel qu'auditif, qu'il a une perception davantage centrée sur les détails, en fonction de son style d'apprentissage davantage marqué par les difficultés de cohérence centrale. A-t-il bien « compris » les mots utilisés par cet intervenant ? Et si l'enfant n'apprécie pas beaucoup cet intervenant, comment lui répondra-t-il ?

Que « pense-t-il » de cette tâche ? S'agit-il d'une tâche nouvelle ou trop difficile et il fait appel à sa mémoire : il se souvient et compare cette tâche à d'autres demandées par cet intervenant. S'agit-il aussi d'une tâche dont il ne voit pas comment il pourrait la résoudre ? Ignore-t-il les différentes étapes ? « Sait-il » qu'il a des chances de succès dans des tâches du même type ? Son expérience de l'échec le fait-il hésiter davantage avant d'agir ? De plus, comment peut-il planifier les activités à entreprendre ? On évoque en effet un déficit des fonctions exécutives.

Et que fait-il finalement ? Si l'intervenant perçoit l'embarras de l'enfant, il pourra lui apprendre à montrer une carte sur laquelle il est indiqué (par une image ou un dessin ou un mot) qu'il est fatigué ou malade, en utilisant la guidance manuelle, un geste ou un mot, selon les compétences de l'enfant... et il le renforcera à l'aide aussi de renforçateurs appropriés à son niveau.

En d'autres mots, le comportement de la personne sera fonction non seulement des stimuli discriminatifs mais aussi des événements contextuels plus distants et des conséquences qu'elle recevra. Et il nous faudra donc aussi analyser son « fonctionnement », sa façon d'apprendre – ce qu'on appelle son style d'apprentissage ou de développement.

Et une fois cette analyse faite, l'intervenant clinicien posera une hypothèse sur la façon dont cette personne

apprend dans son milieu et individualisera la démarche d'intervention. D'où la nécessaire individualisation inhérente au processus de l'ABA. Il nous faut donc organiser l'environnement (le contexte) : les antécédents (espace, temps, ce que l'intervenant dit et fait) et les conséquences (renforceurs, « récompenses »), et ce en fonction des caractéristiques de chaque personne (ce qu'elle perçoit, ce qu'elle « pense » et ce qu'elle fait), et accompagner ce qu'elle fait par une aide (sous forme de guidance manuelle, incitations, etc.).

Remarquons que la personne n'est pas que réactive ; elle est aussi « active », en ce sens que les stimuli en présence desquels elle (ré)agit, elle les « choisit » d'une certaine façon, en fonction de son expérience passée.

Il est à noter que nous, en tant qu'intervenants, obéissons aux mêmes règles.

Dans quels contextes et pour quels comportements peut-on appliquer la démarche ABA ?

Ainsi que nous l'avons indiqué, l'intervention éducative ABA ne concerne pas que les enfants ; elle concerne aussi les adolescents et les adultes, d'où l'insistance que nous mettons sur la démarche clinique de formation (on ne parle plus d'« éducation » pour les adultes mais plutôt de « formation »). De plus, elle s'applique dans de nombreux contextes, en fait tous les contextes importants pour la personne avec autisme, quel que soit son degré d'autisme, de handicap, son âge, etc. : la famille, l'école, les loisirs, la rue, le travail, le domicile.

D'autre part, on se focalise d'abord sur les comportements « positifs », c'est-à-dire tous les comportements que l'on apprend et qui permettent à la personne de s'adapter, de créer... Malheureusement, nous ne disposons pas de règles précises pour choisir les comportements à lui apprendre. Pour les enfants, en particulier pour les très jeunes enfants, on peut se référer aux grilles de développement, qui identifient les comportements par domaines (développement psycho-moteur et moteur, autonomie, relations sociales, communication, etc.). D'autre part, plusieurs programmes existent en langue anglaise, et l'un vient d'être traduit en français (Maurice, 2006 – le récent ouvrage de Lovaas (2002) est en cours de traduction). Pour les adolescents et adultes, si l'intérêt pour les grilles de développement est moindre, mentionnons cependant l'intérêt de l'EFI utilisé pour la mise au point d'une intervention (Willaye, Deprez, Descamps, Ninforge, 2005). De plus, l'information doit être complétée par les inventaires de compétences significatives pour les adultes (voir par exemple la grille de style de vie des résultats valorisés comme dans le VOIS – Romer & Schelsinger, 1989).

