

L'AMÉLIORATION DES COMPORTEMENTS SOCIAUX CHEZ LES ENFANTS AYANT UN TED

IMPROVEMENT IN SOCIAL SKILLS OF PDD CHILDREN

Nathalie Poirier¹

Clinique d'Intervention Béhaviorale

Sylvie Bernard

Clinique d'Intervention Béhaviorale

CARACTÉRISTIQUES DU TROUBLE ENVAHISANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)

Ce trouble apparaît chez l'enfant généralement avant l'âge de trois ans et affecte toutes les fonctions du développement telles que la communication, les relations sociales et le jeu (APA, 1994). Les altérations se composent d'une hyper ou d'une hypo réaction par rapport aux comportements présentés par les enfants se développant typiquement (Juhel, 2003).

Particularités sociales

L'enfant présentant un TED est généralement réticent à établir un contact avec autrui. Il peut l'éviter, le refuser ou à l'inverse, demander une présence constante (Lussier et Flessas, 2001). Il se montre mal à l'aise à regarder en face et ne sait pas utiliser son regard pour attirer l'attention des autres (Coupechoux, 2004). Il peut être agacé, voire irrité, lorsqu'il est sollicité par l'adulte ou ses pairs (Gutstein et Sheely, 2002a). Lorsque le regard est présent, il est souvent plaqué et manque de naturel. Les mimiques habituellement utilisées pour établir une relation avec l'autre sont appauvries ou exagérées. L'enfant manifestant un TED ne recherche pas le contact corporel pour obtenir de l'affection ou pour en démontrer (Gutstein et Sheely, 2002b). Il utilise généralement l'adulte comme un objet pour parvenir à ses fins, par exemple, en lui prenant la main sans le regarder pour ouvrir une porte ou encore, en prenant place sur ses genoux comme sur une chaise. Les gestes — lorsqu'ils existent — sont rarement utilisés dans un but social de partage d'intérêt ou de demande d'aide. L'enfant ayant un TED ne répond pas à son nom alors qu'un enfant normal est capable de le faire vers six ou sept mois. Les émotions sont souvent pauvres ou au contraire exagérées, le plus souvent inadaptées au contexte dans lequel il se trouve. L'enfant est donc isolé : il ne joue pas avec les autres enfants, ne partage pas ses émotions, ses intérêts ou ses réussites avec les autres (Juhel, 2003) et ne parvient pas à s'intégrer dans un groupe. Lorsque l'intérêt social apparaît, les modes de communication sont maladroits et l'enfant ne parvient pas à maintenir un échange durable

1. Adresse de correspondance : Clinique d'intervention Béhaviorale, 175, rue Beaubien Est, bureau 300, Montréal (QC), H2S 1R3. Téléphone : (514) 271-9696. Télécopieur : (514) 271-6824. Courriel : info@cib-aba.com

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

(Lovaas, 2003). Il peut même y avoir une confusion entre un réel échange interpersonnel et une simple proximité physique.

SOUS-GROUPES SOCIAUX

À partir d'une étude réalisée par Wing et Gould (1979), trois types de comportement social sont décrits chez ces enfants : distant, passif et étrange. Un même enfant peut présenter ces trois types de comportement à la fois, selon les circonstances.

Interactions sociales distantes

Les enfants qui présentent des interactions distantes montrent souvent une indifférence envers les autres. Ils sont repliés sur eux-mêmes, ne réagissent ni aux avances d'autrui ni à la parole (Frith, 1989). Ils n'établissent pas de contact visuel et tentent même de l'éviter. Ces enfants ne cherchent pas non plus le réconfort (Frith, 1989). Ils montrent un détachement face aux autres enfants (Wing et Gould, 1979). Toutefois, ils ne rejettent pas totalement le contact social : ils émettent plutôt des interactions sociales dans le but d'obtenir ce qui les intéressent (Poirier et Forget, 1997).

Leurs interactions sociales distantes sont fréquemment associées à des déficits sévères au niveau de la communication verbale et non verbale (Wing, 1981). Cependant, ils ont habituellement de bons résultats dans les tâches demandant des habiletés visuo-spatiales. La majorité d'entre eux ont des difficultés intellectuelles sévères et profondes (Wing, 1981).

Interactions sociales passives

Les enfants ayant des interactions sociales passives n'interagissent socialement que pour répondre à leurs besoins immédiats tels que manger ou boire (Frith, 1989). Ils ont généralement les habiletés nécessaires pour imiter les autres, mais la qualité de leurs comportements indique qu'ils n'ont peu ou pas la compréhension requise pour effectuer ces actions. Ces enfants sont généralement amicaux et facilement dirigeables. Ils montrent moins de particularités associées à l'autisme telles que des perturbations dues au changement ou des comportements stéréotypés (Poirier et Forget, 1997).

