

Les méthodes aversives

DANIEL MORIN¹

Centre de consultation psychologique et éducationnelle

Malgré la contestation que suscitent les méthodes aversives, plusieurs recherches démontrent leur efficacité lorsqu'elles s'inscrivent dans un programme visant aussi à renforcer les comportements adéquats. L'utilisation de l'analyse fonctionnelle est essentielle pour éviter de sélectionner arbitrairement une méthode aversive et il est important de mesurer avec précision les comportements inadéquats lors de l'intervention.

À la suite de l'engouement des années soixante pour l'étude et l'application des mesures aversives, nous sommes présentement dans une période où la controverse est vive (Braaten, Simpson, Rosell, Reilly 1988; Griffin, Paisey, Stark, Emerson 1988, Matson 1988, Bales 1988). Une des raisons qui explique cette situation est l'association qu'on a pu établir entre les procédures aversives issues du behaviorisme et des interventions appliquées de façon incompétente qui ne reposaient sur aucun principe de l'apprentissage (Brantner et Doherty, 1983).

Après avoir défini ce que nous entendons par «mesures aversive», nous allons examiner, dans la première partie de ce texte, les principales raisons qui font des mesures aversives un sujet controversé. La deuxième partie du texte présente quelques unes des principales techniques aversives et examine les principaux paramètres d'application.

DÉFINITION

Il apparaît impératif de faire le point sur la définition que l'on donne aux mesures aversives pour dissiper toute ambiguïté. Les méthodes aversives sont les interventions qui utilisent un stimulus qui a la propriété d'éloigner l'organisme car il entraîne des réponses d'inconfort, de douleur ou de peur. Il a comme effet de faire diminuer le comportement qui entraîne sa production et de faire réappa-

1. Les demandes d'information peuvent être adressées à l'auteur, Centre de Consultation psychologique et éducationnelle, 1497 boul. St-Joseph est, Montréal (Québec), Canada, H2J 1M6.

raître le comportement qui entraîne son élimination (L'Abbé et Marchand, 1984). Elles regroupent surtout les mesures punitives par addition (réprimande verbale, surcorrection, jet d'eau) et les mesures punitives par soustraction (perte de privilèges, de jetons, d'argent scolaire).

Bien que moins fréquentes, les mesures aversives incluent les procédures de renforcement par soustraction où le stimulus retiré est aversif. Dans le présent texte, les mesures aversives ne se rapportent qu'aux interventions punitives.

Matson et Diloranzo (1984) soulignent la confusion qui entoure le terme aversif:

«historiquement, la thérapie d'aversive et le conditionnement aversif étaient des procédures pour réduire les comportements problématiques en utilisant un paradigme Pavlovien de conditionnement classique. Malheureusement plusieurs termes utilisés pour désigner le «contrôle aversif» ont été utilisés de façon interchangeable». (P. 25). (Traduction de l'auteur).

À titre d'exemple, il en énumère quelques-uns: thérapie aversive, conditionnement aversif, punition.

LA CONTROVERSE ET LES CRITÈRES D'UNE INTERVENTION ACCEPTABLE

Tout récemment, Skinner établissait des nuances après qu'on l'eût associé à la condamnation des mesures punitives (Griffin, Paisey, Stark et Emerson, 1988). Il précise qu'elles peuvent être utilisées lorsqu'elles sont justifiées dans les cas de comportements dangereux ou dans les situations où les interventions alternatives sont impossibles. Il souligne que ce qu'il importe en utilisant la punition c'est son intensité. Il craint que la controverse entourant les méthodes punitives ne réduise le behaviorisme qu'à ce type d'intervention.

Matson et Diloranzo (1984) considèrent qu'on peut difficilement bannir totalement les méthodes punitives mais on doit les utiliser avec prudence.

Même si quelques auteurs accordent un appui prudent à l'usage des méthodes aversives, plusieurs associations banissent toute publication sur ces méthodes d'intervention. Parmi ces associations, nous retrouvons, l'A.A.M.D. (American Association on Mental Deficiency), l'ARC (Association for the Retarded Citizens) et TASH (The Association for the Severly Handicapped).

