

L'alliance développementale : une démarche essentielle dans le cadre d'une intervention comportementale clinique en autisme

G. MAGEROTTE

Professeur émérite, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université de Mons, avenue Paul Delvaux, 8/201, B-1340 Ottignies, Belgique. Email : ghislain.magerotte@umons.ac.be

RÉSUMÉ : L'alliance développementale : une démarche essentielle dans le cadre d'une intervention comportementale clinique en autisme

Pour qu'une intervention atteigne les objectifs fixés de commun accord entre l'enfant en situation de handicap et tous les intervenants dans le cadre d'un projet individualisé², elle doit s'inscrire dans une relation empreinte d'un esprit de collaboration et de complicité entre ces partenaires. Une telle alliance est rendue plus difficile en autisme, en raison de ses caractéristiques propres. De plus, une attention particulière doit être accordée à cette alliance dans le cadre d'une intervention comportementale ABA. Après avoir détaillé le concept d'alliance développementale dans le domaine de l'autisme, en lieu et place du concept d'alliance thérapeutique, nous présentons la méthodologie de cette alliance et discuterons les conditions d'établissement de cette alliance chez un enfant avec autisme, ainsi que de son suivi tout au long de la vie.

Mots clés : *Autisme – Alliance développementale – Intervention comportementale.*

SUMMARY: Developmental alliance: a necessary step in a clinical behavioral intervention in autism

In order to reach the objectives commonly fixed between the child with a handicap and all the professionals¹ in an individualized programme, the intervention needs to be in a full collaboration and complicity between all the partner. Establishing such an "alliance" is more difficult in autism, due to its specific characteristics. More a special attention has to be provided in an behavioral intervention ABA. We'll discuss the concept of "developmental alliance" as a replacement of the "therapeutic alliance" and present the methodology of this alliance, the ways to establish this alliance with a child with autism and its follow-up during the whole life.

Key words: *Autism – Developmental alliance – Behavioral intervention.*

RESUMEN: Alianza para el desarrollo: un enfoque esencial en la intervención clínica conductual en el autismo

Para que una intervención pueda alcanzar los objetivos fijados de mutuo acuerdo entre el niño con discapacidad y todos los participantes dentro de un proyecto individualizado¹, debe ser parte de una relación basada en un espíritu de colaboración y complicitad entre ellos. Tal alianza se hace más difícil en el autismo debido a sus propias características. Además, se debe prestar especial atención a esta alianza en el marco de una intervención conductual ABA. Después de haber detallado el concepto de alianza de desarrollo en el campo del autismo, en lugar del concepto de alianza terapéutica, presentamos la metodología de esta alianza y discutimos las condiciones para establecer esta alianza en un niño con autismo, así como su seguimiento a lo largo de la vida.

Palabras clave: *Autismo – Alianza para el desarrollo – Intervención conductual.*

¹ Nous avons retenu la formulation « projet individualisé » car les formules utilisées par les différentes administrations et/ou Ministères varient. À titre d'exemple, la HAS et l'ANESM ont opté pour le « Projet Personnalisé d'Intervention » (PPI). L'enseignement dans la Fédération Wallonie-Bruxelles a opté pour le Projet Individuel d'Apprentissage (PIA). D'autres utilisent le PEI (*Projet Educatif Individualisé*), PIA 'Projet Individualisé d'Accompagnement, etc.

Pour citer cet article : MAGEROTTE, G. (2019). L'alliance développementale : une démarche essentielle dans le cadre d'une intervention comportementale clinique en autisme. *A.N.A.E.*, 162, 647-653.

INTRODUCTION

Dans toute intervention visant à assurer le développement optimal d'un enfant en situation de handicap ou non² ou ayant de l'autisme en particulier, le rôle assuré par l'intervenant est essentiel, qu'il soit parent, enseignant, éducateur, psychologue, médecin, assistant social ou tout professionnel concerné, travaillant dans le secteur éducatif, social, de santé, des loisirs ou autre. Si ce texte concerne particulièrement l'autisme, c'est en raison, d'une part, de l'investissement majeur qu'ont fait les parents depuis les années 80 pour le développement d'une approche éducative et de la promotion des bonnes pratiques en autisme, en particulier de l'approche éducative, comportementale et développementale (HAS et ANESM, 2012). D'autre part, le mouvement de plus en plus pressant en faveur de la scolarisation des enfants avec autisme met aussi en avant la nécessité de considérer cette scolarisation comme une expérience qui favorisera le développement de cet élève dans une atmosphère aussi positive que possible. Aussi, à titre d'exemple, dès qu'il entre à l'école puis dans sa classe, l'élève avec autisme non seulement aborde sa journée de classe dans un esprit heureux, vu l'ambiance créée par l'équipe éducative. Ensuite il comprend bien ce qu'il devrait apprendre au cours de sa journée de classe et y acquiert les compétences qui lui permettront de grandir. Dès lors, une des conditions importantes pour un développement harmonieux de l'élève est la capacité de l'intervenant à se faire apprécier par lui, tant pour ses compétences pédagogiques que pour son enthousiasme à enseigner. En effet, sans estime réciproque entre les deux partenaires, la relation pédagogique risque de poser des problèmes. De même, les interventions à réaliser avec les adultes avec autisme, reconnues récemment via les recommandations de la HAS (2017), doivent aussi prendre en compte la façon dont les intervenants approcheront cet adulte avec sympathie afin de lui permettre d'évoluer lui aussi tout au long de sa vie d'adulte. En conclusion, si ces partenaires ne s'estiment pas, la relation développementale risque de ne pas déboucher sur un progrès apprécié par la personne et une satisfaction de l'intervenant. Nous nous focaliserons dans ce texte sur la nature de l'implication de l'intervenant professionnel se réclamant de l'ABA, qui se traduit par une alliance entre l'enfant, ses parents et le(s) professionnel(s) concernés, quel que soit le milieu d'intervention, tout en tenant compte de l'évolution actuelle vers des services de proximité (Groupe européen d'experts sur la transition des soins en institution vers les soins de proximité, 2012).