Le langage est plus développé chez les enfants passifs que chez les enfants distants. Ils présentent toutefois des caractéristiques anormales, telles l'écholalie immédiate ou retardée, et l'inversion des pronoms. Ces caractéristiques influencent les communications interpersonnelles (Borden et Ollendick, 1992). Bien que les enfants ayant des interactions passives montrent eux aussi des habiletés visuo-spatiales supérieures aux habiletés

verbales, ils possèdent des habiletés intellectuelles et un fonctionnement adaptatif supérieur à celui des enfants du groupe distant.

Interactions sociales étranges

Le troisième groupe se caractérise par des enfants qui ont des comportements d'approche sociale tout en ayant de l'intérêt pour leurs propres préoccupations répétitives et idiosyncratiques (Poirier et Forget, 1998). Leurs comportements sociaux sont unidirectionnels, c'est-à-dire qu'ils peuvent continuellement questionner une autre personne sans toutefois accorder de l'importance à sa réponse. Ils sont incapables de déterminer si une telle attitude est indésirable ou inopportun (Frith, 1989). Leur langage tend à être meilleur que celui des enfants des deux autres groupes. Cependant, il est caractérisé par des intonations bizarres ainsi que par une intensité constante. Comme les enfants du groupe passif, les enfants de ce sous-groupe ont des symptômes moins importants que les enfants du groupe distant. Les enfants ayant des interactions sociales étranges montrent un fonctionnement intellectuel supérieur aux deux autres groupes. Ils diffèrent donc des autres quant à leurs habiletés langagières supérieures (Borden et Ollendick, 1992).

TRAITEMENT

Plusieurs options thérapeutiques existent pour les enfants ayant un trouble envahissant du développement. Certaines des plus populaires incluent : l'approche structurée, la thérapie par la musique, l'intégration sensorielle, l'ergothérapie, les diètes, les traitements pharmacologiques, la thérapie par les dauphins, le *Floor Time* et les Interventions Comportementales Intensives (ICI) ou non intensives (ABA). Toutefois, les seules options scientifiquement démontrées par des analyses empiriques, auprès des enfants manifestant un TED, sont l'*Intervention Comportemental Intensive* (ICI) et l'*Applied Behavior Analysis* (ABA).

Applied Behavior Analysis (ABA)

L'ABA se définit comme l'étude scientifique du comportement humain. Chance (1998) décrit l'ABA comme la tentative de résoudre les problèmes de comportement en délivrant des stimuli antécédents et conséquents qui changent le comportement ciblé. Dans ce sens, les problèmes de comportements ne sont pas uniquement limités aux crises de colère, mais aussi aux difficultés de tout ordre (apprentissage du langage, du jeu, des habiletés sociales, des matières scolaires, etc.). L'ABA a prouvé une efficacité empirique concernant plusieurs groupes d'adultes et d'enfants dans une variété de situations cliniques. Lors d'un traitement ABA, les objectifs sont mesurables et observables. Les habiletés à développer sont décortiquées en leurs plus simples composantes et sont enseignées une étape à la fois. Des stratégies d'enseignement comme le renforcement,

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

l'incitation et le modelage sont utilisées pour inculquer des comportements spécifiquement ciblés.

Intervention Comportementale Intensive (ICI)

L'ICI constitue l'intervention ABA dans une application intensive. L'ABA et l'ICI sont deux modèles d'intervention basés sur des études empiriques. Ils nécessitent une prise de données régulières en cours de traitement afin d'analyser la démarche du professionnel pour chacun de ses clients en traitement. Ces deux modèles ont comme objectifs de créer un comportement qui n'existe pas dans le répertoire des gestes acquis de la personne, d'augmenter la fréquence de comportements existants mais déficitaires et de réduire la fréquence des comportements existants qui sont excessifs (Autism Society Ontario, 2002).

L'ICI, tout en étant basé sur les principes de l'ABA et des théories de l'apprentissage, est un modèle de traitement spécifique pour les jeunes enfants ayant un trouble envahissant du développement. Ce modèle nécessite une intervention minimale de 20 heures par semaine. L'ICI utilise une variété de techniques d'enseignement incluant l'enseignement par essais distincts, l'enseignement fortuit ainsi que les techniques d'enseignement d'habiletés fonctionnelles ou en contexte naturel.

Divers modèles d'ICI ont été popularisés par la renommée de leur auteur tel que le *UCLA model* ou le *LIFE Institute for Early Intervention* dirigé par Lovaas, le *Alpine Institute* géré par Taylor, ainsi que le *Verbal Behavior* organisé par Sundberg et Partington.