Devant ces prises de position contre les méthodes aversives, Matson (1988) a créé l'IARET (International Association for the Right to Effective Treatment) qui veut promouvoir le droit au traitement le plus efficace. Les membres de cette association préconisent d'abord les interventions à restriction minimale et les procédures de renforcement mais ils considèrent aussi pertinent le recours aux mesures plus restrictives dans le but de réduire les comportements inadéquats, ce qui augmenterait la qualité de vie des clients.

Matson et Diloranzo (1984) croient que la mauvaise utilisation des interventions aversives a contribué à leur donner une mauvaise presse. Trois omissions importantes sont responsables de cette situation. Premièrement, des mesures

moins aversives n'ont pas toujours été utilisées de préférence, même lorsqu'il existe des indications qu'elles seraient efficaces. Deuxièmement, l'autorisation du client ou de son tuteur n'a pas toujours été obtenue au préalable. Enfin, les intervenants qui appliquent ces procédés punitifs n'ont pas toujours démontré un niveau de compétence satisfaisant.

Ils ajoutent que les procédures punitives sont les techniques d'intervention les moins bien comprises et cela parmi les professionnels.

Dans une étude sur les comportements agressifs d'enfants résidant dans un centre de psychiatrie, Garrison (1984) souligne que dans la majorité des incidents inscrits aux dossiers (plus de 1700), la durée de l'isolement était laissée à la discrétion du personnel. Il observa également que les comportements agressifs dirigés vers le personnel masculin étaient suivis de l'isolement des enfants deux fois plus fréquemment que lorsque l'agression était dirigée vers le personnel féminin. Tout comportement violent dirigé vers un membre du personnel au lieu d'un pair, augmente la probabilité que l'on applique une contention à l'agresseur. Les plus jeunes enfants qui agressent les membres du personnel masculin s'exposent à une plus grande probabilité d'être isolés. Il a de plus identifié des variables prédictives très significatives associées à l'isolement à savoir: 1. l'émission d'un comportement violent, 2. l'âge du client, 3. sexe de la victime, 4. le statut de la victime (pair ou personnel).

On peut donc conclure de ces observations que plusieurs facteurs non reliés à l'objectif poursuivi ni à la valeur scientifique de la méthode d'intervention entrent en jeu dans l'application quotidienne de mesures aversives. Il importe donc d'exiger l'obtention d'un consentement éclairé de la part de la personne qui bénéficiera de l'intervention pour s'assurer que les interventions correspondent parfaitement aux meilleurs intérêts de cette personne.

La remise en question des procédures punitives a contribué au développement d'un modèle d'intervention à restriction minimale (L'Abbé et Marchand, 1984; voir tableau 1). Ce modèle, à trois niveaux, favorise d'abord les procédures de renforcement (niveau 1) et préconise ensuite une gradation des mesures punitives réparties entre le niveau 2 et 3.

Les interventions punitives devraient toujours être incluses dans un programme plus large de renforcement systématique des comportements adaptatifs (Maurice, Beaupré, et Trudel, 1980; Matson et Diloranzo, 1984; Favell et al, 1982).

Des considérations qui précèdent se dégagent les quatre premiers critères d'acceptation d'une intervention aversive. (1) une intervention non aversive ou moins aversive (modèle d'intervention à restriction minimale) doit toujours être préférée et tentée avant d'implanter une mesure aversive (2) une intervention aversive doit toujours s'inscrire dans un programme plus englobant dont l'objectif est l'apprentissage de comportements qui pourront remplir pour la personne, les mêmes fonctions que les comportements que l'on souhaite éliminer (3) les responsables de l'intervention doivent obtenir le consentement éclairé de la personne qui en bénéficiera ou de son représentant et (4) la compétence des intervenants impliqués doit rencontrer les plus hauts standards.

raître le comportement qui entraîne son élimination (L'Abbé et Marchand, 1984). Elles regroupent surtout les mesures punitives par addition (réprimande verbale, surcorrection, jet d'eau) et les mesures punitives par soustraction (perte de privilèges, de jetons, d'argent scolaire).