Nous détaillons d'abord le concept d'alliance développementale dans le domaine de l'autisme. Nous abordons

² Si ce texte se focalise sur l'autisme chez l'enfant, c'est essentiellement parce qu'il est caractérisé essentiellement par des difficultés de relations et de communication sociales, le premier critère de l'autisme. Mais la nécessité d'une alliance enfant-intervenant est essentielle dans toute intervention qui concerne non seulement les autres personnes en situation de handicap, quel que soit d'ailleurs leur âge, mais aussi toute relation éducative et développementale. Il concerne aussi les enfants ayant d'autres difficultés ou handicaps, et même les enfants sans problèmes majeurs.

ensuite la méthodologie de cette alliance, avant de discuter des conditions de démarrage de cette alliance, chez un enfant avec autisme bénéficiant d'une intervention comportementale ABA, ainsi que son suivi tout au long de la vie.

QUE SIGNIFIE L'ALLIANCE DÉVELOPPEMENTALE ?

Avant d'aborder davantage cette alliance, rappelons brièvement quelques aspects de l'alliance thérapeutique étudiée dans le cadre des psychothérapies. Ainsi, Cungi (*in* Holzer, 2014) insiste sur les trois composantes de cette alliance que sont, d'une part, le lien entre le patient et le thérapeute, ensuite l'accord sur les buts de la thérapie et, enfin, l'accord concernant les tâches à effectuer lors de la thérapie. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'intervention pour les personnes en situation de handicap, et en particulier d'autisme, parce qu'elle suppose une alliance entre plusieurs partenaires : l'enfant, sa famille et les professionnels concernés ? De plus, l'essentiel visé n'est pas la guérison mais bien le développement de la personne tout au long de sa vie. En effet, le handicap s'inscrit nécessairement dans la durée et un développement reste toujours possible. Dès lors, nous privilégions la notion d'alliance développementale.

De plus, plusieurs variables importantes affectant cette alliance sont liées à la personne (par exemple, la gravité de ses difficultés, les types de handicap et la qualité de l'attachement) et à l'intervenant (ses compétences de communication, son empathie, son ouverture, sa personnalité, son expérience et sa formation).

Dès lors, pour que toute intervention soit couronnée de succès, elle suppose d'abord un climat basé sur l'estime entre les partenaires, l'empathie et la chaleur humaine qu'entretiennent entre eux l'enfant, ses parents et l'intervenant. Si, au départ, tout intervenant part du présupposé que cette appréciation réciproque va de soi, que l'enfant, les parents et l'intervenant s'apprécient mutuellement dans le quotidien et que chacun est disponible pour l'autre, il n'en est pas toujours ainsi. En effet, certains intervenants font faire des progrès à certains enfants mais ont des difficultés avec d'autres. Dans certains cas, on pourrait dire que la raison est une des caractéristiques particulières de l'intervenant. Par exemple, « *l'intervenant est trop 'froid', pas assez souriant* » ; « *il ne parle pas d'une façon que l'enfant comprend ; il n'utilise pas les bons mots ou il parle trop vite* » ou encore « *l'intervenant n'aime pas ou n'est pas fait pour ce travail* ». Il importera donc de s'interroger sur le style d'intervention et de communication adopté par l'intervenant. Dans d'autres situations, c'est l'enfant qui est considéré comme posant problème : « *il ne m'écoute pas* » ; « *il est trop distrait et ne fait pas attention à ce que je lui dis* » ; « *parfois, il ne me comprend pas* » ; « *il a de gros problèmes de comportement et ne supporte pas ma présence, mon autorité* » « *il ne fait pas ce que je lui demande ; il s'oppose* ».

Ce rôle d'intervenant professionnel requiert donc une alliance entre les partenaires concernés. Cette alliance peut aussi impliquer d'autres personnes, comme les membres de la grande famille, plaçant donc cette problématique dans une perspective systémique et déboucher sur une alliance partagée.