Les traitements ICI comprennent une série d'objectifs d'apprentissage qui visent à développer une variété d'habiletés importantes pour les enfants ayant un TED. Ces habiletés sont l'attention, le langage réceptif et expressif, les habiletés motrices globales et fines, les jeux et loisirs, les habiletés sociales, l'autonomie, l'intégration en communauté ainsi que les connaissances pré-académiques (Autism Society Ontario, 2002).

Selon les recherches actuelles, les traitements d'ICI sont les plus efficaces auprès des jeunes enfants ayant un TED. Ces traitements peuvent aider ces jeunes enfants à apprendre à un rythme suffisamment rapide pour rattraper les connaissances et habiletés de leurs pairs typiques. L'ICI maximise le temps d'enseignement en réduisant les temps consacrés à des activités contre-productives comme l'autostimulation et les comportements non fonctionnels.

Détails de la programmation de l'ICI

Lors de la première année, trois objectifs sont visés : a) augmenter la collaboration, tels que répondre à une demande, imiter des gestes, des mots et des comportements de jeux; b) réduire les comportements d'autostimulation et d'agressivité et c) entraîner les parents à l'application du traitement à la maison.

Durant la deuxième année, ces objectifs sont poursuivis en mettant l'emphase sur le développement des habiletés langagières complexes et d'habiletés d'interaction sociales. De plus, une intégration dans une prématernelle ordinaire est effectuée avec une enseignante qui accepte qu'un thérapeute soit présent pour assurer la poursuite du traitement.

Au cours de la troisième année, l'enfant entre en maternelle. Le traitement est alors réduit à 10 heures ou moins et vise l'expression des émotions et l'apprentissage d'habiletés préscolaires et scolaires, telles que les habiletés de base en lecture, en écriture et en mathématiques. Lorsque l'enfant entre en première année ordinaire, le traitement cesse et un service de consultation est offert au besoin. Si l'enfant ne présente pas un niveau de développement suffisant à son entrée dans une classe ordinaire, le traitement intensif est poursuivi et peut même dépasser six années (Donais et Poirier, 1994).

Selon cette approche, l'enfant peut bénéficier d'un enseignement au niveau des habiletés sociales lorsqu'il maîtrise suffisamment d'habiletés prérequises, majoritairement au plan du langage et du jeu, et qu'il présente une collaboration suffisante. Toutefois, certains enfants autistes de haut niveau Asperger ou présentant un trouble envahissant du développement non spécifié possèdent déjà les habiletés primaires décrites dans la programmation de base, habituellement enseignées au cours de la première année de stimulation. Certains d'entre eux seraient alors réceptifs à un traitement visant le développement des habiletés sociales (Donais et Poirier, 1994).

Traitements des habiletés sociales

Enseigner aux enfants présentant un TED à interagir de façon appropriée avec leurs pairs est l'une des composantes importantes d'un programme comportemental (Taylor, 2001). La programmation comportementale typique se déroule généralement en séance individuelle avec un thérapeute pour un enfant (Green, 1996). L'enfant est appelé à augmenter son répertoire d'habiletés en collaborant aux directives de l'adulte puis à les généraliser auprès de ses pairs. L'implication des pairs, à l'intérieur d'un programme comportemental, permet l'enseignement de

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

comportements appropriés par l'observation de modèles d'enfants se développant typiquement.

Selon les recherches, la proximité des enfants ayant un TED avec leurs pairs n'est pas suffisante pour promouvoir les interactions sociales positives. Le succès des interactions sociales chez les enfants TED s'observe lorsqu'il y a une planification des activités et des consignes sociales qui peuvent être développées puis généralisées (Taylor, 2001). Les déficits langagiers et sociaux de ces enfants nécessitent un traitement spécifique et spécialisé afin qu'ils bénéficient d'activités impliquant la présence des pairs.

Le programme visant à développer les habiletés sociales se doit de considérer les consignes individualisées, les types de réponses préconisées et les stratégies d'apprentissage (McAfee, 2002). Par exemple, un enfant ayant un TED qui présente un bon niveau de langage peut bénéficier de directives propices à améliorer ses habiletés conversationnelles tandis qu'un autre enfant non verbal se consacrera à développer ses compétences d'imitation pour favoriser le jeu parallèle.

RECHERCHE EMPIRIQUE

Niveau de base

Des procédures spécifiques sont requises pour promouvoir les interactions sociales (Taylor, 2001). Dans un premier temps, un niveau de base est nécessaire afin de prioriser les interventions. En général, l'élaboration d'objectifs spécifiques dans le plan d'intervention conduit à un enseignement fonctionnel des aptitudes sociales à développer.