Bien que moins fréquentes, les mesures aversives incluent les procédures de renforcement par soustraction où le stimulus retiré est aversif. Dans le présent texte, les mesures aversives ne se rapportent qu'aux interventions punitives.

Matson et Diloranzo (1984) soulignent la confusion qui entoure le terme aversif:

«historiquement, la thérapie d'aversive et le conditionnement aversif étaient des procédures pour réduire les comportements problématiques en utilisant un paradigme Pavlovien de conditionnement classique. Malheureusement plusieurs termes utilisés pour désigner le «contrôle aversif» ont été utilisés de façon interchangeable». (P. 25). (Traduction de l'auteur).

À titre d'exemple, il en énumère quelques-uns: thérapie aversive, conditionnement aversif, punition.

LA CONTROVERSE ET LES CRITÈRES D'UNE INTERVENTION ACCEPTABLE

Tout récemment, Skinner établissait des nuances après qu'on l'eût associé à la condamnation des mesures punitives (Griffin, Paisey, Stark et Emerson, 1988). Il précise qu'elles peuvent être utilisées lorsqu'elles sont justifiées dans les cas de comportements dangereux ou dans les situations où les interventions alternatives sont impossibles. Il souligne que ce qu'il importe en utilisant la punition c'est son intensité. Il craint que la controverse entourant les méthodes punitives ne réduise le behaviorisme qu'à ce type d'intervention.

Matson et Diloranzo (1984) considèrent qu'on peut difficilement bannir totalement les méthodes punitives mais on doit les utiliser avec prudence.

Même si quelques auteurs accordent un appui prudent à l'usage des méthodes aversives, plusieurs associations banissent toute publication sur ces méthodes d'intervention. Parmi ces associations, nous retrouvons, l'A.A.M.D. (American Association on Mental Deficiency), l'ARC (Association for the Retarded Citizens) et TASH (The Association for the Severly Handicapped).

Devant ces prises de position contre les méthodes aversives, Matson (1988) a créé l'IARET (International Association for the Right to Effective Treatment) qui veut promouvoir le droit au traitement le plus efficace. Les membres de cette association préconisent d'abord les interventions à restriction minimale et les procédures de renforcement mais ils considèrent aussi pertinent le recours aux mesures plus restrictives dans le but de réduire les comportements inadéquats, ce qui augmenterait la qualité de vie des clients.

Matson et Diloranzo (1984) croient que la mauvaise utilisation des interventions aversives a contribué à leur donner une mauvaise presse. Trois omissions importantes sont responsables de cette situation. Premièrement, des mesures

moins aversives n'ont pas toujours été utilisées de préférence, même lorsqu'il existe des indications qu'elles seraient efficaces. Deuxièmement, l'autorisation du client ou de son tuteur n'a pas toujours été obtenue au préalable. Enfin, les intervenants qui appliquent ces procédés punitifs n'ont pas toujours démontré un niveau de compétence satisfaisant.

Ils ajoutent que les procédures punitives sont les techniques d'intervention les moins bien comprises et cela parmi les professionnels.

Dans une étude sur les comportements agressifs d'enfants résidant dans un centre de psychiatrie, Garrison (1984) souligne que dans la majorité des incidents inscrits aux dossiers (plus de 1700), la durée de l'isolement était laissée à la discrétion du personnel. Il observa également que les comportements agressifs dirigés vers le personnel masculin étaient suivis de l'isolement des enfants deux fois plus fréquemment que lorsque l'agression était dirigée vers le personnel féminin. Tout comportement violent dirigé vers un membre du personnel au lieu d'un pair, augmente la probabilité que l'on applique une contention à l'agresseur. Les plus jeunes enfants qui agressent les membres du personnel masculin s'exposent à une plus grande probabilité d'être isolés. Il a de plus identifié des variables prédictives très significatives associées à l'isolement à savoir: 1. l'émission d'un comportement violent, 2. l'âge du client, 3. sexe de la victime, 4. le statut de la victime (pair ou personnel).

