

Les techniques d'intervention comportementales non-aversives et aversives: un modèle de décision hiérarchisé plutôt qu'une alternative ambiguë

JACQUES FORGET¹

Université du Québec à Montréal

Le présent texte présente un modèle d'intervention comportementale inspiré en partie de celui de Gaylord-Ross (1980) et qui permet d'élaborer des plans d'intervention individualisés respectant les forces, les besoins et les particularités des clients aussi bien que dualisés respectant le traitement le moins restrictif possible. Le texte insiste sur la nécessité d'appliquer des procédures de renforcement écologiques, éducatives, et cliniques avant de songer à utiliser une mesure aversive, quelque soit la gravité du problème présenté. Le texte souligne, dès le début, le problème relié à la définition du concept de mesure non-aversive et identifie les facteurs qui renforcent l'utilisation verbale très discutable d'un tel concept.

L'analyse et la modification du comportement existent depuis plus de vingt-cinq ans et elles constituent maintenant une approche éducative et clinique qui ne peut plus être négligée ou identifiée à une mode passagère. Son intérêt manifeste et soutenu pour l'élaboration de procédures d'intervention permettant d'améliorer les problèmes de comportement des individus en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage en fait un modèle privilégié pour ceux qui reconnaissent l'importance de fournir des services de santé et des services éducatifs pragmatiques et efficaces. Les applications de cette approche se retrouvent en majorité dans les domaines de l'éducation, de la délinquance, du retard mental, de la pathologie comportementale, de la famille et dans le domaine du travail (Forget, sous presse).

¹ Les demandes pour informations ou titres à part doivent être adressées à Jacques Forget, D.Ps., Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succ. A, Montréal, Qc., Canada, H3C 3P8. Il convient de remercier Jocelyne Kéroack et André Lapointe pour les commentaires fournis lors d'une première version de ce texte.

Ce courant de recherche dérive des principes de la psychologie expérimentale et plus spécifiquement du conditionnement classique, du conditionnement opérant et de l'apprentissage social. Même si depuis quelques années plusieurs théories cognitives (théorie du traitement de l'information, constructivisme, théorie cognitive-béhaviorale, etc) ont insisté sur les insuffisances théoriques de ces modèles spécifiques, elles restent généralement muettes sur la valeur pratique et sur l'efficacité manifeste des techniques d'intervention qui en découlent (renforcement social différentiel, technique opérante avec jetons, contrat de contingences, façonnement, estompage, modelage, guidage, désensibilisation systématique, renversement d'habitude, surcorrection, etc, ...).

Les techniques d'intervention comportementales élaborées dans ce cadre visent donc l'amélioration des problèmes comportementaux que certains individus présentent au cours de leur vie quotidienne, et ce, par une modification des contingences de renforcement significatives, c'est-à-dire par la mise en place de conditions environnementales et prothétiques qui ont une influence réelle sur ces comportements-cibles. La renommée de cette discipline scientifique tient en bonne partie au fait qu'elle s'est avérée efficace pour résoudre des problèmes graves présentés par des personnes fortement handicapées ou présentant des retards de développement importants (L'Abbé et Marchand, 1984). En effet, l'application de plusieurs techniques de modification du comportement a permis d'améliorer de façon significative le répertoire comportemental de personnes atteintes de déficits comportementaux graves: l'apprentissage de comportements d'hygiène personnelle, l'apprentissage de l'alimentation indépendante, l'amélioration des habiletés sociales chez des personnes ayant des problèmes de méadaptation socio-affectifs, l'apprentissage du langage chez des enfants autistiques, l'apprentissage d'habiletés verbo-cognitives (lecture, résolution de problèmes) et instrumentales (imitation, écriture, activités de loisirs) des écoliers (Kazdin, 1984; Witt, Elliott et Gresham, 1988).

Dans les cas de comportements graves (automutilation, agression physique, pyromanie, alcoolisme), l'utilisation de techniques aversives ou punitives a été jugée fréquemment nécessaire pour diminuer de façon socialement et cliniquement significative ces comportements destructeurs (Foxy, 1982; Lennox, Miltenberger, Spengler et Erfanian, 1988). L'emploi d'un choc électrique contingent à l'apparition de comportements d'automutilation graves, l'isolement, le coût de la réponse, la pratique négative avec incitation physique, la sur-correction ou la contention comportementale se sont avérées efficaces dans de nombreux cas (L'Abbé et Marchand, 1984; Lennox *et al.*, 1988).

En dépit de leur efficacité, la diffusion de ces techniques aversives et punitives a obligé les intervenants à regarder de plus près les implications éthiques de leur utilisation. L'élaboration de critères permettant une utilisation judicieuse de ces techniques est devenue nécessaire, surtout suite à l'implication du milieu juridique consécutive à des plaintes apportées par des bénéficiaires ayant subi des traitements aversifs. Le consensus le plus évident qui s'est alors dégagé est celui d'utiliser des techniques non-aversives ou non-punitives avant d'envisager l'emploi de techniques comportementales qui restreignent les droits de la per-

somme (Forget, Otis et Leduc, 1988; Foxx, 1982; Gaylord-Ross, 1980; Kazdin, 1984; L'Abbé et Marchand, 1984; La Vigna et Willis, 1987; Witt *et al.*, 1989).

Le présent texte a donc comme objectif de présenter une vue d'ensemble des techniques non-aversives à l'intérieur d'un cadre conceptuel qui respecte le droit des personnes à obtenir un traitement le moins restrictif possible et qui assure un traitement efficace.

Ce modèle hiérarchisé et orthogonal suit deux axes: d'une part, il tient compte du degré de ressources personnelles de l'individu et de l'ampleur des déficits comportementaux qu'il présente; d'autre part, il tient compte du degré de restriction des techniques d'intervention. Ce modèle de décision permet ainsi d'analyser les facteurs environnementaux et personnels impliqués dans la problématique et de planifier un plan d'intervention individualisé qui tient compte des forces, des besoins et des particularités de l'individu.

Cependant, il convient, au préalable, de préciser le concept de mesures non-aversives par rapport à celui de mesures aversives, de souligner les difficultés associées à cette problématique et de faire ressortir quelques éléments de réflexions concernant cette pratique verbale chez les intervenants behavioristes qui utilisent l'expression relativement bizarre de «mesures non-aversives».

LES DÉFINITIONS

Le concept de techniques d'intervention comportementales non-aversives est difficile à définir sans équivoque. Les ambivalences et les paradoxes conceptuels sont d'ailleurs nombreux. Ils sont tellement nombreux que l'expression «mesure non-aversive» devrait disparaître du vocabulaire des sciences du comportement. Et elle devrait l'être d'autant plus que les contingences de renforcement qui favorisent son utilisation sont discutables au plan idéologique. Ainsi, l'un des objectifs du présent texte est d'apporter des éléments qui permettraient d'éliminer cette notion de mesures non-aversives comme alternative aux techniques aversives. Il reste qu'elle est fréquemment employée aussi bien dans des contextes d'intervention que dans des contextes juridiques et c'est pourquoi nous allons tenter de cerner cette problématique.

Le premier problème qui se présente est de savoir si la notion de mesure aversive inclut celle de mesure punitive. Le concept de technique ou procédure punitive a l'avantage, lui, d'être clair: une punition désigne toute situation naturelle ou expérimentale où la probabilité de réapparition d'une réponse, sa durée, sa force ou son intensité diminue suite à la présentation ou au retrait d'un stimulus. La punition peut alors prendre deux formes: positive ou négative. Une punition est qualifiée de positive lorsqu'un stimulus, généralement aversif, est ajouté, suite à un comportement, présentation dont l'effet est de diminuer le comportement. Elle est qualifiée de négative lorsqu'un stimulus appétitif est retranché de l'environnement de l'individu suite à l'apparition du comportement (Forget, sous presse). Par conséquent, s'il est possible d'inclure la punition par présentation d'un stimulus aversif comme une technique aversive, il n'est pas clair si une

technique punitive par soustraction d'un stimulus appétitif est une mesure aversive. Dans le présent texte, nous allons considérer toutes les techniques punitives comme des procédures devant être exclues de la catégorie des techniques non-aversives.

Le deuxième problème préalable à la présentation d'une définition adéquate est relié au fait qu'avant même de savoir ce qu'est une mesure non-aversive, il faudrait savoir ce qu'est une «mesure». Dans l'expression «mesure aversive», l'emploi du terme «mesure» est fort judicieux. En effet, une mesure désigne une manière d'agir, une procédure utilisée dans des situations d'urgence, une mesure disciplinaire ou préventive (Robert, 1988). Il y a ici une idée d'intervention officielle, particulière et surtout ponctuelle, ce qui correspond au concept de mesures aversives comportementales. Mais l'emploi du même terme dans l'expression «mesure non-aversive» peut cependant favoriser une généralisation verbale et un glissement conceptuel que nous croyons ambigus. Ainsi une mesure non-aversive telle que le renforcement social ou la présence d'un environnement écologique stimulant serait une procédure préventive, ponctuelle et en fonction de circonstances particulières. Nous croyons plutôt qu'un environnement social renforçant et une niche écologique stimulante devraient être permanents.

La façon la plus simple de définir le concept de mesures non-aversives serait d'énoncer qu'une technique ou une stratégie d'intervention est non-aversive si elle n'inclut aucune mesure aversive. Il est évident qu'une telle définition est peu fructueuse puisqu'elle ne fait que déplacer le problème. Pourtant, nous allons prendre cette voie. Ainsi, il y a quatre avenues possibles pour définir le concept de mesures aversives et par conséquent de définir celui de techniques non-aversives: en fonction de la nature des stimuli utilisés, en fonction de l'effet de la procédure d'intervention sur le comportement-cible, en fonction de la nature du comportement-cible lui-même et enfin, en fonction du degré de restriction que la technique possède en regard des droits de la personne.

Les trois premières définitions sont présentées mais leurs ambiguïtés sont telles que nous ne pouvons les retenir. Seule la quatrième voie a une valeur heuristique et même si sa validité empirique n'est pas démontrée, elle sera présentée en détail.

A. La nature du stimulus

Premièrement, le concept d'aversion peut se référer à la nature même des stimuli employés par un intervenant. Ainsi, toute stratégie qui utiliserait un stimulus aversif (conditionnel ou inconditionnel) lorsque la procédure est reliée à un conditionnement classique ou une conséquence aversive (primaire ou secondaire) lorsque la procédure est reliée au conditionnement opérant serait une technique aversive. Une procédure de conditionnement classique aversif telle que l'utilisation d'un vomitif jumelé à l'absorption d'alcool dans un cas d'alcoolisme chronique, la désapprobation verbale contingente à l'émission d'un comportement social non-approprié d'un élève ou l'utilisation d'un choc électrique contingent à l'émission d'un comportement d'automutilation chez une personne

déficience profonde seraient des techniques aversives. Par opposition, le renforcement social différentiel, les techniques opérantes avec jets, l'analyse de tâche, l'enchaînement progressif, l'estompage ou l'incitation gestuelle, l'auto-instruction ou encore l'autonotation seraient des techniques non-aversives puisqu'elles n'incluent aucun stimulus aversif.