Objectifs ciblés

Taylor et Jasper (2001) ont décrit trois programmes favorisant les interactions sociales. Certains objectifs de ces programmes visent à développer les compétences sociales des enfants présentant un TED et d'autres tentent d'augmenter les interactions sociales réciproques. La majorité des objectifs recommandent des procédures spécifiques quant aux techniques d'enseignement. Les objectifs sociaux ciblés se doivent d'être faits en tenant compte du niveau d'indices requis pour que l'enfant vive du succès dans ses apprentissages. Ils doivent également considérer les programmes de renforcement adaptés à chaque enfant.

Techniques à favoriser

Les techniques préconisées sont : a) les réponses pré-enseignées, b) les jeux de rôle, c) les programmes de renforcement, d) les indices visuels, e) les démonstrations vidéo, f) les indices in-vivo, g) les stratégies

d'auto-régulation, h) les renforcements sociaux des enfants du groupe (*group contingencies*) et i) les indices prodigués par les pairs. Ces techniques sont employées lors de rencontres de jeux entre un enfant typique et un enfant TED, lors de moments d'intégration inversée en milieu de garde, en activités communautaires ou en milieu scolaire (invitation d'un enfant typique dans le milieu habituel de l'enfant TED) ou lors de l'intégration d'un enfant manifestant un TED en garderie, en activités communautaires ou en école ordinaire.

MÉTHODE

Participants

Douze enfants présentant un TED ont participé à ce projet visant à améliorer leurs habiletés sociales. Trois groupes composés de trois à quatre enfants ont été établis en fonction de leur âge chronologique, soit : un groupe d'enfants âgés entre 3 et 5 ans (groupe 1 : 4 enfants) et deux groupes d'enfants âgés entre 5 et 8 ans (groupe 2 et 3 : 8 enfants). Les habiletés préalablement acquises en stimulation ABA ainsi que les disponibilités des familles ont également influencé la constitution des groupes.

Les participants sont âgés entre trois et huit ans, pour un âge moyen de cinq ans et cinq mois. Tous les enfants sont verbaux dont deux présentent peu de langage spontané. L'ensemble des enfants recevaient simultanément un traitement ABA ou ICI depuis une à trois années (temps moyen de stimulation reçue : 22 mois). Concernant leurs habiletés préalables au programme d'habiletés sociales, tous les enfants se situaient au niveau intermédiaire ou avancé selon le curriculum établi par Lovaas (1981), résumé par Taylor et McDonough (1996). La majorité des enfants se situent au niveau des habiletés du programme avancé (63 %). Le nombre de séances suivies par les enfants varie entre deux et sept sur un total de huit, le temps de fréquentation moyen étant de quatre. Selon la classification de Wing (1981), aucun enfant ne possède des habiletés sociales distantes, deux sont classés passifs et 10 sont dans la catégorie étrange. Le Tableau 1 résume les informations décrivant les enfants des trois groupes.

Évaluation du niveau de base

Le niveau de base de chacun des enfants a été établi avant l'entrée au groupe par un questionnaire rempli par les parents. Le questionnaire consiste en une traduction libre du curriculum d'habiletés sociales publié par Taylor et Jasper (2001). Onze questionnaires ont été annotés par les

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

Tableau 1 Résumé des informations descriptives de l'échantillon (N = 12)

Sujet	Âge chronologique	Niveau de communication	Nombre d'années de traitement	Niveau d'habiletés sociales	Nombre de séances d'habiletés sociales reçues	Type d'interactions sociales
Groupe 1						
1	3 ans	Verbal	2 ans	Programme intermédiaire	5	Étrange
2	5 ans	Verbal	1,5 ans	Programme intermédiaire	6	Étrange
3	3 ans, 8 mois	Verbal	1 an	Programme intermédiaire	7	Étrange
4	5 ans	Verbal	2,5 ans	Programme avancé	3	Étrange
Groupe 2						
5	6 ans, 7 mois	Verbal	2 ans	Programme avancé	3	Étrange
6	6 ans	Verbal peu spontané	3 ans	Programme intermédiaire	7	Passif
7	4 ans, 5 mois	Verbal	2 ans	Programme avancé	4	Étrange
8	7 ans, 9 mois	Verbal	2 ans	Programme avancé	5	Étrange
Groupe 3						
9	7 ans, 2 mois	Verbal	1 an	Programme avancé	2	Étrange
10	5 ans	Verbal peu spontané	2 ans	Programme intermédiaire	3	Passif
11	8 ans	Verbal	1 an	Programme avancé	2	Étrange
12	4 ans, 5 mois	Verbal	2 ans	Programme intermédiaire	4	Étrange

mères des enfants et un seul par un père. Le questionnaire comprend trois sections, selon la même classification que le programme général de Taylor et McDonough (1996), celles-ci se composent du programme de base, intermédiaire et avancé. La première section inclut 22 questions, la seconde 21 et la dernière 18 pour un total de 61 items.