On peut donc conclure de ces observations que plusieurs facteurs non reliés à l'objectif poursuivi ni à la valeur scientifique de la méthode d'intervention entrent en jeu dans l'application quotidienne de mesures aversives. Il importe donc d'exiger l'obtention d'un consentement éclairé de la part de la personne qui bénéficiera de l'intervention pour s'assurer que les interventions correspondent parfaitement aux meilleurs intérêts de cette personne.

La remise en question des procédures punitives a contribué au développement d'un modèle d'intervention à restriction minimale (L'Abbé et Marchand, 1984; voir tableau 1). Ce modèle, à trois niveaux, favorise d'abord les procédures de renforcement (niveau 1) et préconise ensuite une gradation des mesures punitives réparties entre le niveau 2 et 3.

Les interventions punitives devraient toujours être incluses dans un programme plus large de renforcement systématique des comportements adaptatifs (Maurice, Beaupré, et Trudel, 1980; Matson et Diloranzo, 1984; Favell et al, 1982).

Des considérations qui précèdent se dégagent les quatre premiers critères d'acceptation d'une intervention aversive. (1) une intervention non aversive ou moins aversive (modèle d'intervention à restriction minimale) doit toujours être préférée et tentée avant d'implanter une mesure aversive (2) une intervention aversive doit toujours s'inscrire dans un programme plus englobant dont l'objectif est l'apprentissage de comportements qui pourront remplir pour la personne, les mêmes fonctions que les comportements que l'on souhaite éliminer (3) les responsables de l'intervention doivent obtenir le consentement éclairé de la personne qui en bénéficiera ou de son représentant et (4) la compétence des intervenants impliqués doit rencontrer les plus hauts standards.

TABLEAU 1
Modèle d'intervention à restriction minimale
 (Lennox et al., 1988)

<p>NIVEAU 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • aménagement de l'environnement • modification de l'antécédent • renforcement • consignes • incitation physique • jeu de rôle • auto-contrôle • satiété 	<p>NIVEAU 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • extinction • réprimande • surcorrection • observation en retrait • coût de la réponse • exercice obligatoire • contention physique • écran visuel 	<p>NIVEAU 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • écran facial • isolement • contention mécanique • jet d'eau • substances désagréables • médication
--	---	--

L'analyse fonctionnelle consiste à spécifier les relations fonctionnelles entre le comportement d'un individu et son environnement. La technologie comportementale nous suggère une variété de méthodes d'observation systématique et d'analyses des résultats qui permettent de générer des hypothèses valables quant aux éléments qui maintiennent le comportement-cible (Favell et al, 1982; Noël, Maurice et Trudel, 1984). Il s'agit donc d'une étape très importante de toute intervention (Favell, 1982; Matson et Dillorenzo, 1984).

Il est très étonnant de constater que Lennox, Miltenberger, Spengler et Erfanian (1988) aient relevé que 64 % des recherches recensées n'avaient pas utilisé l'analyse fonctionnelle dans le cadre d'interventions punitives. À cet égard, Matson et Dillorenzo (1984) ajoutent:

«les intervenants qui appliquent les techniques de modification de comportement sont trop empressés d'employer des mesures punitives. Ils omettent d'effectuer une analyse fonctionnelle et ils négligent les procédures de renforcement». (P. 29). (Traduction de l'auteur).

Le cinquième critère pourrait se formuler comme suit: (5) tous les éléments de l'intervention devraient découler de l'analyse fonctionnelle des comportements-cibles, ceux dont on vise l'augmentation tout autant que ceux dont on vise la diminution.