En conclusion, si habituellement, l'accent est mis sur le lien enfant-intervenant caractérisé par de l'empathie, de la chaleur humaine, la confiance mutuelle entre les partenaires, ainsi que les aspects émotionnels liés à cette interaction, deux autres éléments sont également considérés comme essentiels : d'abord, un accord sur les buts et objectifs à poursuivre par chacun des partenaires et ensuite une parfaite entente sur les tâches à entreprendre et une collaboration active des professionnels, de l'entourage et de l'enfant lui-même. Nous y viendrons ci-après lorsque nous aborderons les moyens concrets de développer cette alliance développementale.

COMMENT DÉVELOPPER UNE ALLIANCE ENTRE L'ENFANT AVEC AUTISME, SES PARENTS ET SES PARTENAIRES PROFESSIONNELS TOUT AU LONG DE LA VIE, DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION ÉDUCATIVO-COMPORTEMENTALE ABA

Dans le modèle d'intervention comportementale ABA, le but final est que chaque enfant se débrouille bien et apprenne bien en présence des événements ou stimuli des environnements dans lesquels il vit et y agisse d'une façon qui soit positive et agréable pour lui et aussi pour les environnements. Formulé en termes plus techniques, l'enfant doit bien percevoir les stimuli discriminatifs que lui envoient les environnements ainsi que les événements contextuels qui vont influencer la suite des échanges enfant-environnement. Ensuite, il doit s'y comporter d'une façon adaptative, c'est-à-dire qu'il adopte des comportements qui conviennent au contexte antécédent (qui précède le comportement) et conséquent (qui suit le comportement et que l'on peut appeler le milieu renforçant). Cette dimension adaptative signifie aussi que les comportements acquis représentent un progrès apprécié par cet enfant avec autisme. Comment dès lors en arriver à cette alliance, dans une intervention ABA, particulièrement lorsqu'elle concerne un enfant avec autisme ? Ce problème se pose aussi avec les parents, qui doivent être partenaires dans cette alliance, surtout si l'enfant a un autisme sévère et a des difficultés considérables de communication réciproque.

La mise en place d'une telle alliance commence par l'établissement d'un diagnostic aussi précoce que possible dès l'apparition des premiers signes d'inquiétude par les parents, et ce dans une perspective *family friendly*, associant intimement à ce processus non seulement l'enfant mais aussi les parents et les professionnels éventuellement déjà concernés. Ensuite, elle se prolonge lors de l'établissement du projet individualisé suite au diagnostic établi

et enfin, lors de la réalisation des interventions proposées. Voyons d'abord comment cette alliance se met en place lors de l'évaluation diagnostique.

ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE, PREMIÈRE DÉMARCHE POUR UNE ALLIANCE DÉVELOPPEMENTALE

Cette alliance reconnaît d'abord les parents comme experts au quotidien de leur enfant. Elle débute par une préparation des parents à l'évaluation et particulièrement par une clarification très attentive des attentes des parents, via une première rencontre et/ou un questionnaire. Ensuite elle nécessite la participation des parents à l'évaluation de leur enfant, via la vidéo ou un miroir sans tain, accompagnée par un second professionnel. Cette participation à l'évaluation permet un échange sur quelques situations concrètes vécues par les parents à l'occasion des réponses de l'enfant aux exercices proposés par l'évaluateur. Elle se conclut par des modalités orales et écrites de communication avec l'enfant et les parents (pour une présentation plus détaillée, voir Magerotte, 2017). L'établissement du diagnostic débouche habituellement sur l'élaboration du projet individualisé en fonction des points faibles mais aussi des forces de l'enfant ainsi que des attentes et des forces de l'environnement familial, qui accompagnera l'enfant tout au long de sa vie.

MISE AU POINT DU PROJET INDIVIDUALISÉ DANS LA PERSPECTIVE D'UNE ALLIANCE AVEC L'ENFANT ET SES PARENTS

Ce que tu fais pour moi, si tu le fais sans moi, tu le fais contre moi (AFSR, 2004, p. 268)³. Tel est sans doute le leitmotiv qui doit animer les intervenants lorsqu'ils envisagent les objectifs à viser pour l'enfant, les stratégies à mettre en place et les responsabilités des divers intervenants, professionnels ou non. Cela se fait via le projet individualisé (PI), reconnu dans divers pays et administrations, mais sous des dénominations différentes (PIA, PPI, PAI, etc.) comme la base des actions d'intervention. Cet aspect reste très délicat dans beaucoup de services, surtout lorsque l'enfant présente un autisme sévère, ne parle pas ou a des difficultés pour s'exprimer, particulièrement en l'absence d'outils de communication alternatifs.