Cette définition semble claire. Pourtant, tel n'est pas le cas. Par exemple, la technique de l'immersion, utilisée en thérapie comportementale dans les cas de phobies ou d'obsessions-compulsions, consiste à exposer le client à un stimulus conditionnel phobogène (stimulus conditionnel dont la valeur aversive est apprise et qui provoque la réaction phobique) jusqu'à l'extinction de la réponse phobique ou compulsive. Il y a donc, ici, présentation d'un stimulus qui, pour l'individu, est aversif et source d'anxiété. Dans ce cadre, il faudrait donc inclure l'immersion parmi les mesures aversives. Nous pourrions faire la même chose avec les techniques d'arrêt de la pensée, de l'inoculation du stress et pourquoi pas avec la thérapie rationnelle-émotive puisqu'elles incluent, en partie, des stimuli antécédents ou des conséquences aversives (Forget, sous-pressé). Pourtant, il n'y a pas d'auteurs comportementalistes qui accepteraient d'inclure ces techniques parmi les mesures aversives puisqu'elles sont généralement considérées comme des stratégies cliniques (Forget *et al.*, 1988; Fontaine, Cottraux et Ladouceur, 1984).

De la même façon, les techniques punitives qui consistent à retirer un renfort aversif telles que le coût de la réponse ou l'isolement sans exclusion ou encore l'extinction seraient des procédures non-aversives. Mais comme certains auteurs (Foxy, 1982) incluent ces dernières parmi la catégorie des mesures aversives, il semble bien qu'un critère de démarcation en fonction de la nature du stimulus soit inadéquat.

B. Les effets sur le comportement-cible

Deuxièmement, il serait possible de trouver un critère de démarcation en fonction des effets que la technique provoque sur le comportement-cible. Dans ce cadre, toutes les techniques d'intervention comportementales qui parviennent à diminuer la fréquence, l'intensité la durée ou la force de la réponse-cible seraient des mesures aversives. Le conditionnement classique, instrumental ou vicariant aversif, les différentes formes de punition, l'extinction, la surcorrection et la correction comportementale seraient ainsi des techniques aversives. Par opposition, le renforcement social différentiel, l'autorenforcement, l'analyse de tâche, l'estompage, ou le façonnement seraient des techniques non-aversives.

Cette définition semble claire. Pourtant, tel n'est pas le cas. Par exemple, la désensibilisation systématique vise à diminuer, chez une personne phobique, l'anxiété déclenchée par un stimulus phobogène, la restriction cognitive consiste à éliminer les cognitions irrationnelles et les pensées erronées; le renversement d'habitudes vise à éliminer les tics et les habitudes nerveuses. D'après cette définition, ces techniques seraient des mesures aversives. Tel n'est évidemment pas le cas puisqu'il n'y a aucun behavioriste qui considère ces techniques cliniques

comme des mesures aversives ou punitives. Par conséquent, il semble bien qu'un critère de démarcation en fonction des effets de la stratégie sur le comportement-cible soit inadéquat.

C. La nature du comportement-cible

Une troisième voie consiste à définir la nature de la technique en fonction de la nature du comportement-cible. Cette perspective est directement liée à la précédente quoiqu'elle insiste sur la dichotomie entre comportement approprié et comportement non-approprié plutôt que sur la direction des changements: les deux aspects étant évidemment associés. Ainsi, une technique serait aversive lorsqu'elle vise la modification d'un comportement pathologique, inadéquat ou non-approprié. Par opposition, une technique serait non-aversive si elle vise la modification d'un comportement approprié ou d'une habileté fonctionnelle. Mais encore une fois, ce critère n'est pas opérationnel puisqu'il faudrait considérer l'auto-instruction (stratégie vise l'élimination des comportements d'impulsivité) ou l'intention paradoxale comme des techniques aversives, ce qui n'est pas très évident.

Avant de présenter la quatrième possibilité, voie plus féconde et qui permet d'éliminer cette alternative, nous devons nous interroger sur les facteurs qui incitent et renforcent les chercheurs et les praticiens à utiliser cette expression de «mesure non-aversive» étant donné l'impossibilité de trouver un critère de démarcation conceptuellement adéquat et opérationnel. La question est posée d'autant plus que cette expression a été proposée et est employée par des behavioristes, communauté scientifique qui annonce fréquemment et qui s'autorenforce allègrement à propos de la «clarté conceptuelle et opérationnelle» de leur approche.

LES CONTINGENCES SOUS-JACENTES À LA DICHOTOMIE «MESURES AVERSIVES/NON-AVERSIVES»

Quatre facteurs semblent responsables de l'utilisation abusive de ce vocabulaire: l'orientation de plus en plus élective des behavioristes, l'influence de l'époque paradigmatique sur ces derniers, les contraintes sociales et idéologiques qui pèsent sur les intervenants et particulièrement sur ceux qui travaillent auprès d'une clientèle présentant des comportements non-appropriés graves ou aberrants et enfin les justifications «rationnelles» des behavioristes eux-mêmes concernant l'utilisation de mesures aversives ou punitives.

A. L'orientation des behavioristes

Le premier facteur qui expliquerait l'utilisation par les behavioristes d'un concept aussi ambigu que celui de mesures non-aversives est probablement dû au

fait que leur position est de moins en moins behavioriste. Ce déplacement vers l'électisme entraînerait une diminution de la rigueur conceptuelle en renforçant l'élargissement du fossé qu'il y a entre l'analyse expérimentale du comportement et le domaine des applications éducatives ou cliniques.

Un exemple, parmi d'autres, du manque de rigueur conceptuel est le chaos qui existe dans la définition de certaines techniques. Prenons l'exemple de la description faite par certains auteurs du modèle d'intervention à restriction minimale. Ainsi, afin de respecter le droit des personnes handicapées et multihandicapées ayant des problèmes de comportement graves à obtenir un traitement (moins restrictif possible (et à éviter ainsi les situations où une mesure aversive serait recommandée d'autant plus rapidement que la personne a un retard sévère d'adaptation), plusieurs auteurs (Foxy, 1982; L'Abbé et Marchand, 1984) ont proposé un modèle qui permet de classer les procédures d'intervention utilisées pour faire diminuer ces comportements inadéquats suivant leur degré d'aversion ou de sévérité. Ce modèle à restriction minimale distingue alors trois catégories de procédures. Le premier niveau comprend les techniques de renforcement différentiel de d'autres comportements, de renforcement différentiel d'un comportement alternatif, ou encore de renforcement différentiel d'un comportement à basse fréquence. Le deuxième niveau inclut la pratique négative sans incitation, l'extinction et le retrait sans exclusion. Le dernier niveau et le plus aversif comprend, entre autres, la pratique négative avec incitation, la punition, le conditionnement aversif et la surcorrection. Tous ces auteurs soulignent clairement que les techniques du premier niveau n'ont aucune valeur aversive, et peuvent ainsi être utilisées sans contrainte. Elles seraient donc «nos» procédures non-aversives tant recherchées. Mais le problème conceptuel est que, d'une part, elles sont dénommées «techniques de renforcement» et que, d'autre part, elles permettent la diminution d'un comportement; comment alors expliquer qu'une technique de renforcement puisse provoquer la diminution d'une réponse lorsque nous savons tous qu'un procédé de renforcement implique toujours l'augmentation de la probabilité de réapparition d'une réponse. Ce manque de clarté est aussi présent dans le fait que la plupart des auteurs qui présentent ces techniques particulières de renforcement le font à l'intérieur de chapitres ou de sections intitulés «How to decrease behavior» (Alberto et Troutman, 1982), «Decreasing behaviors of severely retarded and autistic persons» (Foxy, 1982) ou encore «Reductive procedures» (Lentz, 1988).

Un deuxième exemple est celui des multiples versions données à la technique du renforcement différentiel de d'autres comportements. Globalement, cette technique consiste à renforcer l'individu s'il ne présente pas, pendant un intervalle de temps fixe et prédéterminé, le comportement-cible inadéquat. Cependant, une revue des écrits montre qu'il y a trois versions différentes (Lentz, 1988). La première est celle où la conséquence ne se produit pas pendant une pé-

1 Le terme «alternatif» est un anglicisme: nous ne pouvons pas choisir un comportement alternatif puisqu'une alternative implique toujours au moins deux choix. Même son emploi comme «solution de rechange ou de remplacement» est d'usage récent et provient de l'anglais (Hanse) 1987.

riode de temps équivalente à la période déterminée: si l'individu présente le comportement-cible avant la fin de l'intervalle, l'horloge repart à zéro. La deuxième version implique que le comportement ne doit pas être émis pendant l'intervalle mais l'horloge ne repart à zéro qu'après la fin de celui-ci, indépendamment de l'émission ou non du comportement. La troisième version précise que l'individu est renforcé si le comportement n'est pas émis à la fin de l'intervalle, pendant les cinq dernières secondes par exemple. Ces précisions ne sont certainement pas superficielles lorsqu'on constate que la première version (procédure plus efficace que les deux autres) est identique à une procédure punitive puisque chaque émission du comportement-cible retarde la présentation du stimulus appétitif. Cette procédure est donc l'inverse d'une procédure de renforcement négatif. Dans ce dernier cas, l'émission d'un comportement prévient ou retarde la présentation d'un stimulus aversif; dans la procédure punitive dont il est question, l'émission du comportement retarde la présentation d'un stimulus appétitif. Dans un renforcement différentiel de d'autres comportements, il y a une véritable contingence punitive entre le comportement-cible et la conséquence. Il faut alors s'interroger sur les contingences verbales, sociales et conceptuelles qui favorisent un tel changement de vocabulaire. Est-ce que ce changement donne l'illusion que la stratégie est moins aversive et moins restrictive pour le client parce que la mesure se nomme «renforcement» plutôt que «punition»? Celui-ci pourrait-il contester aussi facilement l'utilisation de cette technique puisque l'argument qu'on peut lui fournir est qu'il fait l'objet d'une procédure de renforcement et non punitive, d'une mesure non-aversive et non aversive? Et en allant au bout de cette logique, nous pourrions lui indiquer que ce débat n'est que matière à opinion et que s'il perçoit cette stratégie comme restrictive, ce n'est que sa perception, ce n'est que «dans sa tête»: le mythe du mot magique n'est-il pas du domaine de la cognition? Evidemment, il ne s'agit pas ici de prêter des intentions de ce type aux behavioristes qui recommandent ou utilisent cette stratégie. Il s'agit de souligner les conséquences potentielles d'un manque de rigueur lorsque des contingences sociales interfèrent avec des concepts empiriques. Et il ne faut pas sous-estimer ces dangers. Les changements apportés par Freud dans ses thèses psychodynamiques vers 1895 en sont un bel exemple particulièrement lorsqu'il commença à croire que les traumatismes de ses patientes étaient «dans leur tête» plutôt que dans leur environnement social et familial: la patiente n'avait pas été abusée, elle avait eu le phantasme de l'abus (Masson, 1984).