L'analyse de plusieurs critiques adressées aux mesures aversives nous permet de dégager cinq règles ou critères qui s'appliquent aux mesures aversives en général. Un strict respect de ces règles devrait avoir pour effet de réduire l'application de mesures aversives à certains cas pour lesquels il n'existe aucune alternative possible dans la situation. Ces quelques règles ont aussi pour but d'assurer le respect des droits de la personne et de maximiser les chances de succès à long terme de l'intervention.

La deuxième partie du texte présente d'une façon plus détaillée, quelques techniques aversives fréquemment rencontrées.

LES INTERVENTIONS AVERSIVES

Après avoir analysé attentivement les alternatives pour remédier à un problème de comportement, il est possible que les procédures aversives représentent un choix judicieux. L'efficacité de ces procédures a été maintes fois rapportée dans la littérature scientifique (Favell et al, 1982; Foxx, Azrin et al, Matson et Dillorenzo, 1984; Matson, Gorman-Smith, 1986; Mullick, Kedesdy, 1988). Les stimuli punitifs ne sont pas nécessairement douloureux contrairement à l'idée généralement admise (Matson et Dillorenzo, 1984). Il importe cependant de respecter certains critères pour augmenter l'efficacité de ces procédures de punition. Bien que les méthodes punitives et les thérapies d'aversion s'appliquent à d'autres clientèles comme les alcooliques (Cannon, Baker, Gino et Nathan, 1986), les fumeurs (Tiffany, Martin, et Baker, 1986) les cleptomanes (Glover, 1985) et les homosexuels (Kapche, 1974), le présent texte ne les aborde pas.

Nous n'avons cependant retenu que les interventions qui ont été identifiées comme étant les plus citées dans les écrits scientifiques tels que l'a observé Lennox et al (1988) dans une récente recension des écrits.

La surcorrection

Cette procédure punitive a tout d'abord été suggérée par Foxx et Azrin (1972). Elle est composée de deux parties dont la première se nomme restitution et la

deuxième est la pratique positive. Foxx et Azrin (1975) définissent la restitution selon les termes suivants:

«le rationnel de la restitution est d'éduquer la personne qui a émis un comportement inadéquat à assumer la responsabilité du désordre qu'elle a causé et exigeant qu'elle rétablisse de façon améliorée l'état de l'objet endommagé» (p. 16). (Traduction de l'auteur)

Cette intervention est considérée comme une mesure punitive quand elle suit immédiatement le comportement indésirable (Foxx et Bechtel, 1983).

Par exemple, si un individu répand ses excréments sur le plancher, on exige qu'il nettoie l'endroit souillé et en plus on lui demandera de laver tout le plancher de la pièce où le comportement s'est produit.

Dans la deuxième partie de l'intervention, soit la pratique positive, l'individu devra adopter un comportement adéquat dans la même situation où le comportement inadéquat s'est produit (Foxx et Bechtel, 1983). Le contrevenant de l'exemple précédent pourrait devoir marcher sur le plancher qu'il avait souillé (après l'avoir nettoyé) ou utiliser adéquatement une salle de toilette adjacente.

Classification de la surcorrection

Certains auteurs affirment que cette intervention est composée de plusieurs techniques. Ollendick et Matson (1978) identifient que les stratégies d'intervention suivantes sont incluses dans la surcorrection: retrait de stimuli, réprimande verbale, isolement social, rétroaction, renforcement des comportements inappropriables par soustraction, incitation, contention physique et prévention de la réponse. Ces auteurs affirment que cette méthode suscite beaucoup d'incompréhension en raison de toutes ces variables impliquées dans son utilisation.

Marholin, Luiselli, et Townsend (1980) et Matson et Diloranzo (1984) soulignent que la surcorrection pose un problème de classification car la diminution des comportements qu'elle provoque la classe dans les mesures punitives mais la deuxième partie (la pratique positive) implique l'enseignement d'un comportement adéquat ce qui empêche de l'inclure dans les méthodes punitives.