Globalement, les habiletés de base acquises avant la participation à un groupe favorisant le développement des habiletés sociales totalisent dix-huit items, dont neuf se classent parmi des habiletés de base, sept de niveau intermédiaire et deux de niveau avancé. Vingt-huit pourcent du curriculum des habiletés sociales de la part de certains enfants est donc déjà connu.

Dans le groupe 1, deux items seulement étaient acquis par l'ensemble des enfants : le regard d'un pair sous la directive d'un adulte et la réponse à un « au revoir ». Il s'agit d'une habileté de base et d'une habileté intermédiaire. Aucune habileté avancée n'avait donc été maîtrisée par les participants. La majorité des habiletés sont toutefois en émergence et donc réussies par deux des trois enfants du groupe. Douze habiletés de base, onze habiletés intermédiaires et quatre sont évaluées comme avancée. La plupart de ces items concernent l'imitation d'un pair, le suivi d'une consigne ou d'un jeu, la réponse à des questions, à la formulation de demandes pour obtenir un objet concret. Finalement, les 32 items échoués par tout le groupe sont répartis dans tous les niveaux de programme, mais en quantité légèrement supérieure au niveau du programme avancé. Les initiatives sont faibles et, si elles sont présentes, elles touchent davantage des habiletés de jeu de base ou l'octroi d'objets appréciés par l'enfant. Les capacités référant à l'échange d'informations personnelles, l'évaluation de soi et des autres, l'usage des gestes de communication ainsi que la résolution de problèmes sociaux figurent parmi les tâches les plus complexes.

Dans le groupe 2, quatre items sont réussis et se situent tous dans le programme de base. Il s'agit du regard, de l'imitation de gestes, des verbalisations ainsi que des demandes d'objets. Les habiletés qui sont à développer incluent des taux de réussites variables chez 20 à 80 % du groupe. Celles-ci touchent 42 items dont les principaux regroupent les mêmes thèmes que pour le groupe 1. Quinze items ont été échoués par tous les enfants : un dans le programme de base, huit dans le programme intermédiaire et six dans le programme avancé. Ces items font référence à l'imitation des verbalisations de l'autre, au jeu imaginaire, à l'échange d'informations personnelles, à l'octroi de consignes à l'autre, aux questions, aux offres d'aide, au fait d'inviter un pair dans ses jeux, à se défendre et défendre l'autre et à répondre aux gestes de communication.

Dans le groupe 3, 12 items étaient acquis par l'ensemble des enfants. Il s'agit de quatre habiletés du niveau de base, six habiletés intermédiaires et deux habiletés avancées. Ces items incluent le regard, les salutations, l'imitation d'un pair, le suivi d'une consigne ou d'un jeu, la réponse à des questions, la formulation de demandes pour obtenir un objet concret, l'affirmation des connaissances et la formulation de commentaires face

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

aux situations visibles dans l'environnement. L'apprentissage par les pairs figure également comme nouvelle habileté comparativement aux autres groupes d'âges. La majorité des habiletés demeure toutefois en émergence, donc réussies par deux des trois enfants du groupe. Onze habiletés de base, neuf habiletés intermédiaires et quatre sont considérées comme avancées. La plupart de ces items se composent des échecs nommés pour le groupe 2. Les habiletés présentées par un tiers des enfants représentent dix neuf items dont six de niveau de base, cinq intermédiaires et huit avancées. Il s'agit d'habiletés supplémentaires au plan de l'initiative lors du jeu, du langage et des connaissances ainsi que de la comparaison interpersonnelle. Pour cette catégorie d'âge, les échecs présents chez tous les enfants sont minimes (six au total). Ils se retrouvent majoritairement parmi les habiletés avancées (66 %) : demander de se joindre à un jeu, pondérer la quantité de commentaires et de questions, présenter des comportements non verbaux et verbaux d'écoute et d'empathie.

Programme

Huit séances de deux heures par semaine ont été offertes aux participants inscrits. Les habiletés ont été enseignées durant deux mois lors de la période estivale à la Clinique d'Intervention Béhaviorale (CIB). Ce lieu est familier pour tous les enfants puisqu'ils y reçoivent la supervision de leurs apprentissages dans le cadre de leur programmation d'ICI.