B. L'étape préparadigmatique des sciences humaines

D'après des auteurs tels que Leduc (1984) ou Staats (1975), les sciences humaines sont à une étape préparadigmatique de leur développement. Cette caractéristique implique que les chercheurs et les praticiens de ces disciplines ne font aucun consensus sur l'objet d'étude prioritaire (est-ce le comportement, la psyché, la cognition?), sur la méthode et les critères de validité (est-ce la méthode scientifique, l'intuition clinique, la logique?), sur les objectifs à poursuivre (est-ce l'application des représentations mentales, la compréhension de la nature profonde

de l'être humain, la description des comportements en milieu naturel, la manipulation expérimentale de variables?) ou encore la thèse (est-ce l'environnement qui façonne nos comportements, la perception subjective de ces événements ou encore notre organisation phylogénétique?). Les fondements épistémologiques ne font même pas consensus: sont-ils reliés à l'empirisme, au positivisme logique, au rationalisme, au mentalisme, au réalisme, au pragmatisme ou encore à l'opérationnalisme? Cette étape préparadignatique implique que les chercheurs sont intéressés à mettre en évidence leurs divergences méthodologiques et théoriques plutôt que de rechercher les points communs dans une optique d'avancement. Et l'un des résultats de cette absence de consensus est l'intérêt de chacun de se démarquer en évitant de reconnaître, à l'occasion, l'apport des autres. Et l'une des façons d'atteindre cet objectif est d'élaborer un vocabulaire particulier.

C'est à ce niveau que le manque de rigueur du vocabulaire béhavioriste peut s'expliquer. Lors d'une phase préparadignatique, l'auteur qui invente un nouveau concept, en utilisant un nouveau vocabulaire, risque d'être renforcé. La tentation est alors de proposer de nouveaux termes même s'ils décrivent les mêmes réalités que des termes déjà existants. Par exemple, Foxx (1982) présente une technique non-aversive appelée le renforcement différentiel d'un comportement à basse fréquence. Mais la définition fournie montre qu'elle n'est qu'une forme particulière d'un renforcement différentiel du débit lent. Un autre exemple est celui de la théorie de l'apprentissage de Bandura (1980). En effet, celui-ci tente de se démarquer du béhaviorisme classique en indiquant qu'un stimulus conditionnel, discriminatif ou renforçant a toujours trois fonctions: motivante, informative et renforçante. Mais il «oublie» d'indiquer que Staats avait déjà présenté exactement la même hypothèse sauf que celui-ci utilisait les termes de fonctions affective, directive et renforçante (voir Staats, 1983, pour lire des allusions de cet événement). Un autre exemple est celui du concept d'autoverbalisation de Meichenbaum (1974). Cet auteur reconnaît qu'il s'est inspiré des travaux de Vygotski, mais il insiste surtout sur les différences entre son concept et celui du psychologue soviétique. Pourtant, la ressemblance est beaucoup plus manifeste.

Dans cette perspective, il serait plus renforçant de proposer un nouveau concept tel que celui de mesures non-aversives. Ceci permettrait d'indiquer qu'un plan d'intervention qui respecte le modèle à restriction minimale inclut en premier lieu, des mesures autres que punitives ou aversives. Cependant, nous croyons qu'il est plus approprié d'indiquer qu'un tel plan doit inclure, en priorité, des techniques telles que le renforcement social différentiel, les contrats de contingences, l'analyse de tâche, le façonnement, le modelage ou encore le guidage physique. Cette perspective garantit davantage que les techniques utilisées sont réellement des stratégies non-aversives ou non-punitives.

C. Les contingences sociales des béhavioristes

Un troisième facteur qui peut expliquer l'intérêt apporté aux mesures aversives et non-aversives est relié aux conditions culturelles, sociales et administratives vécues par les béhavioristes qui travaillent en milieu scolaire, en centre d'ac-

cueil ou en psychiatrie. Dans ces milieux, comme dans la société en général les objectifs poursuivis lorsqu'un individu présente de façon relativement persistante des comportements aberrants est de trouver un moyen rapide pour les éliminer le plus efficacement possible. Comment, dans ce cas, ne pas être sollicité et incité à employer des stratégies qui visent directement ces objectifs, donc par définition des mesures aversives ou punitives? D'ailleurs, l'hypothèse des béhavioristes selon laquelle les comportements humains peuvent être modifiés par la réorganisation des variables environnementales laisse facilement prise à de telles sollicitations. Par exemple, il est fréquent qu'une école ou une commission scolaire demande à un psychologue, qu'il soit d'orientation béhavioriste ou non, de participer à l'élaboration d'un plan d'intervention d'élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage. Il est cependant plus rare qu'il soit invité (ou qu'il s'organise pour être invité) à participer à l'étude ou à l'élaboration de programmes pédagogiques en lecture, en écriture, en mathématiques ou en sciences. Pourtant, le psychologue béhavioriste est, en principe, un spécialiste de l'apprentissage.

Au début des années soixante, les premiers professionnels d'orientation béhavioriste ont fait leur apparition en milieu appliqué. Leur formation académique était alors un stimulus dont les fonctions émotionnelles et directives étaient fortes et significatives. L'anticipation de leur efficacité personnelle renforcée par leurs premiers succès avait une fonction renforçante qui les rendaient relativement autonomes et indépendants des contingences naturelles de ces milieux. Par exemple, l'affirmation courante selon laquelle plusieurs personnes multihandicapées présentant un retard sévère d'adaptation ne peuvent apprendre des habiletés adaptatives n'avait pas de valeur démotivante, au contraire. D'ailleurs, jusqu'à tout récemment, les unités de thérapie comportementale de plusieurs centres d'accueil et d'hôpitaux psychiatriques devaient leur existence à celle des bénéficiaires les plus récalcitrants aux traitements traditionnels. Mais avec les années et devant l'augmentation du nombre de personnes ayant un retard d'adaptation qui doivent recevoir au même titre que toute autre personne, des services cliniques ou éducatifs, il est apparu que les contraintes biologiques et développementales rendaient l'obtention de changements comportementaux plus difficiles: les changements n'étaient pas aussi importants au plan social, et aussi rapides que souhaité. La valeur affective, directive ou renforçante de l'approche est devenue plus discrète: l'intervenant ne se présente plus comme un béhavioriste, mais un professionnel de la santé mentale, du retard mental, des handicaps sensoriels ou de l'intégration sociale et communautaire. Les contingences culturelles, sociales et idéologiques vécues par l'ensemble des intervenants des réseaux scolaire et social deviennent le pain quotidien des béhavioristes comme des autres intervenants. Et sur le plan théorique, l'apparition des théories cognitives arrive à point: si une technique comportementale s'avère peu efficace, ce n'est plus relié à celle-ci, à son application, à l'analyse des relations fonctionnelles entre le comportement-cible et celle-ci ou au nombre de fois qu'elle est effectivement appliquée, mais bien aux contraintes cognitives inhérentes à l'individu.

D. Les justifications rationnelles des behavioristes

Une recension des écrits théoriques et expérimentaux dans le domaine des mesures aversives (Lennox *et al.*, 1988; Mulick et Kedesdy, 1988) montre que les arguments en faveur de l'utilisation de mesures aversives ou punitives sont de plus en plus artifiels. Dans ce contexte, il y a quatre arguments qui sont présents: la nécessité de mesures aversives dans certains cas graves, la difficulté d'obtenir la généralisation des apprentissages suite à des stratégies de renforcement, la valeur non scientifique des idéologies, même de celle liée à la normalisation et l'existence, comme autre choix, de mesures non-aversives.

Pour certains auteurs (Braaten *et al.*, 1988), l'emploi de mesures aversives s'avère souvent nécessaire dans les cas de personnes présentant des comportements aberrants et graves tels que l'automutilation, les comportements de pica ou encore l'agression physique. Ainsi, la persistance de comportements pouvant mettre en danger l'intégrité physique d'une personne serait un élément à retenir dans l'élaboration d'un plan d'intervention. Cette position n'implique pas que le modèle d'intervention à restriction minimale est rejeté. Au contraire, ces auteurs insistent pour reconnaître la nécessité d'une telle procédure au plan des droits de la personne. L'argument implique seulement que le recours aux mesures aversives serait inévitable dans le cas des personnes handicapées présentant ce type de comportements. Mais le problème est de savoir quels sont les critères empiriques qui permettent de déterminer la gravité d'un cas. La délimitation de tels critères scientifiques est loin d'être réalisée et il est possible que cette voie soit sans issue. Par exemple, Mulick et Kedesdy (1988) décrivent l'automutilation comme un comportement grave parce qu'il va à l'encontre du principe naturel de survie. Pourtant, il n'est pas certain que les automutilateurs meurent d'automutilation. Le seul comportement «volontaire» et paradoxal à la survie est le suicide et il n'est pas évident que le taux de suicides soit plus élevé chez ces personnes.