Toutefois, Foxx et Bechtel (1983) font la mise au point suivante:

«malgré le fait que cette procédure augmente certains comportements désirables, cette procédure ne devrait pas être décrite comme éducative. Les comportements désirables devraient simplement faire l'objet d'une mention à l'effet qu'ils ont augmenté». (p. 212). (Traduction de l'auteur).

Malgré la réticence de certains auteurs à l'inclure dans les interventions punitives, elle en partage toutes les caractéristiques. Elle est utilisée pour une multitude de comportements inadéquats (Marholin, Luiselli, et Townsend, 1980). Dans une réension des écrits, Lennox et al (1988) soulignent que de toutes les méthodes punitives employées dans les différentes recherches qui sont publiées dans sept périodiques portant sur le retard mental, de 1981 à 1985, la surcorrection est utilisée avec deux fois plus de sujets que les autres interventions punitives. Selon ces auteurs, la surcorrection aurait un taux d'efficacité moyen de 96% pour les comportements stéréotypés, 77% pour l'agression, 73% pour les com-

portements de destruction, de 50% pour les comportements d'automutilation, de 85% pour les comportements classés autres. Elle s'avère être complètement inefficace pour les comportements sociaux inadéquats.

Paramètres étudiés

Foxx et Azrin (1972) identifient quatre paramètres: la similitude avec la topographie du comportement inadéquat, la latence d'application de l'intervention qui doit être courte, la durée qui doit être suffisamment prolongée pour permettre que les retrais de renforcement puissent être suffisamment longs (environ 30 minutes) et enfin le rythme d'exécution qui doit être rapide et ne permettre aucun repos.

Certaines études montrent qu'il n'est pas nécessaire qu'il y ait une similitude topographique entre le comportement inadéquat et le comportement exigé par la surcorrection (Matson et Diloranzo, 1984). Mais comme le souligne Ollendick et Matson (1978), cette intervention est plus efficace et durable quand il y a une similitude topographique. De plus, Foxx et Bechtel (1983) affirment très clairement que lorsqu'il y a dissemblance topographique, l'intervention ne peut être désignée sous le vocable surcorrection même si elle en partage plusieurs éléments.

En ce qui a trait au deuxième paramètre, il semble qu'un délai d'application ne réduise pas l'efficacité malgré le fait que généralement, l'application de conséquences avec délai n'est pas efficace (Marholin, Luiselli, et Townsend, 1980). Dans une étude portant sur l'application de la surcorrection avec un délai, Altman et Krupsaw (1983) ont obtenu des résultats qui indiquaient une diminution des comportements de destruction et d'agression chez un adolescent. L'intervention étant complétée par un retrait de stimuli et une procédure de renforcement, il est alors difficile de dissocier l'impact de ces deux dernières interventions.

Quant au troisième paramètre (la durée), Matson et Diloranzo (1984) révèlent que la durée variait entre 30 secondes et 2 heures et que toutes ces interventions connaissaient un taux d'efficacité satisfaisant. Ils ajoutent cependant que l'augmentation de la durée en augmente l'efficacité. Cependant, comme l'ont fait remarquer Favell et al (1982), cette procédure peut être exigeante en temps et difficile à appliquer lorsque les clients résistent physiquement (Matson et Diloranzo, 1984).

Le dernier paramètre (rythme rapide) ne semble être l'objet d'aucune objection donc il semble tout indiqué de respecter ce que Foxx et Azrin (1972) suggèrent.

Somme toute, la surcorrection est une intervention très utilisée et pour une multitude de comportements problématiques. Son efficacité est largement reconnue sauf pour les comportements sociaux inadéquats. De plus, cette intervention punitive est généralement bien acceptée dans les différents milieux où on peut l'appliquer (à la maison, dans les écoles et les institutions) parce qu'elle peut favoriser l'augmentation de certains comportements adéquats en dépit de sa classification comme mesure punitive.