Soulignons ici le rôle essentiel du coordonnateur ou intervenant pivot qui intervient à toutes les étapes de la mise au point du PI, tant dans sa préparation, la prise de décision et son suivi. Il associe d'abord l'enfant et sa famille à l'évaluation concrète de ses besoins, qu'il recueille de diverses façons : en rencontrant l'enfant et la famille, par des questionnaires, en synthétisant les informations recueillies

³ Selon un proverbe marocain trouvé dans Association Française du Syndrome de Rett (2004). Le syndrome de Rett, une maladie génétique. Laroque des Albères : AFSR.

auprès de tous les partenaires, éventuellement en sollicitant quelques évaluations supplémentaires, le tout dans une parfaite entente avec l'enfant/famille. Le processus de décision se fait dans des contextes différents en fonction des pays et des administrations. Ainsi, dans le domaine de l'enseignement spécialisé en Fédération Wallonie-Bruxelles, la décision est prise par le conseil de classe. Dans les services dépendant de l'action sociale (en France), les décisions se prennent dans le cadre des réunions d'équipe. Après la décision, chaque professionnel concerné et chaque intervenant non professionnel met l'activité envisagée au programme de l'enfant et à son propre programme. Une attention particulière doit être accordée à la cohérence du programme d'interventions assurées par une équipe et garantie par l'action du coordinateur. À tout le moins, l'essentiel doit être de s'assurer que les pratiques mises en place ne se traduisent pas par des désaccords fondamentaux (Magerotte, 2017 ; Magerotte, 2018).

Cependant, les pratiques concrètes mises en place dans la mise au point de ce PI indiquent que la participation au processus de décision des premiers concernés que sont l'enfant et ses parents est limitée, car habituellement, les décisions se prennent en leur absence – ce qui ne garantit pas une bonne alliance !

De plus, c'est en principe lors de cette réunion de décision que l'on fait référence à l'efficacité des pratiques telle qu'assurée par la recherche (Magerotte, 2009 ; en France par la HAS et ANESM, 2012, 2017) ainsi qu'à leur efficacité lors de leur mise en place dans les services en dehors d'une préoccupation de recherche.

Cette préoccupation de l'efficacité préoccupe en effet modestement les pouvoirs publics qui interviennent dans le financement des pratiques mises en œuvre dans les services : ils sont ainsi d'une certaine façon des partenaires de l'alliance développementale, tant au niveau de la formation initiale et continue des professionnels que de l'évaluation de l'efficacité de ces pratiques. Il s'agit en particulier d'une forme d'alliance avec la société.

En conclusion, si cette alliance développementale partagée entre tous les partenaires se forge au travers de la collaboration lors de l'étape du diagnostic et de la mise au point du plan d'intervention, elle se traduit aussi par un consensus communicatif respectueux et l'emploi des pratiques validées par la recherche.

COMMENT DÉMARRER CETTE ALLIANCE DANS LE CADRE D'UNE INTERVENTION COMPORTEMENTALE ADAPTÉE À L'ENFANT AVEC AUTISME

Au début de l'intervention, il importe de se focaliser sur l'alliance avec la personne plutôt que les stratégies d'intervention elles-mêmes. L'intervenant demande l'avis de la personne sur cette alliance par des moyens appropriés

et adopte une attitude très ouverte et souple, par exemple en adoptant les façons de s'exprimer de la personne en vue d'établir un lien fort avec elle. Lorsque l'intervenant s'engage dans une intervention avec un enfant avec autisme, il se heurte de plus à une difficulté majeure en lien avec ses caractéristiques autistiques. En effet, le DSM-V retient deux caractéristiques qui entravent le démarrage de ce processus d'alliance, à savoir les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observées dans des contextes variés ainsi qu'un caractère restreint et répétitif des comportements, intérêts ou des activités. Il importe donc de tenir compte de ces caractéristiques et de leur influence sur les comportements de l'enfant dans la perspective d'établir cette alliance. Elle se traduira par une action au niveau des conséquences et des antécédents en tenant compte des caractéristiques de l'autisme. De plus, une attention sera aussi portée au rôle de l'imitation de l'enfant comme facilitateur initial d'une alliance, dans le cadre d'une méthodologie que l'on pourrait qualifier de bienveillante !

De plus, cette intervention nécessite la participation des parents, en particulier pour la généralisation et le maintien des acquis et un investissement des parents, dans le respect de leur style éducatif et des exigences et contraintes familiales, surtout si l'enfant est jeune et a des difficultés de communication réciproque et d'interaction sociale.