Le deuxième argument avancé est relié au fait que les techniques non-aversives seraient peu efficaces dans le cas d'une pathologie grave et que la généralisation des acquis serait minime. Cependant, la validité empirique de ces deux affirmations est discutable. Premièrement, il ne s'agit pas de nier l'efficacité des techniques aversives ou punitives. Mais ceci n'implique pas que d'autres techniques sont inefficaces, même s'il est vrai qu'elles sont surtout utilisées pour des problèmes relativement mineurs. Il ne faudrait pas décider, a priori, du degré d'efficacité d'une technique d'intervention. Pourtant, cette attitude semble être présente chez quelques chercheurs. Ainsi, en milieu scolaire, les difficultés d'apprentissage sont généralement jugées trop graves pour être modifiées par une «simple» technique de renforcement social. La preuve est qu'il n'y a que six études qui ont évalué l'impact d'une telle stratégie sur le rendement scolaire (Forget *et al.*, 1988). Pourtant, les six recherches obtiennent des résultats significatifs. Les réticences envers l'utilisation d'une technique aussi peu aversive ne sont donc pas basées sur une analyse scientifique. Dans la même perspective, Lennox *et al.* (1988) montrent, à partir d'une recension des écrits publiés de 1981 à 1985 dans huit revues spécialisées, que les techniques non-aversives telles que le renforcement différentiel, le contrôle du stimulus, le jeu de rôle, l'inclination éducative, le

guidage physique ou la satiété sont aussi efficaces que les techniques aversives du niveau 3 du modèle à restriction minimal (retrait avec exclusion, contention comportementale, conditionnement aversif) pour modifier les comportements graves de personnes ayant un retard d'adaptation sévère. Cette recension montre que ces techniques punitives permettent une diminution des comportements d'automutilation dans 70% des cas, de l'agression dans 44% des cas et des comportements stéréotypés dans 46% des cas. Mais parallèlement, l'efficacité des techniques non-aversives est comparable: dans 71% des cas, elles permettent une diminution de l'automutilation, l'agression diminue dans 63% des cas et les comportements stéréotypés dans 85% des cas. Pour donner un exemple révélateur, la technique de la surcorrection, proposée par Foxx (1982) comme une procédure éducative et punitive qui permet la modification de l'automutilation est efficace dans 56% des cas recensés. Par contre, le guidage physique, mesure moins restrictive, permet d'obtenir une diminution de l'automutilation dans 85% des cas. Deuxièmement, il est vrai que les stratégies non-aversives n'impliquent pas une généralisation automatique des apprentissages. Il est même vrai que cette généralisation est rarement évaluée. Ladouceur et Auger (1980) relèvent que dans les revues d'orientation comportementale, la généralisation est évaluée dans moins de 25% des recherches. Cette pratique va d'ailleurs à l'encontre même de l'analyse appliquée du comportement puisque cette discipline est caractérisée, théoriquement du moins, par son souci d'évaluer la généralisation et le maintien des acquis (Baer, Wolf et Risley, 1968; Magerotte, 1984). Par contre, cette situation n'entraîne pas que la généralisation soit davantage garantie lors de l'emploi de mesures aversives. Par exemple, Mulick et Kedesdy (1988) rapportent que la contention comportementale est très efficace pour diminuer les comportements d'agression physique et de coprophagie, mais soulignent aussi l'absence totale de généralisation. Mais alors, comment expliquer dans un tel contexte l'intérêt culturel et social des procédures aversives? Une explication plausible est que les intervenants qui utilisent une technique aversive sont renforcés négativement à maintenir leur stratégie, d'autant plus que la technique est efficace à court terme. En effet, il est démontré que plus une technique est aversive, plus l'effet sur le comportement-cible est rapide et significatif (Azrin, 1960). Par conséquent, l'emploi d'une mesure aversive met fin à une situation (le problème grave du bénéficiaire) qui est, pour lui, aversive. Par comparaison, l'impact des mesures non-aversives est moins apparent et n'entraîne pas un processus équivalent de renforcement positif puisque les changements sont souvent lents.

Un troisième argument qui peut renforcer la pratique d'inclure des mesures aversives dans un plan de traitement est présenté par Mulick et Kedesdy (1988). En effet, ces auteurs soulignent, avec raison, que le concept de normalisation, et par extension celui de modèle d'intervention à restriction minimale, ne s'appuie aucunement sur des principes scientifiques. Cette situation pourrait alors empêcher l'utilisation d'un traitement qui est efficace pour améliorer la condition d'un bénéficiaire. Par exemple, ils contestent la décision de l'«Association for People with Severe Handicaps» de refuser d'organiser des conférences portant sur les

mesures aversives. Ils contestent ainsi la décision de retirer du champ de la science une telle problématique et de la restreindre au seul domaine de l'idéologie. Ils comparent d'ailleurs cette attitude à celle de l'affaire Lyсенko dans le domaine de la génétique et à celle reliée à la guerre des étoiles du président Reagan. Cet argument, fort judicieux, pose cependant le problème de la nature des choix exercés par des groupes sociaux et de leur justification. Il permet aussi de s'interroger sur le droit des personnes à obtenir un traitement efficace, et même sur leur droit à obtenir le traitement le plus efficace. Dans cette perspective, il est clair que la recherche expérimentale a démontré que l'emploi d'une procédure impliquant une augmentation graduelle du niveau d'aversion du stimulus entraîne une forme d'habituation. Dans ce cas, la procédure la plus efficace est celle qui applique, dès le départ, le stimulus le plus aversif. Evidemment, ceci va exactement à l'encontre du modèle à restriction minimale.

Devant cette position, nous avons quelques interrogations. D'une part, la position de Mulick et Kedesdy (1988) suppose que la supériorité des mesures punitives est démontrée scientifiquement au niveau des comportements humains, que les techniques aversives favorisent davantage la généralisation des acquis, qu'elles provoquent moins d'effets secondaires négatifs et que ces effets secondaires sont moins importants que les effets négatifs du comportement aberrant. A notre avis, les données scientifiques disponibles actuellement ne supportent aucune de ces quatre affirmations. D'autre part, il est clair qu'une grille éthique ou idéologique ne doit jamais influencer le contenu même d'une loi scientifique. Par exemple, dans l'équation $E = mc^2$, il n'y a aucun paramètre idéologique. Le choix éventuel d'une meilleur équation ne pourra pas, non plus, s'appuyer sur des considérations éthiques. Cependant, l'utilisation d'une loi scientifique pour des technologies n'est pas uniquement un problème scientifique. La préférence pour une technologie particulière et le choix des conditions d'application impliquent toujours une idéologie sociale. Par exemple, le choix de la meilleure application scientifique de la diminution de la couche d'ozone dans l'atmosphère terrestre ne doit pas être affecté par les valeurs idéologiques ou culturelles des physiciens et des météorologistes, mais le choix des moyens pour régler ce problème rapidement ne peut être laissé uniquement aux chercheurs: le problème n'est pas seulement scientifique, il est aussi social et juridique. Dans le cas contraire, nous pourrions imaginer une situation où les scientifiques auraient démontré hors de tout doute raisonnable que la peine de mort a plus d'impact sur d'éventuels criminels lorsque les condamnés sont pendus plutôt qu'électrocutés sur une chaise. Mais l'alternative est de savoir si une société utilise ou non la peine de mort. Evidemment, s'il y avait un moyen qui garantit la disparition de toutes les formes de crimes, le choix serait facile: mais il impliquerait probablement la disparition de la peine de mort elle-même. De la même façon, une analyse scientifique pourrait démontrer que la cause principale de la pollution sur cette planète est l'ensemble des attitudes et des comportements des humains. Ainsi, la meilleure technique serait d'éliminer les humains: nous serions certains qu'aucune pollution humaine ne pourrait contaminer la nature. Cependant, il faut retenir que ces considérations ne signifient pas que l'idéologie doit s'insérer

dans le choix des théories scientifiques. Dans le présent contexte, une perspective scientifique devrait favoriser l'analyse des contingences de renforcement (et de punition) qui amènent des individus ou des groupes sociaux à éliminer ou à favoriser une technologie plutôt qu'une autre. Mais par ailleurs, le problème très pragmatique posé par cette dichotomie entre mesures non-aversives et aversives est que personne n'a pu démontrer de façon claire la supériorité à long terme, des techniques punitives.

Le dernier facteur qui peut expliquer l'intérêt des mesures aversives est la justification linguistique que de toutes façons, les comportementalistes ne sont pas intéressés exclusivement par les méthodes aversives puisqu'il y a, «évidemment», des mesures non-aversives. Encore une fois, nous préférons la perspective selon laquelle nous nous assurons qu'une personne en difficulté bénéficie de mesures de renforcement, écologique, éducative et clinique adaptées à ses besoins et à ses particularités avant d'inclure, dans un plan de traitement, des mesures punitives ou aversives.

MODÈLE D'INTERVENTION HIÉRARCHISÉ ET CUMULÉ

Le but de la première partie de cet article est de démontrer qu'un plan d'intervention individualisé ne peut être élaboré à partir de l'alternative «mesures non-aversives/mesures aversives». Nous espérons ainsi avoir démontré qu'il est insuffisant et très discutable de dire que des mesures non-aversives ont été appliquées auprès d'une personne en difficulté pour justifier l'emploi de mesures aversives. Mais alors, comment élaborer un plan d'intervention qui respecte d'une part le droit de la personne à un traitement efficace et d'autre part un traitement le moins restrictif possible?

La perspective que nous proposons repose sur deux principes (voir la figure 1). Le premier reconnaît que le niveau d'handicap d'une personne ou encore la gravité de ses comportements ne doit jamais déterminer le degré d'aversion ou de restriction de la technique d'intervention qui lui est proposée. Le degré d'handicap doit plutôt déterminer le degré de structuration de la procédure: plus une stratégie est planifiée et structurée, plus elle risque d'être efficace, et ce, d'autant plus que la personne est en difficulté d'apprentissage ou d'adaptation. Le deuxième principe s'appuie sur le concept d'intervention à restriction minimale: un plan d'intervention inclut une stratégie restrictive si et seulement si une procédure moins restrictive s'est avérée empiriquement inefficace. Ces deux critères nous permettent ainsi d'échapper à la dichotomie non-aversif/aversif et l'expression de technique non-aversive devient inutile. Cette solution peut être analysée dans une perspective juridique. Nous allons ici nous en tenir à l'aspect comportemental.