Le programme développé précise les objectifs globaux et spécifiques couverts par les activités principales qui sont : la causerie, les jeux, les bricolages et les sorties dans la communauté. Il vise principalement les habiletés déficitaires évaluées lors du niveau de base. Le programme a été animé dans chaque groupe par une psychologue et une psychoéducatrice possédant minimalement deux années d'expérience dans l'ABA. Au total, trois psychologues et deux psychoéducatrices ont participé au programme. Le Tableau 2 fournit quelques informations concernant ce programme.

RÉSULTATS

Les mesures d'évaluation se composent d'une comparaison quantitative et qualitative entre le niveau d'habiletés avant et après l'application du programme. Des mesures d'appréciation parentale ont également été reçues par un rapport verbal fourni par un parent porte-parole. Pour l'ensemble des participants aucun gain quantitatif n'est observé en terme d'acquisition de nouveaux items. Toutefois, la fréquence d'émission des comportements acquis au niveau de base semble avoir

Tableau 2 Programme individualisé d'habiletés sociales

Objectifs globaux des séances	Objectifs spécifiques sous-jacents	Causerie	Jeux	Bricolage
Apprendre les règles d'un nouveau jeu de société	Écouter un copain expliquer ou décrire son jeu. Suivre les règles du jeu. Suivre le tour de rôle.	Nomme les éléments du jeu que tu as apporté. Comment on joue à ce jeu? À la maison, avec qui joues-tu à ce jeu? Pourquoi aimes-tu ce jeu?	Jeux de société Ne réveillez pas le pirate	Bricolage individuel où certaines règles sont à suivre  
Apprendre à jouer ensemble à un jeu imaginaire	Écouter un copain décrire son déguisement. Suivre le scénario de jeu. Répondre aux questions sociales de l'adulte ou du copain. Initier des questions sociales.	Description du costume, du personnage.	Jeux imaginaires	Bricolage de groupe où chacun choisit l'item à bricoler  
Apprendre à jouer ensemble à un jeu imaginaire de table	Écouter le copain décrire son jouet. Suivre l'action sur le même thème. Initier des actions avec les personnages.	Quel jouet as-tu apporté ou choisi? Quelles sont les pièces qui vont ensemble? C'est une fille ou un garçon? De quelle couleur est sa voiture?	Jeux imaginaires de table 	Bricolage individuel favorisant la créativité 
Apprendre à remarquer qu'un copain ne suit pas les règles	Ecouter un copain décrire son jeu. Écouter les règles. Mentionner à l'adulte si le copain ne suit pas les règles. Dire au copain que ce n'est pas la façon de jouer.	Nomme les éléments du jeu que tu as apporté. Comment on joue à ce jeu? À la maison, avec qui joues-tu à ce jeu? Qui est le champion à ce jeu de société?	Jeux de société 	Bricolage individuel avec règles à suivre 

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

Tableau 2 Programme individualisé d'habiletés sociales (suite)

Objectifs globaux des séances	Objectifs spécifiques sous-jacents	Causerie	Jeux	Bricolage
Poser des questions et émettre des commentaires	Suivre le scénario de jeu. Répondre aux questions sociales de l'adulte ou du copain. Initier des questions sociales.	Costume d'un personnage Pourquoi aimes-tu ce personnage? Ses qualités? Ses défauts?	Jeux imaginaires	Bricolage d'une tortue où chacun choisit l'item à bricoler
Demander à un copain pour jouer	S'approcher d'un copain avec un item semblable à ceux retrouvés dans le jeu. Demander aux copains s'il est possible de jouer avec lui.	Quel jouet as-tu apporté? Quelles sont les pièces qui vont ensemble? Quel est le métier de celui-ci? Est-ce un garçon ou une fille?	Jeux imaginaires de table	Construire un chapeau afin de jouer à « suivez le chef »
Présenter son objet favori à un copain	Se présenter face au copain. Parler sur un ton de voix adéquat. Répondre aux questions. Initier des questions ou des commentaires.	Quel objet as-tu apporté? Pourquoi c'est ton objet favori? Qui te l'a offert?	Objets favoris	Construire des lumières de signalisation pour jouer à lumière verte-lumière rouge
Prêter son jouet à un copain	Se présenter face au copain. Prêter son objet au copain. Jouer avec le copain avec cet objet.	Quel objet as-tu apporté? Pourquoi c'est ton objet favori? Qui te l'a offert?	Objets favoris	Construire un macaron pour jouer à la tag

augmentée. Certains gains qualitatifs sont également constatés selon les observations des psychologues et l'appréciation parentale comme :