COMMENT ÉTABLIR CETTE ALLIANCE EN ORGANISANT LES CONSÉQUENCES

Bijou et Reed (1975) avaient déjà fait état de l'intérêt de la relation émotionnelle entre l'intervenant et l'enfant. À cette fin, il utilise l'approbation, les félicitations et l'attention comme renforçateurs sociaux afin de faire de l'intervenant un agent social de renforcement. Mais il s'agit d'une difficulté particulière dans le domaine de l'autisme. Aussi, deux stratégies d'intervention ayant un lien principal avec les conséquences sont proposées. Il s'agit du *pairing* ou de l'association entre deux stimuli, un stimulus plaisant et un stimulus neutre (voir le site www.aba-sd.info de Bourgeuil). C'est « par ce processus que l'on peut lier une relation de confiance avec un enfant, relation qui permet ensuite d'enseigner de nombreuses compétences qui lui seront utiles ensuite (...). À ce moment, l'objectif est que la personne, qui a priori n'est pas très intéressante pour l'enfant, devienne intéressante, qu'elle devienne un renforçateur (...) ». Bourgeuil présente plusieurs techniques pour que l'intervenant devienne un renforçateur, comme « mettre sous clé ou en hauteur ce qui intéresse l'enfant, afin qu'il soit obligé de passer par l'intervenant pour obtenir ses renforçateurs. Lorsque l'enfant est engagé dans des activités, même d'autostimulation, il importe de s'insérer dans ses jeux, pour les rendre encore plus intéressants ; ou encore, ne pas parler, ou alors juste pour féliciter, ou encore ne pas donner de consignes ou alors s'il accepte, juste pour lui donner des renforçateurs (ex : « Tiens, prends la toupie ») ; enfin, s'approcher régulièrement de lui avec quelque chose de sympathique, lui donner, sans rien dire, et s'en aller ».

En d'autres mots, il est essentiel qu'au tout début de ses contacts avec l'enfant, l'intervenant développe une relation positive, agréable avec cet enfant, basée sur la confiance et l'intérêt réciproque, et prioritairement sur les intérêts de l'enfant. À titre d'illustration, cette relation de *pairing* sera établie quand l'élève entrera en classe avec plaisir, saluera l'enseignant et se rendra à son bureau avec plaisir.

D'autre part, cette approche rejoint le contrôle instructionnel de Schramm (sd.) qui présente sept stratégies dans la situation de l'autisme et à l'intention expresse des parents. Nous retenons les quatre stratégies en rapport direct avec la relation enfant-intervenant. 1) *Montrez à votre enfant que c'est en passant par vous qu'il aura accès aux choses, activités qu'il aime, en somme ses renforçateurs. Identifiez donc les renforçateurs de l'enfant : ce à quoi il préfère jouer lorsqu'il est seul, ce qu'il aime faire, manger, regarder, etc. ; 2) montrez à votre enfant que vous êtes amusant, qu'il passe des moments agréables avec vous de sorte qu'il fera ce que vous dites pour passer plus de moments agréables avec vous. Vous vous associez ainsi à des renforçateurs et vous devenez un renforçateur conditionné ; 3) montrez à votre enfant qu'il peut vous faire confiance, notamment au niveau de ce que vous lui dites et faites avec lui ; et 4) montrez à votre enfant qu'il aura ce qu'il souhaite s'il répond bien à vos demandes. Donnez-lui souvent des instructions simples et renforcez sa participation à vos demande* (Schramm, sd, traduit par Bourgeuil sur son site www.aba-sd.info).

COMMENT ÉTABLIR CETTE ALLIANCE EN ORGANISANT LES ANTÉCÉDENTS

L'alliance développementale se caractérise aussi par le soin que prend l'intervenant dans l'organisation des événements antécédents pour tenir compte aussi des caractéristiques particulières de la façon d'apprendre de l'enfant avec autisme, à savoir les difficultés de cohérence centrale, la spécificité de la théorie de l'esprit et des déficits de fonctions exécutives (Magerotte, Willaye & Bouchez, 2009). L'intervenant sera d'abord très attentif à la façon dont les antécédents sont organisés. Ainsi, il met l'accent sur une organisation visuelle des espaces, des horaires, des tâches et des façons de faire, mise en évidence dans le programme TEACCH de Schopler, ou encore sur la nécessité d'être attentif au discours que nous adressons à l'enfant et, par exemple, d'abord de l'appeler par son prénom avant de lui communiquer une information.

La théorie de l'esprit, qui concerne la capacité à attribuer à autrui et à soi-même des états mentaux, est une compétence essentielle pour la vie sociale de la personne avec autisme et en particulier parce qu'elle permet de mieux comprendre les difficultés à percevoir convenablement les émotions telles que les autres les expriment et à y réagir d'une façon adaptée.

Les difficultés des fonctions exécutives concernent par exemple la nécessité de planifier et structurer des actions,

en particulier visuellement, notamment celles qui sont faites tous les jours (comme la toilette du matin, la préparation des repas).

Il importe également de tenir compte des facteurs et événements contextuels. Par exemple, un élève peut rentrer en classe sans dire bonjour à l'enseignant alors que ce n'est pas son habitude. Pourquoi ? La réponse pourrait lui être donnée via un mot dans le journal de classe ou un appel téléphonique de la maman rapportant un événement s'étant passé le matin : l'élève s'est levé en retard et n'a pas pris son repas du matin. D'où son intérêt pour le chocolat se trouvant sur le bureau de l'enseignant : il a faim et se précipite sur le chocolat sans dire bonjour à son enseignant (Magerotte *et al.*, 2014, p. 77-78). C'est ici le contexte du manque qui a influencé le comportement de l'élève.