Le modèle proposé est hiérarchisé et cumulatif. Il est hiérarchisé parce que les techniques sont ordonnées suivant une échelle hiérarchisée allant des moins restrictives aux plus restrictives. Il est cumulatif parce que l'introduction d'une technique restrictive n'implique pas le retrait de la technique moins restrictive en

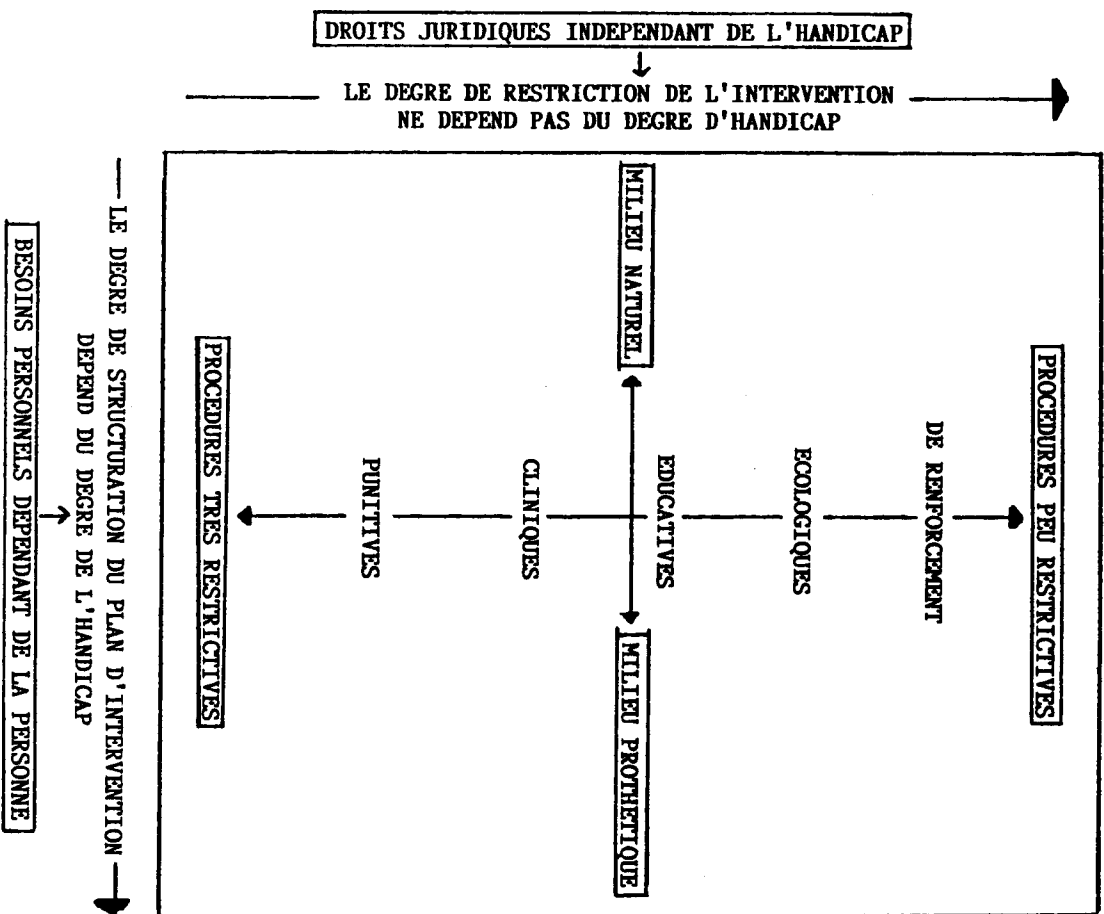


Fig. 1 - La structuration d'un modèle d'intervention hiérarchisé et cumulé.

vigueur; elle s'y ajoute jusqu'au moment où les changements justifient le retrait de la technique restrictive. Par exemple, l'utilisation d'une technique punitive ne doit jamais remplacer une stratégie éducative ou une procédure de renforcement. Elle complète ces dernières et doit être retirée le plus rapidement possible. Dans cette deuxième partie de l'article, les deux composantes de ce modèle de décision et d'intervention sont présentées en détails.

A. Le degré de structuration d'une intervention comportementale

Le principe selon lequel le degré de restriction ou le niveau de contrainte d'un traitement offert à un individu sont indépendants de ses difficultés ne s'appuie pas sur une grille d'évaluation scientifique mais exprime plutôt un orientation sociale et juridique. En d'autres termes, les droits juridiques d'une personne sont indépendants de sa condition sociale, physique ou comportementale. Mais ses besoins, ses particularités et le niveau de ses difficultés déterminent le degré de structuration de l'intervention (voir la figure 2). Une personne handicapée a le droit d'obtenir un traitement efficace. Mais le degré d'efficacité d'une technique ne dépend pas de son degré de restriction ou d'aversion. Il dépend plutôt de son niveau de structuration et de systématisation: plus une stratégie est structurée, plus il est probable qu'elle soit efficace. Ce principe fait ressortir la confusion engendrée occasionnellement par la notion de mesures aversives et non-aversives: certains croient qu'une mesure aversive ou punitive est nécessairement structurée et systématique; par opposition, une mesure non-aversive serait moins structurée. Pourtant, plusieurs interventions parentales ou éducatives de nature punitive sont peu structurées. De la même façon, une stratégie structurée n'implique pas qu'elle est punitive ou aversive.

La notion de degré de structuration d'une intervention doit être précisée. Cette règle ne s'appuie pas uniquement sur le niveau de difficulté de l'individu mais aussi sur le niveau des objectifs poursuivis. Ainsi, de façon plus précise, le degré de structuration d'un plan d'intervention est déterminé par l'écart qui existe entre l'objectif terminal et le niveau de fonctionnement de la personne. Ce degré de structuration ne peut être établi à partir du seul fonctionnement de l'individu. Par exemple, si le plan d'intervention individualisé d'une personne ayant une déficience intellectuelle prévoit un objectif d'apprentissage très simple et très facile à atteindre, il n'est pas nécessaire d'élaborer une stratégie très systématique. Les événements de la vie quotidienne ou l'organisation des services déjà disponibles sont peut-être suffisants pour permettre le changement souhaité. *A contrario*, une intervention doit être structurée si l'objectif d'apprentissage est difficile, même pour une personne particulièrement douée.

La question maintenant est d'identifier les paramètres qui permettent d'évaluer le degré de structuration d'une stratégie d'intervention. Il y a quelques années déjà, Giroux (1981) avait proposé de façon élogieuse cette exigence d'élaborer des plans d'intervention structurés lorsque les sujets présentent des retards d'apprentissage ou d'adaptation graves. Cet auteur proposait alors d'évaluer le

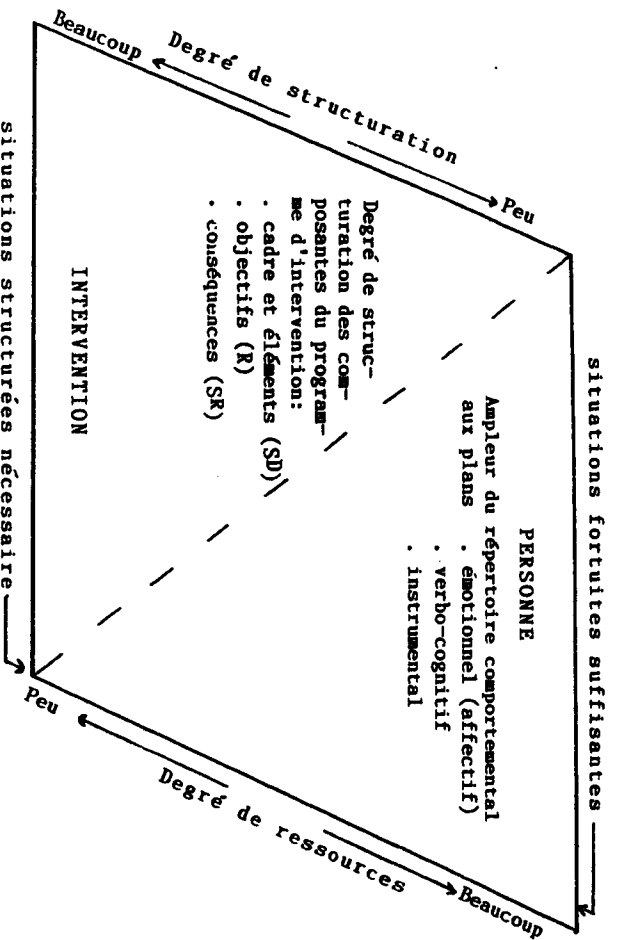


Fig. 2- Les relations entre le degré de ressources de la personne et le degré de structuration du plan d'intervention.

degré de structuration d'une stratégie à partir de trois paramètres reliés essentiellement aux trois variables impliquées dans une analyse comportementale fonctionnelle: les stimuli antécédents (SD), le comportement-cible (R) et les stimuli conséquents (SR).

Au niveau des stimuli antécédents, un plan qui prévoit de façon systématique le cadre (le moment et le lieu) où l'apprentissage doit se réaliser ainsi que les éléments de la programmation (les consignes sociales, les informations cognitives, l'approche pédagogique, le matériel didactique) est plus structuré qu'un plan qui ne précise aucun de ces paramètres ou d'un plan qui laisse au hasard des événements ces choix. Deuxièmement, un plan est d'autant plus structuré que le comportement-cible est subdivisé en plusieurs unités comportementales: plus la chaîne comportementale est atomisée, c'est-à-dire définie en termes spécifiques, plus l'objectif d'apprentissage est structuré. Par exemple, l'objectif d'un plan est d'amener un enfant présentant un problème d'incontinence urinaire à se rendre seul à la salle de toilettes. Une version relativement structurée pourrait définir l'objectif dans les termes suivants: 1- se rendre à la toilette lorsque la pression de l'urine est élevée; 2- baisser la culotte; 3- uriner; 4- monter la culotte. Une version plus structurée pourrait préciser davantage chaque étape. Par exemple, la deuxième étape pourrait être subdivisée en six sous-étapes: 2,1- détacher le bouton du haut; 2,2- trouver le curseur de la fermeture-éclair; 2,3- descendre le cur-

seur jusqu'en bas de la fermeture; 2,4- prendre chaque côté du pantalon; 2,5- descendre le pantalon jusqu'aux chevilles; 2,6- descendre la petite culotte. Troisièmement, un plan est structuré si les conséquences qui suivent immédiatement l'émission du comportement-cible sont déjà prévues, si la nature de ces conséquences (sociales, matérielles, physiques) est choisie en fonction de leurs relations fonctionnelles avec le comportement, si le type de contingences et le type de programmes de renforcement ou de punition (continu, intermittent, différentiel, complexe) sont spécifiés dès l'élaboration du traitement.

Pour établir le degré de structuration de l'intervention projetée, il faut aussi déterminer un ou plusieurs objectifs à court terme ainsi que le niveau de base du comportement-cible. L'objectif à court terme et les sous-objectifs découlent d'un objectif à long terme qui vise une meilleure intégration sociale ou scolaire de la personne. L'objectif à court terme doit être défini de manière opérationnelle: quel comportement la personne doit-elle accomplir; dans quelles conditions ce comportement doit-il se présenter; quel critère de réussite demande-t-on pour décider que l'habileté est maîtrisée? L'établissement du niveau de base implique une évaluation fonctionnelle du comportement-cible. Il s'agit alors d'observer non seulement la fréquence ou la durée du comportement mais aussi les stimuli présents au moment de l'émission de celui-ci et les conséquences qui surviennent en contingence à son apparition. Il s'agit de noter s'il y a des covariations entre le comportement et des éléments environnementaux. L'existence de telles relations permet d'élaborer plus facilement une stratégie d'intervention significative.