- l'aisance à l'intérieur du groupe (évalué par la capacité de se séparer du parent à l'entrée au local, la diminution des comportements d'autostimulation et l'augmentation de la collaboration en cours de programme),
- le plaisir d'être en contact avec ses pairs, la reconnaissance de ceux-ci et le développement d'un sentiment d'appartenance (estimé par la demande verbale du nom des autres enfants du groupe),
- l'augmentation de la valeur renforçante du psychologue et du lieu où s'effectue le programme (estimée par la demande des enfants à venir en supervision, au local de thérapie ou d'être en contact avec son psychologue),
- la prise de conscience des autres (par le biais d'habiletés favorables à l'attente du tour de rôle et à l'émission des consignes ainsi qu'à l'observation des activités d'autrui),
- l'imitation des pairs dans de nouvelles habiletés de jeux ou dans les formulations des demandes,
- l'augmentation de la spontanéité dans les déplacements,
- l'exploration des jeux, des gestes et des paroles,
- la concentration face aux distractions ainsi que la flexibilité aux changements.

Les variables affectant le plus la progression des participants semblent être par ordre d'importance, le nombre de séances reçues, l'intensité des services ABA parallèle, le niveau d'habiletés préprogramme, le nombre d'années en traitement ABA, l'âge des enfants et leurs habiletés de base. Étonnamment, les capacités langagières et le type de comportements sociaux semblent peu influencer les apprentissages des enfants.

DISCUSSION

Les enfants possédant un trouble envahissant du développement présentent des déficits et des particularités majeurs au plan de la communication, du jeu, des habiletés sociales et de certains autres comportements. Toutefois, les approches d'analyse du comportement démontrent une efficacité unique concernant le développement des habiletés d'attention, de compréhension, d'expression langagière ainsi que de jeu. Les habiletés sont classifiées par niveau de difficulté développementale, soit le programme de base, intermédiaire et avancé. Les enfants bénéficiant le plus des programmes d'habiletés sociales ont habituellement reçu une année de stimulation ou possèdent déjà les habiletés équivalentes de façon naturelle.

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

Les douze participants de l'étude sont tous verbaux et ont reçu minimalement une année de traitement ABA et possèdent des habiletés minimales de niveau intermédiaire. Le programme d'habiletés sociales reçu visait à combler les déficits observés du niveau de base à l'aide de la grille du niveau des habiletés sociales.

Les résultats de cette étude démontrent que les enfants peuvent généraliser les connaissances acquises en rencontres individuelles et les transférer à un contexte de groupe. Ces connaissances touchent l'imitation, le jeu et la réponse aux consignes. Les apprentissages plus complexes pour les enfants se composent de l'initiative ludique et langagière, de l'imagination et de la résolution de problème.

Il semble que les résultats obtenus ne soient pas quantitativement aussi importants que souhaités. Cependant, les données qualitatives portent à croire que la stimulation sociale a amélioré les attitudes et les comportements sociaux des enfants. De plus, le programme a permis de créer un contexte d'observation de groupe permettant de considérer les comportements sociaux des enfants identifiés à l'intérieur d'un petit groupe. Ces informations ont été cruciales dans la poursuite de la planification ABA à domicile.

Par ailleurs, il est intéressant d'observer que les habiletés ne peuvent s'acquérir en si peu de temps, d'où l'importance de favoriser les interventions plus longues en terme de durée et plus intensives. Il est donc suggéré de reprendre la planification du groupe d'habiletés sociales en affichant des inscriptions fixes de huit semaines afin d'éviter la variation des fréquentations, ce qui nuit aux apprentissages.

Le contenu de la programmation pourrait également être bonifié pour cibler plus directement les dix premières habiletés du programme de base. De même, il serait intéressant de poursuivre l'utilisation de la grille d'habiletés sociales à la suite d'un programme d'intervention comportementale intensive afin de vérifier si les habiletés sociales généralisées en contexte de groupe diffèrent selon l'orientation thérapeutique du modèle intensif. La comparaison entre les résultats suivant une approche comportementale, inspirée du programme traditionnel de UCLA, versus les nouvelles approches ABA permettrait de mesurer si la structure du curriculum et les techniques d'intervention influencent les habiletés sociales résultantes.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV : Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC : American Psychiatric Association.