IMITER LES COMPORTEMENTS D'UN ENFANT AVEC AUTISME PEUT-IL AUSSI FACILITER CETTE ALLIANCE ET FAIRE ÉVOLUER L'ENFANT ?⁴

Dans un travail déjà ancien, Dawson (1984) insistait sur le rôle de l'imitation de l'enfant avec autisme par un adulte comme stratégie efficace pour apprendre à regarder dans les yeux, à jouer et à se développer. Plus récemment, Nadel (2011) a relevé le fait que l'imitation immédiate sur une population d'enfants typiques, exerçait une forme d'influence sociale et un effet renforçateur de l'imitation. « Pourtant, si l'imitation est une récompense pour le modèle, cela doit lui faciliter les contacts sociaux positifs avec l'imitateur et de ce fait l'imitation doit avoir des effets non seulement sur le modèle mais aussi sur l'imitateur. Le modèle qui reconnaît être imité comprend qu'il est la source des états de l'autre et l'imitateur comprend les états du modèle en les ressentant lui-même (...). » (p. 79). Et dans un tableau portant sur la séquence développementale d'être imité, elle relève une réaction très précoce au fait d'être imité. Par exemple, elle note qu'à partir de 2 mois, l'enfant a « des réactions à l'imitation par des signaux sociaux tels que regards appuyés, vocalises et sourires ». Elle conclut qu'« être imité permet au modèle d'apprécier son pouvoir d'influence sur l'autre, puisqu'il voit l'autre réaliser ses propres intentions » (p. 80).

Qu'en est-il dans le cas de l'autisme ? La plupart des enfants avec autisme, même non verbaux et de modeste niveau cognitif, reconnaissent être imités. Il s'agit d'une reconnaissance très basique qui émane directement du couplage entre la perception et l'action, présent dès la naissance. Lorsqu'il est imité, l'enfant avec TSA voit l'intervenant faire ce qu'il se sent faire. Il y a harmonie d'action dans la forme, le rythme et l'objectif : l'intervenant devient le partenaire d'un dialogue moteur. Dans cette situation, les partenaires n'ont pas de rapport hiérarchique : l'action est une copropriété. Chacun est l'auteur de l'action et cela

⁴ Ce texte a été complété en collaboration avec Jacqueline Nadel, spécialiste de l'imitation en autisme.

assure l'égalité des performances. C'est pour cette raison que l'on peut considérer l'imitation synchrone comme un humanisme. Elle engendre une situation de partage moteur et de partage des objectifs de l'action ressentie très positivement par les deux partenaires. Elle crée immédiatement un lien social fort. L'enfant manifeste sa confiance et son intérêt par des regards adressés, des sourires, et des manifestations émotionnelles positives comme toucher, caresser, embrasser.

Mais imiter l'enfant ne suffit pas. Il faut aussi que l'enfant prenne l'initiative d'imiter l'intervenant dans un tour de rôle qui consacre l'intérêt pour ce que fait l'autre de nouveau. Le passage entre reconnaître être imité et imiter est généralement aisé lorsque l'intervenant prend la précaution d'offrir une nouveauté compatible avec l'action en cours. En effet, imiter requiert les mêmes compétences de couplage perception-action qu'être imité. En conséquence, l'imitation d'un enfant avec autisme a un rôle important dans la construction d'une alliance entre l'enfant et les professionnels concernés et constitue un facteur de son évolution.

COMMENT ASSURER CETTE ALLIANCE AVEC TOUS LES PARTENAIRES/ INTERVENANTS CONCERNÉES TOUT AU LONG DE LA VIE DE L'ENFANT

Les stratégies d'intervention proposées lors de la réunion de décision concernent non seulement l'enseignement de nouvelles compétences mais aussi les stratégies à employer en cas de troubles du comportement. Comment faire une alliance avec l'enfant quand il manifeste des troubles du comportement ? Dans cette situation, l'intervenant est en position délicate : il risque d'être perçu comme celui qui empêche l'enfant d'avoir ce qu'il veut. Par exemple, l'enfant pleure ou encore il se frappe pour avoir un jouet qui est hors de sa portée et l'intervenant ne veut pas le lui donner. Si l'intervenant cède, il sera perçu comme celui qui obéit à l'enfant et s'il ne cède pas, comme le mauvais, la personne qui n'aime pas l'enfant. S'il veut rester comme agent renforteur de comportements adaptatifs, il devra renforcer soit des comportements consistant à lui apprendre un comportement de substitution, comme indiquer du doigt ce qu'il demande en regardant l'intervenant ou encore montrer une image représentant l'objet de sa demande. Dans les situations où l'enfant se frappe, seule une observation du contexte pourra en donner le sens. Par exemple, il se frappe parce que c'est le moyen qu'a l'enfant pour dire à l'intervenant – fort occupé par la mise en route d'une nouvelle activité – qu'il a besoin de son aide depuis dix minutes. Il devra par exemple lui enseigner une autre façon de demander, par exemple en montrant un carton aide. En d'autres mots, l'intervenant ne se focalise pas sur le comportement défi mais sur les comportements alternatifs positifs, ce que proposent les stratégies de soutien au comportement positif (PBS ou *Positive Behavior Support*).