B. Le degré de restriction d'une stratégie comportementale

Le deuxième principe qui doit guider l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé est l'établissement du degré de restriction qu'une technique particulière implique par rapport aux droits de la personne. Ainsi, il semble évident que la présentation d'un modèle (technique éducative par modelage) qui favorise chez un bénéficiaire l'apparition d'un comportement approprié est moins restrictif quant à ses droits que l'application d'une contention mécanique ou d'une sur-correction.

En 1980, Gaylord-Ross a proposé un modèle de décision et d'intervention à restriction minimale où les techniques comportementales sont divisées en quatre catégories et placées suivant un ordre croissant de restriction: les techniques de renforcement, les procédures écologiques, les procédures éducatives et les techniques punitives. D'après ce modèle, un plan d'intervention doit toujours inclure, dans un premier temps, des techniques de renforcement. Ce n'est que si elles sont inefficaces pour améliorer les habiletés de l'individu qu'une modification des conditions écologiques peut être réalisée. Dans les cas où cet ajout s'avère inefficace, une stratégie éducative doit être élaborée. Ce n'est qu'après avoir appliqué une telle démarche qu'une mesure punitive peut être intégrée au plan d'intervention. Cette dernière mesure ne remplace pas les stratégies moins restrictives; elle les complète. Cette règle permet d'éliminer la procédure punitive le

plus rapidement possible et s'assurer que les acquisitions sont sous le contrôle de variables moins restrictives.

Dans l'ensemble, la hiérarchisation de Gaylord-Ross (1980) se justifie. Ainsi, les techniques de renforcement sont généralement moins restrictives parce qu'elles sont déjà dans le répertoire comportemental de l'individu. Il s'agit donc dans un premier temps de consolider les forces du bénéficiaire ou encore d'augmenter les comportements adaptés dont la fréquence, la force ou la durée est insuffisante. Cette orientation rejoint le concept de « plan de services individualisé » proposé par l'Office des personnes handicapées du Québec (1984). En effet, l'orientation de cet organisme stipule qu'un plan doit toujours débiter par l'identification des forces d'une personne en difficulté plutôt que par l'identification de ses faiblesses, celles-ci étant considérées comme des particularités, comme ses talents d'ailleurs. Le deuxième niveau du modèle implique que dans certains cas, l'habileté visée ne se manifeste pas parce que l'environnement ne contient pas les éléments et les objets nécessaires à son acquisition. Par exemple, il est difficile pour un jeune enfant mongolien d'apprendre à jouer avec des jouets si le centre d'accueil où il réside ne fournit pas ce genre de matériel sous prétexte qu'il est trop « déficient » pour apprendre à jouer. Evidemment, s'il retrouve dans son milieu (famille naturelle, centre d'accueil, foyer de groupe, appartement supervisé, famille d'accueil) les éléments « écologiques » pour apprendre naturellement, c'est-à-dire pour apprendre par l'intermédiaire des contingences de renforcement naturelles, il n'est pas nécessaire de lui enseigner systématiquement. En ce sens, une procédure écologique est moins restrictive qu'une stratégie éducative. Par exemple, il est moins restrictif pour une personne handicapée physique de se promener en chaise roulante dans une ville dont l'architecture des trottoirs facilite ce genre de déplacements que de lui enseigner à demander aux gens de l'aide pour « monter » un trottoir qui n'a aucune pente. Par ailleurs, si la présence des éléments environnants est insuffisante pour provoquer l'apprentissage, il faut ajouter ou modifier les procédures éducatives; c'est ici que la didactique de l'enseignement et la technologie éducative prennent toute leur importance. Dans le modèle de Gaylord-Ross, les procédures punitives peuvent être suggérées seulement après avoir démontré l'inefficacité des stratégies éducatives.

Le modèle que nous proposons s'inspire de celui de Gaylord-Ross (1980) tout en étant plus complet. En effet, nous croyons important d'ajouter l'ensemble des techniques comportementales cliniques à ce tableau. Ainsi, il est possible qu'une stratégie éducative s'avère inefficace parce que l'individu présente un niveau d'anxiété trop élevé, des croyances erronées ou des cognitions irréalistes. Ces facteurs personnels viendraient inhiber l'acquisition d'habiletés adaptées. Les techniques de relaxation, de désensibilisation systématique ou de restructuration cognitive devraient donc précéder l'implantation de toutes stratégies punitives et la gravité des comportements inadéquats d'une personne en difficulté n'est pas un facteur pouvant justifier l'absence de services cliniques. Dans ce contexte, il peut être moins restrictif de proposer des psychotropes, mesure médico-clinique, qu'un conditionnement aversif ou qu'une contention mécanique (voir la figure 3). Mais ceci implique aussi qu'une démarche clinique ne vient jamais se

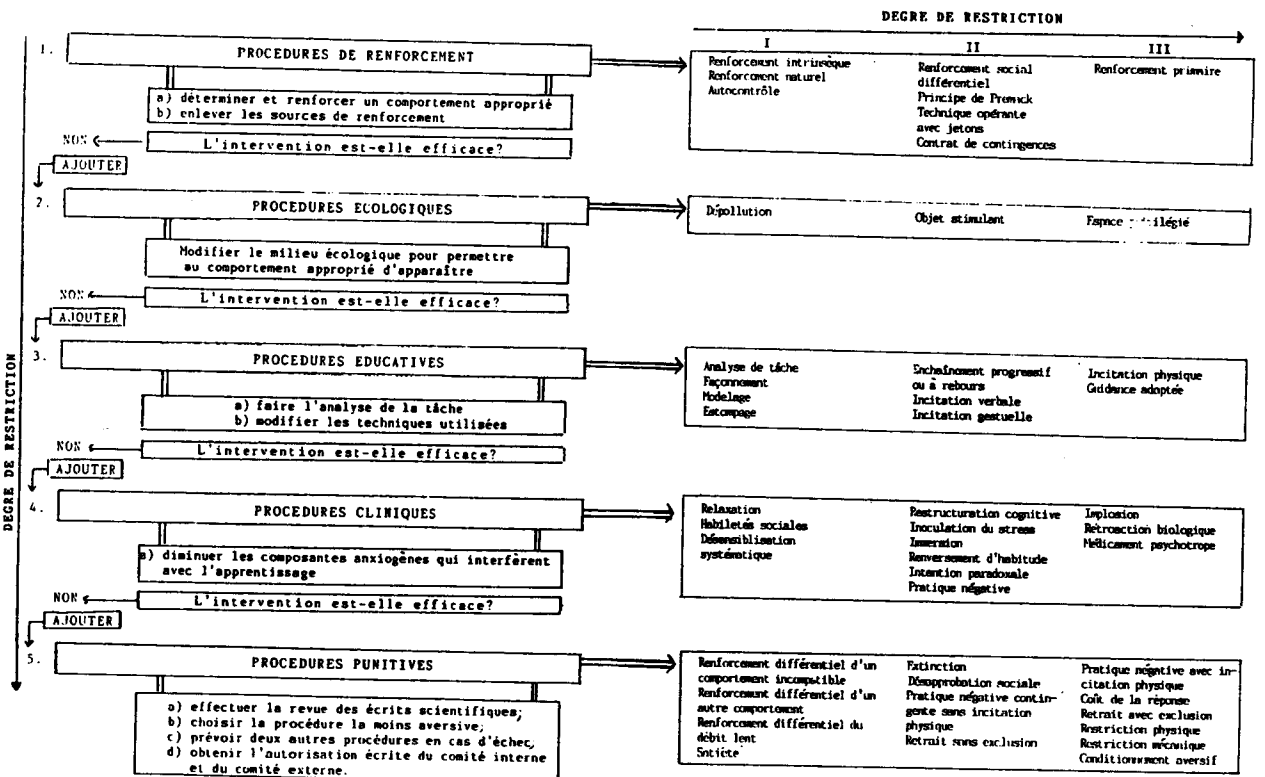


Fig. 3- Algorithme de décision quant au choix d'une technique d'intervention.

substituer à une absence de sources de renforcement, à des contraintes écologiques indues ou à des stratégies éducatives inefficaces. Elle vient plutôt s'ajouter et compléter des procédures renforçantes, écologiques et éducatives.

Afin d'expliquer davantage ce modèle, nous allons présenter quelques éléments de chacun des cinq niveaux

1. Les techniques de renforcement

L'utilisation de renforçateurs sociaux, matériels ou physiques contingente à des comportements particuliers est l'un des moyens dont dispose un intervenant afin d'augmenter la fréquence d'apparition des comportements appropriés qui sont déjà dans le répertoire de l'individu. Sans faire une présentation exhaustive de toutes les techniques reliées à ce procédé, mentionnons celles qui sont les plus utilisées

La plus simple au plan conceptuel est le renforcement social différentiel qui consiste à donner de l'attention aux comportements appropriés et à ignorer les comportements inadéquats du sujet. Cette technique s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle l'attention d'un adulte peut avoir une fonction renforçante. Dans une recension des écrits, Sait'way et Dillon (1977) montrent que dans 78% des cas, un changement significatif du comportement-cible est noté, ce qui est fort intéressant si l'on considère qu'elle n'exige aucune ressource financière particulière: elle est essentiellement reliée aux habiletés sociales de l'intervenant. Il faut préciser que lorsqu'elle est utilisée seule, les comportements-cibles sont généralement l'attention à la tâche et le respect des consignes dans un contexte scolaire. Il n'y a pas de recherches qui ont tenté de démontrer son efficacité face à des comportements sociaux graves. Ceci ne signifie pas que dans ces cas, elle doit être mise à l'écart. Au contraire, elle doit faire partie de n'importe quel plan d'intervention, même si elle est insuffisante pour modifier un comportement problématique.

L'une des techniques les plus connues de l'analyse appliquée du comportement est certainement la technique opérante avec jetons. Cette stratégie consiste à distribuer des jetons ou des points contingents à l'apparition du comportement-cible. Ces jetons sont alors échangés, suivant différentes modalités, pour des activités intéressantes, appelées renforçateurs d'appui. L'efficacité de cette technique a été maintes fois démontrée en milieu familial, scolaire, psychiatrique et de réadaptation (Kazdin, 1984).

Les contrats de contingences sont semblables aux techniques avec jetons mais dans ces cas, les comportements-cibles, les situations, les critères de performance et les conséquences aménagées font l'objet d'un accord formel, souvent sous forme écrite, entre le bénéficiaire et les intervenants (Denisi et Butz, 1975). Cette stratégie permet aussi de faire participer le sujet et même avec des enfants déficients mentaux modérés, elle facilite l'emploi de procédures d'autocontrôle (Dubreuil, 1982).