On notera aussi l'intérêt particulier pour les comportements-pivots, c'est-à-dire les comportements qui s'ils sont appris, facilitent l'acquisition d'autres comportements. C'est par exemple le cas des comportements comme imiter, porter de l'attention conjointe et bien percevoir les multiples stimulations sociales et environnementales (Koegel et Koegel, 2006).

Quant aux troubles du comportement, ils sont également l'objet de nos préoccupations, pas essentiellement pour les diminuer ou les faire disparaître mais plutôt pour apprendre aux personnes les comportements « positifs » qui rendront inutiles les troubles du comportement. Dans ce cas, on se focalise sur les comportements à apprendre remplissant les fonctions des troubles du

comportement. C'est ce qu'on appelle le « soutien positif au comportement » (Willaye et Magerotte, 2003).

Un exemple : l'intervention précoce en autisme

Si l'on parle de plus en plus d'intervention précoce en autisme, et en particulier d'une intervention intensive basée sur le modèle ABA, les premiers travaux datent cependant des années 1960. En effet, en 1964, une première publication de Wolf, Risley & Mees (in Magerotte, 1984), présentait une intervention précoce intensive chez un très jeune enfant, Dicky, de 3 ans, ayant de l'autisme et à qui il fallait apprendre à porter ses lunettes, à être propre, etc. Et en 1967, Wolf, Risley, Johnson, Harris et Allen concluaient : « Après 3 années d'application intensive des techniques de modification du comportement opérant, Dicky est passé d'une situation "sans espoir" à celle d'un élève dans une école publique. Peut-être grâce aux efforts continus de ses parents et du professeur, il pourra devenir un "citoyen productif". » (p. 111).

Ce sont les travaux de Lovaas et de ses collaborateurs qui ont réactivé cet intérêt en 1987 et les recherches se sont multipliées depuis (voir pour une synthèse Magerotte et Rogé, 2004). Nous résumerons la situation en deux points.

Tout d'abord, le modèle ABA ne se résume pas à l'approche des « essais distincts » (*discrete trials*) de Lovaas, mais comprend également la structuration visuelle de l'environnement du programme TEACCH (pour que la personne identifie exactement ce qu'elle devrait faire dans les différents lieux, temps, activités), l'enseignement incident ou dans le milieu (il faut organiser et tirer profit de l'environnement « naturel » de la personne pour susciter son initiative et améliorer son comportement, suite à une réaction « naturelle » des intervenants), la stratégie des routines (surtout utilisée pour les chaînes de comportements et consistant en une diminution de l'aide apportée aux différentes étapes, avec une insistance sur les indices « naturels » amenant la personne à démarrer ses comportements et les conséquences « naturelles » – et une attention particulière aux comportements de communication émis naturellement à différents moments de la « routine ») et enfin, le soutien positif au comportement (évoqué plus haut).

D'autre part, si l'efficacité est prouvée par de nombreuses recherches, tout n'est pas résolu pour autant. Si certains évoluent remarquablement bien et peuvent fréquenter un enseignement ordinaire, d'autres ont toujours besoin d'un soutien important et spécialisé (cela ne veut pas dire qu'ils doivent être accueillis dans une structure réservée uniquement à ces enfants ! « spécialisé » ne veut pas dire « à part » ou ségrégué !). Les procédures de « choix » des échantillons (expérimental et contrôle) sont-elles en cause ? Quel est le lien avec le retard intellectuel, qui caractérise beaucoup de ces enfants ? Quant à l'intervention proposée et mise en place (nombre d'heures, stratégies utilisées, importance du travail en famille, etc.), est-elle appliquée selon un protocole bien défini et respecté – surtout si elle est appliquée dans un service « communautaire » qui n'a pas de préoccupation de recherche ? Quelle comparaison peut-on faire si elle est appliquée en famille essentiellement du moins au début, ou essentiellement dans un centre, avec une implication beaucoup moindre de la famille, ou si on met en place des interventions obéissant à des théories différentes ? (Voir Magerotte, 2002)

Comment appliquer la démarche ABA

Rappelons d'abord que dans ce domaine de l'ABA et en élargissant la notion de validité sociale, il nous faut d'abord insister sur les valeurs qui caractérisent notre approche et qui peuvent être « résumées » en une phrase : la personne avec autisme doit pouvoir vivre parmi nous et participer à la vie de sa communauté (sa famille, le voisinage, son école, son quartier, etc.).