Cette approche de soutien au comportement positif (Magerotte & Willaye, 2010 ; Magerotte, Deprez & Montreuil, 2014 ; Willaye & Magerotte, 2013) est notamment utilisée dans le cadre d'une école inclusive (*School-Wide Positive Behavior Support* ou SWPBS). Cette approche se situe dans le cadre d'une intervention à trois niveaux de prévention et d'intervention des comportements défis dans les écoles. D'abord, des stratégies de prévention primaire ou universelle utilisées avec tous les élèves dans tous les milieux, impliquant tous les adultes tout le temps, préviennent l'apparition des problèmes de comportement chez la plupart des élèves par l'emploi d'interventions proactives. Ces stratégies peuvent être de soutien scolaire, d'enseignement des compétences sociales, des attentes de l'école, de proposer le renforcement positif pour tous les élèves de la classe ou encore des stratégies de management de la classe, notamment. Ensuite, des stratégies de prévention secondaire proposent des interventions de groupe aux élèves qui ne réagissent pas aux stratégies de prévention primaire et pour lesquels des interventions individualisées ne paraissent pas nécessaires, par exemple des programmes de self-management, l'enseignement intensif des compétences sociales. Enfin les stratégies de prévention tertiaire consistent à proposer des interventions individualisées positives impliquant une évaluation et une hypothèse fonctionnelles débouchant sur un plan de soutien compréhensif pour ces élèves ayant des troubles du comportement importants (voir par exemple O'Neill *et al.*, 2008 ; Dunlap *et al.*, 2019).

Ce système, appelé aussi le modèle Pyramide, peut être utilisé aussi au niveau de tout un service, par exemple dans le cadre de services non-scolaires ou pour adultes. Dans le cas des personnes adultes, une méthodologie mise au point par Newton *et al.* (1994) a fait l'objet d'une adaptation en français par Willaye, Delmotte et Descamps (2012), focalisée non sur les troubles du comportement, mais sur le style de vie et la nécessité d'apprendre les comportements requis par les rôles sociaux valorisés, tant dans la vie domestique que pour les loisirs et les activités de travail au sein du service.

Remarquons qu'une telle démarche met en question la pratique habituelle qui consiste à grouper les personnes en fonction de leur pathologie ou trouble. C'est le cas en particulier lorsqu'on envisage de regrouper les personnes ayant des troubles du comportement dans des services qui leur sont dédiés. En d'autres mots, est-il préférable d'organiser les groupes de façon homogène (regrouper les personnes ayant les mêmes difficultés, par exemple de l'autisme, une déficience intellectuelle, des troubles mentaux et des troubles du comportement) ou de façon non-homogène (les répartir dans des groupes différents) ? Quelques travaux de recherche commencent à apporter une réponse. Ainsi Felce s'est intéressé à la qualité de vie des personnes adultes en institution, avec une déficience intellectuelle, de l'autisme pour certains et des troubles du comportement (Felce, *in* Rogé *et al.*, 2008), certains dans une structure homogène et d'autres dans une structure hétérogène. Une de ses conclusions porte sur l'importance d'un soutien actif assuré par un encadrement par du personnel qualifié et ce, afin que

tous les participants disposent régulièrement de possibilités suffisantes et d'aide pour leur permettre de remplir leur emploi du temps avec des activités constructives (p. 144).

Si l'alliance avec l'enfant est essentielle à son développement, elle reste importante tout au long de la vie de l'enfant, qu'il aille à l'école ou, en tant qu'adulte, qu'il soit accueilli dans une résidence ou reste en famille. Aussi, est-il important de se poser régulièrement la question de son évaluation, notamment lorsque les responsables s'interrogent sur l'efficacité des interventions. Cette alliance est parfois interrompue ou mise en difficulté par des changements de services ou de professionnels, associés ou non à l'âge des personnes, des déménagements, des divergences d'approches. C'est notamment le cas lorsque l'enfant présente des difficultés ou des arrêts de progression qui amènent parents et professionnels à s'interroger sur l'intérêt de poursuivre, ou lorsque des problèmes financiers se posent, ou encore lorsque le temps d'intervention empiète considérablement sur la qualité de vie de la famille. Aussi, il est essentiel, pour sauvegarder cette alliance développementale, de revoir par exemple les objectifs et stratégies d'intervention adoptées, ou encore de favoriser le passage du relais de ces parents à un service temporaire, appelé habituellement service répit.

Se pose enfin la nécessité d'un suivi très attentif des relations entre tous les partenaires, via notamment un processus de supervision attentif aux trois dimensions de l'alliance développementale.