Le principe de Premack, appelé aussi la loi de la probabilité différentielle, est une autre stratégie qui peut être utilisée aussi bien dans les établissements de

réadaptation qu'en milieu scolaire ou familial. Mais très peu de recherches ont évalué de façon systématique son efficacité. Cette procédure consiste à permettre au sujet d'émettre un comportement qu'il préfère dans la mesure où il présente, préalablement, le comportement-cible. En d'autres mots, le comportement visé par l'intervention est la réponse instrumentale et la conséquence, la réponse contingente, celle-ci étant préférée à la première. L'une des variantes de cette technique est de permettre à l'individu d'émettre le comportement contingent (celui à haute probabilité d'apparition) à la condition qu'il ne présente pas le comportement-cible non-approprié. Cette stratégie a été utilisée par Favell, McGimsey et Jones (1978) pour éliminer l'automutilation d'un adolescent qui présente une déficience intellectuelle. Ce dernier ne devait pas se frapper le visage pendant un certain nombre de minutes. S'il respectait ce critère, il avait droit de porter des appareils de contention placés autour de ses deux bras pendant cinq minutes, appareils qui l'empêchaient de se frapper. Par contre, s'il se frappait, les intervenants se retiraient de la pièce pendant cinq minutes, laissant le sujet seul. Après deux jours d'intervention, l'automutilation de ce bénéficiaire avait considérablement diminué.

Afin de s'assurer de l'efficacité des procédures de renforcement, il faut respecter les principes inhérents à leur utilisation. Les concepts de privation, de délai entre la réponse et la conséquence, d'information fournie au sujet doivent être maîtrisés par tous les intervenants impliqués dans la réalisation du plan d'intervention. De plus, ces derniers doivent privilégier des stimuli de renforcement naturels au milieu avant de suggérer des renforçateurs artificiels. Enfin, l'utilisation de stimuli de renforcement ne doit pas être considérée comme une «mécanique». Ces stimuli sont plutôt des éléments servant à informer et à motiver la personne. Comme le souligne Trudel (1980), la distribution de jetons dans une unité de réadaptation ne doit pas devenir l'unique occasion de communiquer positivement avec un bénéficiaire.

2. Les procédures écologiques

Le nombre de recherches expérimentales évaluant l'impact de l'environnement physique et matériel d'un individu ou d'un groupe d'individu est restreint. Plusieurs recherches sont de type corrélationnel. Mais il reste que ces recherches démontrent une relation positive entre les facteurs écologiques et les comportements des individus (voir L'Abbé et Marchand, 1984).

Pour quelques auteurs (Gaylord-Ross, 1980), un trop grand nombre d'individus dans un espace restreint favorise l'émergence de comportements agressifs et ce phénomène est observé aussi chez plusieurs autres mammifères que l'humain (Chapoutier, Kreutzer et Menini, 1980). Weinstein (1979) précise cependant que l'augmentation des comportements agressifs est reliée à la densité sociale et non à la densité spatiale. Il reste qu'il est important que dans un établissement spécialisé, chaque bénéficiaire possède un espace privilégié et ce, indépendamment de la gravité de son handicap.

Par ailleurs, le manque d'objets stimulants ou d'activités attrayantes engendrent aussi bien des comportements d'autostimulation que des réactions dépressives (Simpson, Woods et Britton, 1981). Par exemple, Davenport et Berkson (1963) ont observé une relation significative entre le nombre d'objets à manipuler par des handicapés mentaux et la fréquence de leurs comportements stéréotypés. Par conséquent, le fait qu'un individu est polyhandicapé n'est pas une justification à l'absence de jouets par exemple.

Enfin, la pollution affecte aussi le comportement des individus vivant dans un endroit relativement fermé. Une salle surchauffée ne favorise pas la concentration d'un écolier en difficulté. Celui qui étudie lorsque ses pairs écoutent dans la même pièce une musique bruyante risque d'être inattentif à la tâche.

3. Les stratégies éducatives

La tendance traditionnelle des recherches et des interventions en analyse appliquée du comportement s'articule autour de procédés de renforcement ou, à l'occasion, de punition. Plus récents sont les travaux qui se préoccupent des antécédents au comportement et des procédures éducatives ou rééducatives (Russo, Cataldo et Cushing, 1981). Ces stimuli directs et informatifs doivent néanmoins être étudiés. Par exemple, en observant les comportements d'autostimulation d'une personne ayant un retard d'adaptation, l'intervenant doit identifier dans quelles situations, à quel moment ou avec quelles personnes la fréquence de ces comportements est la plus élevée et la plus faible. En somme, il faut partir de l'hypothèse selon laquelle les comportements des humains ne sont pas simplement contrôlés par leurs conséquences immédiates, mais aussi régis par les conditions éducatives présentes.

Un grand nombre de stratégies éducatives s'inscrivent explicitement dans le cadre de l'approche comportementale. Mentionnons le façonnement, le modèle, l'analyse de tâche, l'estompage, l'enchaînement progressif, l'enchaînement rétroactif, l'incitation verbale, gestuelle et physique ou encore le guidage physique.

L'une des variables éducatives les plus efficaces dans la modification de comportements adéquats ou non-appropriés est la constance des consignes et des règles de l'éducateur. Good (1979) souligne que les enseignants qui se jugent efficaces auprès d'une clientèle d'enfants en difficulté et qui sont aussi jugés efficaces par leurs pairs sont constants dans leurs exigences et leurs attentes, centrés sur la tâche et ce, indépendamment du modèle théorique ou philosophique auquel ils adhèrent.

L'une des techniques les moins restrictives au niveau éducatif est l'analyse de tâche (Foxx, 1982). Il est essentiel que les contenus d'apprentissage soient organisés de telle sorte que la séquence des étapes facilite les acquisitions visées par le programme. La recherche en psychologie du développement trouve ici un point d'attache avec l'approche comportementale.

Une deuxième technique éducative peu restrictive et qui implique aussi la notion de renforcement est le façonnement. Cette stratégie qui consiste à renforcer

des approximations successives du comportement-cible est surtout utilisée dans les cas où celui-ci est absent du répertoire comportemental de la personne.

Dans un contexte plus restreint, la technique de l'incitation consiste à déterminer la nature des différentes consignes données par un intervenant et à les ordonner dans une séquence prédéterminée. Dans ce contexte, trois types de consignes peuvent être présentées à un bénéficiaire: des consignes verbales (des informations, des directives, des instructions), visuelles (signes gestuels ou présentation d'un modèle) ou physiques (diriger physiquement l'individu vers un endroit, guider sa main vers un objet). Foxx et Azrin (1973) spécifient dans un plan d'entraînement à la propriété un mode de présentation des trois types de consignes selon leur degré de restriction: le verbal, le modelage et l'aide physique. Dans de tels cas, les consignes plus directives doivent progressivement s'estomper. De fait, l'objectif est toujours d'en arriver à utiliser le moins d'éléments incitatifs artificiels possibles. De cette façon, la personne progresse vers une plus grande autonomie face aux interventions proposées.

L'une des techniques d'incitation qui est plus restrictive est le guidage physique adapté (Foxx, 1982). Cette technique consiste à ajuster à chaque seconde le degré d'incitation physique pour déclencher l'apparition du comportement-cible approprié: plus le bénéficiaire exécute la tâche, plus l'intervenant retire son guidage physique; plus il résiste, plus le guidage devient ferme.

Par l'utilisation d'incitations verbales, visuelles ou physiques combinées au façonnement, un intervenant peut favoriser l'acquisition et le maintien de nouvelles habiletés qui viendront augmenter le répertoire comportemental de l'individu.

Souvent, l'approche de l'analyse et de la modification du comportement est associée à l'analyse expérimentale du comportement et au conditionnement opérant développés principalement par Skinner. Pourtant, plusieurs techniques comportementales s'inscrivent davantage à l'intérieur de modèles conceptuels ou théoriques non-skinneriens (Malone, 1978). Par exemple, le travail de Guthrie (1952) s'inscrit dans une perspective théorique de type S-R où les facteurs significatifs dans l'explication d'un apprentissage ne résident pas dans un principe de renforcement mais provient plutôt de la simple relation S-R; un comportement est d'autant susceptible de se reproduire que les conditions environnementales présentes lors de l'émission du comportement se reproduisent. Dans ce contexte, un apprentissage est d'autant plus rapide qu'il y a des occasions de répétitions. Une stratégie d'intervention qui s'inscrit à l'intérieur de ce modèle est l'entraînement massif. Cette procédure se réfère à des programmes intensifs d'apprentissage. Ces programmes impliquent alors des périodes massives d'intervention visant l'acquisition systématique de diverses habiletés fonctionnelles. Le but de l'intervention est de fournir à l'individu une plus grande chance d'apprendre en augmentant, même artificiellement, le nombre d'essais et de pratiques. Par exemple, Azrin et Armstrong (1973) utilisent ce principe dans le but d'améliorer les habitudes alimentaires d'enfants ayant un retard mental grave. Au lieu d'utiliser trois repas par jour pour leur enseigner l'emploi des ustensiles, ils triplent les occasions d'apprentissage en donnant neuf petits repas par jour. Au lieu de pren-

dre trois mois d'entraînement, les enfants arrivent à maîtriser ces habiletés après un mois. Les changements comportementaux obtenus sont davantage évidents et renforcent les éducateurs dans leur stratégie d'intervention. Dans un cas d'entraînement à la propreté, Morreau, Otis et Gagnac (1983) emploient aussi cette procédure. Partant du principe qu'un enfant a autant de chances d'apprendre à aller à la toilette qu'il a d'occasions d'uriner, les intervenants incitent les sujets à boire fréquemment tout au long de la journée.

4. Les procédures cliniques

Plusieurs individus qui éprouvent des difficultés d'adaptation ou d'apprentissage ont un niveau élevé d'anxiété. Leur agressivité ou leur impulsivité est souvent consécutive aux demandes répétées des éducateurs, des enseignants ou des parents. La perception négative de leur efficacité personnelle engendre un niveau indu d'anxiété et les amène à émettre n'importe quel comportement qui met fin à ces demandes. D'autres individus ont plutôt des conceptions irréalistes face à diverses situations. Ces problèmes interfèrent ainsi avec les interventions éducatives, écologiques ou les procédures de renforcement. Il convient dans ces cas d'offrir à l'individu, quelque soit son niveau d'handicap, des services cliniques.

Les techniques de relaxation, de désensibilisation et d'immersion sont généralement efficaces pour diminuer l'anxiété provoquée par une situation phobogène (Luiselli, Steinman, Marholin et Steinman, 1981). Par contre, dans le cas de personnes présentant des problèmes graves (schizophrénie, autisme, déficience intellectuelle), ces techniques, utilisées seules, sont souvent insuffisantes pour améliorer l'ensemble de leurs comportements. Il reste qu'elles s'avèrent souvent utiles si elles sont incluses à l'intérieur d'un plan d'intervention plus complet.