- Autism Society Ontario (2002). *Navigating the special education system in Ontario. A handbook for parents of children with autism spectrum disorders*. A project of the Education Committee.
- Borden, M., C. et Ollendick, T. H. (1992). The developmental and differentiation of social subtypes in autism. *Advances in Clinical Child Psychology*, 14, 61-106.
- Chance, P. (1998). *First Course In Applied Behavior Analysis*. Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.
- Coupechoux, P. (2004). *Mon enfant autiste. Le comprendre, l'aider*. Paris : Éditions du Seuil.
- Donais, S. et Poirier, N. (1994). *Le programme intensif de I.O. Lovaas pour les jeunes enfants autistes*. Site internet consulté le 6 novembre 2005 <<http://www.autisme.qc.ca/comprendre/docViewing.php?section=comprendre&noCat=7&noDoc=66>>.
- Frith, U. (1989). *Autism. Explaining the enigma*. Cambridge : Basil Blackwell.
- Green, G. (1996). *Evaluating claims about treatments of autism. Behavioral intervention for young children with autism. A manual for parents and professionals*. Texas : Pro-ed.
- Gutstein, S. E. et Sheely, R. K. (2002a). *Relationship development intervention with young children. Social and emotional development activities for Asperger Syndrome, autism, PDD and NLD*. New York : Jessica Kingsley Publishers.
- Gutstein, S. E. et Sheely, R. K. (2002b). *Relationship development intervention with children, adolescents and adults. Social and emotional development activities for Asperger syndrome, autism, PDD and NLD*. New York : Jessica Kingsley Publishers.
- Juhel, J. C. (2003). *La personne autiste et le syndrome d'Asperger*. Laval : Les Presses de l'Université Laval.
- Lovaas, I. O. (1981). *Teaching developmentally disabled children : The ME Book*. Austin, TX : PRO-ED.
- Lovaas, I. O. (2003). *Teaching individuals with developmental delays. Basic intervention techniques*. Texas : Pro-ed.
- Lussier, F. et Flessas, J. (2001). *Neuropsychologie de l'enfant. Troubles développementaux et de l'apprentissage*. Paris : Dunod.
- McAfee, J (2002). *Navigating the Social World. A Curriculum for Individuals with Asperger's syndrome, high functioning autism and related disorders*. Arlington, TX : Future Horizons inc.
- Poirier, N. et Forget, J. (1997). L'analyse quantitative de la relation entre l'attention sociale de l'adulte et la réponse sociale d'enfants autistes et Asperger. *Journal de la thérapie comportementale et cognitive*, 7(2), 51-65.
- Poirier, N. et Forget, J. (1998). Les critères diagnostiques de l'autisme et du syndrome d'Asperger : Similitudes et différences. *Santé Mentale au Québec*, 23(1), 130-148.
- Smith, T., Groen, A. et Wynn, J. (2000). A randomized trial of intensive early intervention for children. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 317-322.
- Taylor, B. A. (2001). Teaching peer social skills to children with autism. In C. Maurice, G. Green et R. M. Foxx (Éds), *Making a difference : Behavioral Intervention for Autism*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Taylor B. A. et Jasper, S. (2001) Teaching programs to increase peer interaction. In C. Maurice, G. Green et R. M. Foxx (Éds), *Making a difference : Behavioral Intervention for Autism*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Taylor, B. A. et McDonough, K. A. (1996). What to teach? In C. Maurice, G. Green et S.-C. Luce, (Éds), *Behavioral intervention for young children with autism : A manual for parents and professionals*. Austin, TX : Pro-Ed.
- Wing, L. (1981). Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, 31-44.
- Wing, L. et Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9, 11-30.

L'amélioration des comportements sociaux chez les enfants ayant un TED

Résumé

Les enfants présentant un TED ont des déficits et des altérations au plan de la communication, du jeu et des habiletés sociales pouvant être comblés par une approche d'analyse appliquée du comportement. À l'aide du programme d'habiletés sociales de Taylor et Jasper (2001) et de la classification de Wing (1981), un niveau de base a été établi afin de planifier la création d'un programme d'habiletés sociales pour douze enfants possédant un TED et ayant reçu une à trois années de stimulation selon l'Intervention Comportementale Intensive (ICI). Les analyses qualitatives démontrent que les enfants généralisent leurs habiletés sociales en contexte de groupe. Les bénéfices qualitatifs au plan du jeu, du langage et des habiletés sociales sont également observées à la suite de l'intervention centrée sur les habiletés sociales.

Abstract

PDD children display deficiency in play, communication and social skills. These skills can be improved by an Intensive Behavioral Intervention. The program published by Taylor and McDonough (1996) sorts the skills developmental area and level of learning difficulties. Taylor and Jasper (2001) used the same gradation for social skills. Using this tool and Wing (1981) social skills group, a baseline is elaborated to create an individualized social skills program. The program is applied to twelve PDD children after one to three years of IBI. Results show generalization of social skills from IBI and qualitative improvement on play, language and social skills.

Mots clés

autisme, trouble envahissant du développement, analyse appliquée du comportement, comportements sociaux, habiletés sociales

Key words

PDD, social skills, intensive behavioral intervention (IBI), applied behavior analysis (ABA)