De plus, l'ABA implique d'utiliser une démarche expérimentale. Elle consiste d'abord à procéder à une observation de départ, afin de fixer des objectifs d'intervention. Vais-je lui apprendre à me regarder dans les yeux, me sourire, parler, etc. ? Ensuite, l'intervenant doit faire une hypothèse sur les éléments du contexte favorables à son acquisition (antécédents et conséquences), tenant compte de l'individualité de la personne et de sa situation. Cette hypothèse débouche sur le choix de stratégies et leur application, et finalement sur une évaluation. La situation la plus simple consiste à évaluer les comportements de la personne avant d'intervenir et pendant l'intervention et ainsi à s'assurer que la personne fait des progrès (c'est ce qu'on appelle le modèle « ligne de base et intervention » ou A-B ! À ne pas confondre avec ABA !). Si l'on veut de plus vérifier que les progrès sont bien dus à cette intervention, on utilise alors des stratégies de vérification de la causalité dites à cas unique (voir Magerotte, 1984). Cela veut dire que toute intervention ABA s'évalue.

Ce que l'ABA n'est pas

Arrivé au terme de cette brève présentation de l'ABA, résumons quelques incompréhensions de cette démarche. Elle ne forme pas des « robots » mais s'efforce de développer la spontanéité et de contrecarrer la dépendance de la personne de nos incitations et de notre soutien via l'association de différentes stratégies (notamment l'enseignement incident et la pédagogie des routines). De plus, elle est hautement individualisée. Elle met également l'accent sur la généralisation des progrès en associant les divers milieux (famille, école, etc.) et en variant les antécédents. Enfin, elle ne peut être assimilée à ce que certains appellent « la carotte et le bâton ». Au contraire, elle favorise l'acquisition de comportements « positifs » plutôt que l'utilisation des conséquences aversives et se focalise sur les progrès des personnes au sein de leur environnement et de la communauté.

En conclusion

Tout le monde parle de multidisciplinarité et on peut se demander quelle est la place de l'approche ABA parmi les autres démarches. Certains considèrent que l'autisme est une maladie ; d'autres que c'est un trouble du développement ; d'autres qu'il s'agit d'un handicap ; d'autres encore utilisent un modèle social centré sur la

participation de la personne avec autisme à la vie de sa communauté. D'autres enfin évoquent encore l'origine neurodéveloppementale et génétique de l'autisme. Nous dirons simplement que l'intervention ABA se combine bien avec les approches centrées sur la participation, le développement et le handicap, et qu'avant tout c'est une approche qui se focalise sur les progrès des personnes, tout en tenant compte des contraintes génétiques et neurodéveloppementales. Remarquons cependant que si l'intervenant est conscient des contraintes génétiques et neurophysiologiques, sa connaissance actuelle des liens entre ces contraintes et le développement comportemental de la personne ne lui permet pas de mettre au point des programmes d'intervention qui tiennent fondamentalement compte de ces contraintes.

Aussi, faut-il s'orienter vers une approche transdisciplinaire, qui dépasse les disciplines et détermine ses actions en fonction non de la discipline mais en fonction des chances concrètes de progrès de développement des personnes, établies avec tous les partenaires, y compris la personne avec autisme et ses parents. Ce qui veut dire aussi qu'il faut encourager l'accès des parents aux établissements et aux services – car les parents sont les premiers éducateurs de leur enfant, et souvent aussi leurs seuls éducateurs permanents. De plus, il faut développer les capacités de choix et de décision de la personne avec autisme, et ensuite favoriser son autodétermination, afin qu'elle ne devienne pas une personne « à part » mais une personne « à part entière » !

De plus, le modèle ABA est particulièrement important pour les intervenants de première ligne. C'est qu'en effet, confrontés aux défis quotidiens que leur pose la personne avec autisme, ils ont parfois – souvent ? – l'impression de « réinventer la roue », alors qu'il existe des « bonnes pratiques » déjà validées dans de nombreux domaines, mais qui sont encore trop inconnues de ces praticiens (voir par exemple la Banque de programmes éducatifs en cours de révision à l'UMH et les efforts du réseau Lucioles pour la diffusion de ces pratiques).

Enfin, les responsables des services, qu'ils soient scolaires ou non scolaires, qu'ils accueillent des enfants, des adolescents ou des adultes avec autisme, doivent aussi s'assurer de la qualité des services qu'ils dispensent, en termes du projet de service (fait-il état de l'emploi de stratégies validées par la recherche) et en termes de formation continue des équipes.