Une autre stratégie clinique intéressante est l'auto-instruction développée par Meichenbaum (1974). Cet auteur a noté que plusieurs comportements difficiles tels que l'agressivité ou l'impulsivité se produisent parce que l'individu n'a pas appris à émettre des verbalisations internes qui médialisent ses réactions face à des situations aversives, anxiogènes ou stressantes. Cette technique consiste à entraîner la personne à émettre des verbalisations à haute voix lorsqu'elle est dans une situation conflictuelle. Ces situations sont proposées dans le cadre de jeux de rôles. Le sujet doit ensuite apprendre à murmurer ces verbalisations et finalement il doit apprendre à les dire «dans sa tête». Plusieurs auteurs (voir Meador et Ollendick, 1984) ont obtenu des résultats significatifs à l'aide de cette technique. Cependant, dans certains cas, elle s'avère insuffisante. Par exemple, Sheslow, Bondy et Nelson (1982) montrent que la diminution de la peur du noir chez 32 enfants n'est possible que s'ils sont graduellement exposés à la situation anxiogène et que les auto-verbalisations n'ont pratiquement aucun effet.

Plusieurs comportements graves présentés par des personnes en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage sont reliés à l'agressivité, à l'inhibition ou à la manipulation. Dans le domaine des habiletés sociales, le facteur commun aux individus présentant ces comportements est leur manque d'affirmation (Boisvert et Beaudry, 1979). C'est pourquoi, plusieurs auteurs proposent des programmes

d'entraînement aux habiletés sociales (Michelson, Sugal, Wood et Kazdin, 1983). Dans d'autres cas, des procédures de restructuration cognitive s'avèrent utiles. Ces procédures ont comme objectif de modifier les cognitions erronées ou irréalistes sous-jacentes aux comportements inadéquats. Par exemple, Ollendick (1979) utilise une telle stratégie, associée à une désensibilisation systématique, dans le cas d'un adolescent anorexique et parvient à augmenter le poids de ce dernier de 20 kilogrammes.

CONCLUSION

Cet article a comme objectif de souligner les difficultés inhérentes au concept de mesures non-aversives et de démontrer qu'il est préférable de s'assurer qu'un plan d'intervention individualisé inclut toujours des techniques de renforcement, écologiques, éducatives ou cliniques. Ce n'est que si ces techniques s'avèrent inefficaces qu'il est possible de concevoir un plan d'intervention qui inclut des procédures aversives ou punitives. De plus, ce texte montre que l'approche de la modification du comportement est de plus en plus soucieuse des droits de la personne handicapée. Sans délaisser le souci constant d'évaluer empiriquement l'efficacité des stratégies comportementales, les tenants de cette approche intègrent de plus en plus des considérations juridiques à leur démarche. Cette ouverture fait foi d'un désir de proposer un paradigme des sciences du comportement qui soit utile pour toutes les personnes ayant recours à des services psychologiques, peu importe la nature de leurs difficultés.

ABSTRACT

The non-aversive and aversive techniques of behavioral intervention: A model of hierarchal decision rather than an ambiguous alternative

This text presents a model of behavioral intervention inspired in part by that of Gaylord-Ross (1980) which permits the elaboration of individualized intervention plans respecting the forces, the needs and the particularities of the clients as well as their rights of obtaining the least restrictive treatment possible. The text insists on the necessity of using of reinforcement, ecological, educative and clinical procedures before planning the use of an aversive measure whatever the gravity of the problem may be. The text at its onset, brings up the problem related to the definition of the concept of non-aversive measure and identifies factors which reinforce the very debatable verbal use of such a concept.

RÉFÉRENCES

- Alberto, P., & Troutman, A. (1982). *Applied behavior analysis for teachers*. Columbus, OH: Charles Merrill.
- Azrin, N. (1960). Effects of punishment intensity during variable-interval reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 3, 123-142.
- Azrin, N., & Armstrong, P. (1973). The "mini-meal": a method for teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental Retardation*, 11, 9-13.
- Bear, D., Wolf, M., & Risley, T. (1968). Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: Mardaga.
- Boisvert, J.-M., Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Montréal: Les éditions de l'homme.
- Chapouthier, G., Kreutzer, M., Menini, C. (1980). *Psychophysiology*. Montréal: Études vivantes.
- Davenport, R., & Berkson, G. (1963). Stereotyped movements of mental defectives: effects of novel objects. *American Journal of Mental Deficiency*, 67, 879-882.
- Derisi, W., & Butz, G. (1975). *Writing behavioral contracts: A case simulation practice manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Favell, J., McGimsey, J., & Jones, M. (1978). The use of physical restraint in the treatment of self-injury and as positive reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 225-241.
- Favell, J., Azrin, N., Baunmeister, A., Carr, E., Dorsey, M., Forehand, R., Fox, R., Lovaas, I., Rincover, A., Risley, T., Romanczyk, R., Russo, D., Schroeder, S., & Solnick, J. (1982). The treatment of self-injurious behavior. *Behavior Therapy*, 13, 529-554.
- Dubreuil, N. (1982). *Les handicapés mentaux peuvent-ils apprendre à s'autogérer?* Mémoire de maîtrise inédit, Université de l'État à Mons, Belgique.
- Fontaine, O., Cottiaux, J., Ladouceur, R. (1984). *Cliniques de thérapie comportementale*. Bruxelles: Mardaga.
- Forget, J. (sous presse). *Dictionnaire des sciences du comportement*. Montréal: Les éditions Laurence Andée.
- Forget, J., Otis, R., Leduc, A. (1988). *Psychologie de l'apprentissage: théories et applications*. Brossard: Éditions Behaviora.
- Fox, R. (1982). *Decreasing behavior of severely retarded and autistic persons*. Champaign, IL: Research Press.
- Fox, R., & Azrin, N. (1973). *Toilet training of the retarded*. Champaign, IL: Research Press.
- Gaylord-Ross, R. (1980). A decision model for the treatment of aberrant behavior in applied setting. In Sailor, Wilcox & Brown (Eds.), *Methods of instruction for severely handicapped students*. Baltimore: Paul Brookes.
- Giroux, N. (1981). Le modèle comportemental: ses fondements, ses modalités, sa valeur. *Revue de neuropsychiatrie infantile*, 29, 65-80.
- Good, P. (1979). Teacher effectiveness in the elementary school. *Journal of teacher education*, 30, 52-64.
- Guthrie, E. (1952). *The psychology of learning*. New York: Harper & Row.
- Hanse, J. (1987). *Nouveau dictionnaire des difficultés du français moderne* (2e éd.). Paris: Éditions Duculot.
- Kazdin, A. (1984). *Behavior modification in applied settings* (3rd ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- L'Abbé, Y., Marchand, A. (1984). *Modification du comportement et retard mental*. Brossard: Éditions Behaviora.
- Ladouceur, R., Auger, J. (1980). Where have all the follow-up gone? *The Behavior Therapist*, 3, 10-11.
- La Vigna, G., & Willis, T. (1987). *Non-aversive behavior modification*. Los Angeles: Institute for applied behavior analysis.
- Leduc, A. (1984). *Recherches sur le comportement paradigmatique ou social*. Brossard: Éditions Behaviora.
- Lennox, D., Miltenberger, R., Spengler, P., & Erfanian, N. (1988). Decelerative treatment practices with persons who have mental retardation: a review of five years of the literature. *American Journal of Mental Retardation*, 92, 492-501.
- Lentz, F. (1988). Reductive procedures. In J. Witt, S. Elliott & F. Gresham (Eds.), *Handbook of behavior therapy in education* (pp. 439-468). New York: Plenum.
- Luiselli, J., Steinman, D., Marholin, II, D., & Steinman, W. (1981). Evaluation of progressive muscle relaxation with conduct-problem, learning-disabled children. *Child Behavior Therapy*, 3, 41-55.
- Magerotte, G. (1984). *Manuel d'éducation comportementale clinique*. Bruxelles: Mardaga.
- Malone, J. (1978). Beyond the operant analysis of behavior. *Behavior Therapy*, 9, 584-591.
- Masson, J.M. (1984). *Le réel essamoté*. Paris: Aubier.
- Meador, A., & Ollendick, T. (1984). Cognitive behavior therapy with children: an evaluation of its efficacy and clinical utility. *Child and Family Behavior Therapy*, 6, 25-44.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive-behavior modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Michelson, L., Sugal, D., Wood, R., & Kazdin, A. (1983). *Social skills assessment and training with children: An empirically based handbook*. New York: Plenum.
- Moreau, A., Otis, R., Gignac, J. (1983). L'apprentissage à la propreté chez le déficient mental par une méthode d'intervention massive. *Revue québécoise de psychologie*, 4.
- Mulick, J., & Kedesdy, J. (1988). Self-injurious behavior, its treatment, and normalization. *Mental Retardation*, 26, 223-229.
- Office des personnes handicapées du Québec. (1984). *A part égale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Ollendick, T. (1979). Behavioral treatment of anorexia nervosa: a five-years study. *Behavior Modification*, 3, 124-135.
- Robert, P. (1988). *Le Petit Robert*, Paris: Société du nouveau Littré.
- Russo, D., Cataldo, M., & Cushing, P. (1981). Compliance training and behavioral variation in the treatment of multiple behavior problem. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 209-222.
- Sajwal, T., & Dillon, A. (1977). Complexities of an "elementary" behavior modification procedure: Differential adult attention used for children's behavior disorders. In C. Etzel, J.M. Leblanc & D. Baer (Eds.), *News developments in behavioral research: Theory, method and application* (pp. 303-315). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sheslow, D., Bondy, A., & Nelson, R. (1982). A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child & Family Behavior Therapy*, 4, 33-45.
- Simpson, S., Woods, R., & Britton, P. (1981). Depression and engagement in a residential home for the elderly. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 435-438.
- Staats, A. (1975). *Social behaviorism*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Staats, A. (1983). *Psychology's crisis of insanity*. New York: Praeger.
- Trudel, G. (1980). Problèmes non technologiques reliés à l'implantation et au maintien de programmes de conditionnement opérant en milieu psychiatrique. *Revue de modification du comportement*, 10, 81-88.
- Weinstein, C.S. (1979). The physical environment of the school: A review of research. *Review of Educational Research*, 49, 577-610.
- Witt, J., Elliott, S., & Gresham, F. (1988). *Handbook of behavior therapy in education*. New York: Plenum.