Le retrait de stimuli

Cette classe d'interventions punitives vise à empêcher l'accès à un ou de agents de renforcement pour une période de temps déterminée suite à l'émission d'un comportement indésirable (L'Abbé et Marchand, 1984). L'unanimité ne ré gne pas quant aux interventions qui s'inscrivent dans cette classe. Matson et Di lorengo (1984) indiquent que la contention physique et l'extinction appartiennent à cette intervention, tandis que L'Abbé et Marchand (1984) considèrent l'extinction comme une intervention distincte et ils classent la contention physique dans les mesures punitives par addition (P.141).

Dans le présent texte, nous restreignons la définition des procédures de retrait de stimuli à une forme de punition qui retire l'accès à un environnement renforçant (Brantner et Doherty, 1983). (Favell et al, 1982). Ces auteurs énumèrent trois types d'intervention sous cette rubrique: le retrait de stimuli par isolement, le retrait de stimuli avec exclusion et sans exclusion.

Le retrait de stimuli par isolement

L'isolement, qui correspond à l'expression anglaise («Time-out») a historiquement été confondu avec l'isolement arbitraire (seclusion) (Brantner et Doherty, 1983). Dans ce dernier cas, l'intervention ne repose sur aucun principe d'apprentissage et s'apparente à une simple expulsion. Par contre l'isolement a été maintes fois citée comme procédure punitive (Frankel et Simmons III, 1985) et elle s'avère une méthode efficace pour diminuer les comportements d'automutilation lorsqu'elle est associée à une procédure de renforcement des comportements alternatifs et à l'enrichissement de la programmation (Favell et al, 1982). Cependant, utilisée seule, elle s'avère être moins efficace pour diminuer les comportements d'automutilation (Lennox et al, 1985).

Cette intervention, pour être efficace, doit être appliquée alors que l'environnement habituel est stimulant. Si cet environnement présente des stimuli désagréables, l'isolement peut devenir une procédure de renforcement par soustraction (Matson et Dilorenzo, 1984).

Le retrait de stimuli avec exclusion

Cette procédure est moins controversée et moins restrictive que l'isolement et elle implique que la personne soit retirée de l'environnement renforçant mais sans être isolée (Brantner et Doherty, 1983). Par exemple, la personne peut être retirée dans un coin ou derrière un paravent. Certains auteurs, comme L'Abbé et Marchand (1984) incluent dans cette catégorie l'isolement que nous avons préféré aborder séparément.

Roberts (1988) a comparé deux types de retrait de stimuli chez des enfants d'âge pré-scolaire. Le premier consiste à placer des enfants sur une chaise dès qu'ils désobéissent à leur mère et de leur donner une tape aux fesses s'ils quittent la chaise. Le deuxième type de retrait de stimuli utilisait également la chaise de

façon contingente à la désobéissance mais était complété par le confinement dans une chambre d'isolement s'ils quittaient la chaise. L'auteur reconnaît que les deux méthodes sont efficaces pour cesser les fugues de la chaise et il précise que la tape sur les fesses n'était pas un élément important dans l'intervention. Il souligne que l'utilisation de la chaise complétée par l'isolement dans la chambre, est préférable au confinement dans la chambre seul et que cette intervention n'offre pas un modèle d'agression à l'enfant.

Le retrait de stimuli sans exclusion

Cette procédure est la moins restrictive des trois car elle n'interrompt pas l'activité en cours que la personne effectue mais ne fait que diminuer sa participation (Brantner et Doherty, 1983). Cette intervention demande que les personnes effectuent une observation sans participation («contingent observation») pour une courte période de temps. Cela leur permet d'observer les comportements adéquats de leurs pairs tandis qu'ils sont temporairement retirés de l'activité renforçante.