*Ghislain MAGEROTTE
Département d'Orthopédagogie
Service universitaire spécialisé pour personnes avec autisme
Université de Mons-Hainaut (Mons, Belgique)*

Bibliographie page suivante

Bibliographie

Nous ne reprenons ci-dessous que quelques références importantes en langue française. Des références plus complètes, notamment en langue anglaise, peuvent être trouvées dans plusieurs textes, notamment Magerotte (2002), Magerotte et Rogé (2004), Maurice (2006), Montreuil et Magerotte (1994). On consultera également le numéro 3 du volume 26 de la *Revue québécoise de psychologie* (2005) consacré entièrement aux troubles envahissants du développement. Nous avons ajouté quelques références en anglais concernant des travaux cités dans le texte.

Crimmins, D.B. (2000). La qualité de vie pour les personnes présentant des troubles du comportement. Dans D. Goode, G. Magerotte & R. Leblanc (Eds.). *La qualité de vie pour les personnes présentant un handicap* (p. 293-305). Bruxelles : De Boeck-Université.

Koegel, R.L. & Koegel, L.K. (2006). *Pivotal Response Treatments for Autism*. Baltimore : Brookes.

Lovaas (2002), *Teaching individuals with developmental delays. Basic intervention techniques*. Austin, Texas : Pro-Ed.

Magerotte, G. (1984). *Manuel d'éducation comportementale clinique*. Liège, Bruxelles : Mardaga.

Magerotte, G. (2001). « L'Applied Behavior Analysis. L'analyse appliquée du comportement en intervention précoce en autisme ». *Les cahiers pratiques d'ANAE (Approche neuropsychologique des apprentissages de l'enfant)*, n° 2, 20-23.

Magerotte, G. (2005). « Les Bonnes Pratiques : recommandations à partir de la recherche. Les bonnes pratiques d'intervention psycho-éducatives ». In Berthoz, A., Andres, C., Barthélémy, C., Massion, J. & Rogé, B. (Ed.). *L'autisme. De la recherche à la pratique*. Paris : Odile Jacob.

Magerotte, G. (2002). « Développement précoce et qualité de vie de la famille ». *Enfance*, 54 (1), 31-39.

Mesibov, G. (1995). *Autisme : le défi du programme TEACCH*. Paris : Pro Aid Autisme.

Montreuil, N. & Magerotte, G. (1994). *Pratique de l'intervention individualisée*. Bruxelles : De Boeck.

Magerotte, G. & Rogé, B. (2004). « Intervention précoce en autisme : un défi pour les praticiens ». *L'évolution psychiatrique*, 69, 579-588.

Magerotte, G., Houchard, V. & Deprez, M., (1995). Approche éducative des troubles du comportement : de l'analyse à l'intervention. In C. Philip (Ed.), *Educautisme : Les connaissances actuelles sur l'autisme et leurs implications éducatives et pédagogiques* (p. 47-60). Suresnes : Éditions du Centre national de Suresnes.

Maurice, C., Green, G. & Luce, S.C. (2006). *Intervention comportementale auprès de jeunes enfants autistes*. Montréal : les Éditions de la Chenelière. Diffusion par De Boeck-Université.

Romer, M. & Schelsinger, D. (1989). *Vers une option d'intégration systémique (VOIS)*. Eugène, University of Oregon. (Traduction de Valued Outcomes Information System (VOIS), 1988, par l'Institut québécois de la déficience mentale).

Willaye, E. et Magerotte, G. (2003). « L'évaluation fonctionnelle ». In J.M. Tassé et D. Morin. *La déficience intellectuelle* (p. 243-264). Boucherville (Québec) : Gaëtan Morin.

Willaye, E., Deprez, M., Descamps, M., Ninforge, C. (2005) *Évaluation des compétences fonctionnelles pour l'intervention auprès de adolescents et adultes ayant de l'autisme et/ou un handicap mental sévère*. AFD Ed.

Wolf, M.M., Risley, T.R. & Mees, H. (1964). « Application of operant conditioning procedures to the behaviour of an autistic child ». *Behav. Res. & Therapy*, 1, 305-312.

Wolf, M., Risley, T., Johnston, M., Harris, F. & Allen, E., (1967). « Application of operant conditioning procedures to the behaviour of an autistic child: a follow-up and extension ». *Behav. Res. & Therapy*, 5, 103-111.