CONCLUSION

L'intervention individualisée fondée sur les principes de l'ABA est essentiellement basée sur la bienveillance. Elle est basée dans le cadre d'une relation unique, marquée par la bienveillance vis-à-vis de l'enfant, l'accord de tous sur les buts et objectifs poursuivis ainsi que sur les stratégies d'intervention proposées. Cette bienveillance se construit par plusieurs stratégies qui débutent lors de la pose d'un diagnostic *family friendly* et de la mise au point du projet individualisé et sa réalisation. Il importe d'être particulièrement attentif à la construction de cette alliance lors du démarrage de l'intervention et également tout au long de la suite des interventions. Elle consiste à appliquer les stratégies axées sur les conséquences et les antécédents tant pour l'apprentissage de comportements positifs que pour les comportements problématiques ainsi que sur l'imitation dans un contexte émotionnel fait d'empathie et d'estime. Elle nécessite, en effet, de les utiliser tout au long des interventions. Ces stratégies doivent faire l'objet d'une formation de tous les partenaires concernés ainsi que d'un suivi attentif et d'une évaluation dans le cadre des relations avec l'enfant et avec ses parents. Pour conclure, l'intervention comportementale s'établit dans une véritable réciprocité entre les intervenants, professionnels ou non, avec l'enfant et ses parents, dans le cadre d'une relation équilibrée qui profite à tous les partenaires.

RÉFÉRENCES

- ASSOCIATION FRANÇAISE DU SYNDROME DE RETT (2004). *Le Syndrome de Rett, une maladie génétique*. Laroque des Albères : AFSR.
- BIJOU, S. & REED, W.H. (1975). Behavior Therapy For Children. In S. Arieti, D. X. Freedman & E. A. Jarl Dyrud. *American Handbook of Psychiatry*, 5.
- CUNGI, CH. (2014). Alliance thérapeutique avec les enfants et adolescents. In L. Holzer. (Ed), *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une approche basée sur des preuves* (pp. 9-44). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- DAWSON, G. & ALEXANDRA, A. (1984). Imitation and Social Responsiveness in Autistic Children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12(2), 209-226.
- DUNLAP, G., WILSON, K., STRAIN, PH. & LEE, J. (2019). *Prévenir-enseigner-renforcer. Modèle de soutien comportemental positif*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- FELCE, D. (2008). La qualité de vie des adultes en institution. In B. Rogé, C. Barthélémy & G. Magerotte (Eds), *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes* (pp. 127-144). Paris : Dunod.
- GROUPE EUROPÉEN D'EXPERTS SUR LA TRANSITION DES SOINS EN INSTITUTION VERS LES SOINS DE PROXIMITÉ (2012). *Lignes directrices européennes communes sur la transition des soins en institution vers les soins de proximité*. Document d'orientation sur la mise en œuvre et le soutien d'une transition durable des soins en institution vers les soins de proximité et familiaux pour les enfants, les personnes handicapées, les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et les personnes âgées en Europe (voir <http://www.deinstitutionalisationguide.eu>)
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (2017). *Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte*. Recommandation de bonne pratique. Paris : HAS.
- HOLZER, L. (Ed). (2014). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une approche basée sur des preuves*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- MAGEROTTE, G. (2009). Les « bonnes pratiques » en autisme et troubles envahissants du développement. Perspectives actuelles. *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 24, 48-51.
- MAGEROTTE, G. (2017). Le Psychologue dans le processus de diagnostic family friendly du trouble du spectre de l'autisme. *Psychologues et psychologies*, 248, 013-018.
- MAGEROTTE, G. (2018). Transition vers l'âge adulte : vers des environnements "autism friendly" pour les adultes avec un TSA. *Bulletin scientifique de l'Arapi*, 41, 21-24.
- MAGEROTTE, G. & WILLAYE, É. (2010). *Intervention comportementale clinique. Se former à l'ABA*. Bruxelles : De Boeck.
- MAGEROTTE, G., DEPREZ, M. & MONTREUIL, N. (2014). *Pratique de l'intervention individualisée tout au long de la vie*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- MAGEROTTE, G., WILLAYE, É. & BOUCHEZ, M.-H. (2009). Le Style d'apprentissage des personnes avec autisme. Comment apprend la personne avec autisme. *A.N.A.E.*, 100, 240-244.
- NADEL, J. (2011). *Imiter pour grandir. Développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris : Dunod.
- O'NEILL, R.E., HORNER, R.H., ALBIN, R.W., SPRAGUE, J.R., STOREY, K. & NEWTON, J.S. (2008). *Évaluation fonctionnelle et développement de programmes d'assistance pour les comportements problématiques*. Manuel pratique. Bruxelles : De Boeck.
- ROGÉ, B., BARTHELEMY, C. & MAGEROTTE, G. (Eds) (2008). *Améliorer la qualité de vie des personnes autistes*. Paris : Dunod.
- SCHRAMM, (sd). *The Seven Steps to Earning Instructional Control with your Child* (Les Sept Stratégies pour atteindre le contrôle instructionnel). Traduit par Bourgeuil et disponible sur son site.
- WILLAYE, É. & MAGEROTTE, G. (2013). *Évaluation et intervention auprès des comportements-défis. Déficience intellectuelle et/ou autisme*. 2^e édition. Bruxelles : De Boeck Supérieur.