L'Abbé et Marchand (1984) rapportent que la procédure du ruban est facile à utiliser et présente l'avantage de s'appliquer sur place et à tout instant. Elle consiste à retirer à la personne un ruban qui a été antérieurement associé à des activités renforçantes et cela à la suite de l'émission d'un comportement indésirable. Dès ce moment, la personne n'a plus accès aux agents de renforcement disponibles dans son environnement jusqu'à ce qu'elle puisse à nouveau porter le ruban. En somme, il importe de retenir que ces trois formes de retrait de stimuli sont efficaces pour plusieurs comportements inadéquats. Les deux dernières formes de retrait de stimuli sont efficaces pour réduire l'agressivité chez les enfants (Frankel et Simmons III, 1985). L'utilisation de l'isolement doit faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la durée de confinement. Il est recommandé de permettre au client de regagner son environnement habituel seulement après qu'il soit calme. Si le comportement indésirable se maintient durant le retrait de stimuli, il serait préférable d'introduire un délai contingente qui s'avère être efficace pour réduire ces comportements (Mace, Page, Ivanik et O'Brien, 1986).

Paramètres à respecter pour les trois types

Brantner et Doherty (1983) rapportent que si le client n'a connu aucun isolement antérieur, la durée devra être courte. Ils soulignent de plus que le client peut s'habituer à des durées de plus en plus longues. Il importe donc d'évaluer judicieusement la pertinence d'augmenter la durée. Matson et Dilorenzo (1984) et Favell (1982) ajoutent que la cessation de cette procédure devrait être contingente à l'arrêt des comportements indésirables comparativement à l'établissement d'une durée fixe.

Le dernier paramètre réfère à la séquence d'application et il est généralement préconisé d'appliquer cette intervention de façon contingente et selon un programme de renforcement continu (Brantner et Doherty, 1983).

L'application «contingente» s'avère indiquée pour débiter l'intervention tant que l'utilisation intermittente peut être suffisante pour maintenir la réduction du comportement inadéquat (Matson et Diloranzo, 1984).

L'efficacité semble augmenter lorsqu'on varie les endroits où le retrait s'effectue (Brantner et Doherty, 1983) et il est préférable de laisser le client dans l'environnement où le comportement s'est produit au lieu de chercher un local qui est libre pour ainsi éviter de donner trop d'attention au client (Matson et Diloranzo, 1984).

En dépit de l'efficacité de cette intervention, il est difficile d'établir des comparaisons valables avec d'autres interventions car la méthodologie des études rapportées est souvent lacunaire (Brantner et Doherty, 1983). Dans sa revue des interventions sur les méthodes punitives, Lennox et al (1988) rapportent que le taux d'efficacité de cette intervention (sans préciser la technique particulière) est de 20% pour l'automutilation, 38% pour les comportements stéréotypés, 84% pour les comportements de destruction et de 96% pour les agressions.

Bien que l'isolement soit efficace pour réduire plusieurs comportements inadéquats, il est préférable de n'y recourir que pour de courtes durées afin d'augmenter les occasions de renforcer les comportements adéquats. L'utilisation très fréquente de l'isolement selon Garrison (1984), peut induire des lacunes au niveau de la formation du personnel.

La restriction physique

Cette intervention comporte deux modes d'application: la restriction physique comportementale et la restriction physique sécuritaire (L'Abbé et Marchand, 1984). La première intervention vise à immobiliser des membres pendant une courte période de façon contingente à l'émission d'un comportement dont on désire réduire la probabilité d'apparition (Matson et Diloranzo, 1984). La deuxième forme de restriction ne vise qu'à assurer la sécurité du client et elle ne s'inscrit pas dans un processus d'apprentissage.

La restriction physique comportementale comporte deux formes d'application: l'intervenant restreint le corps du client à l'aide de ses mains ou utilise des moyens mécaniques pour le faire (ex: bandes aux poignets, ceinture de taille, bandes aux chevilles).

Dans une étude portant sur plus de 8260 applications de restriction comportementale, Spreat, Lipinski, Hill et Halpin, (1986) rapportent que les restrictions mécaniques sont plus sécuritaires que les restrictions à mains nues qui occasionnaient trois fois plus de blessures. Ils ont également évalué les deux formes de restriction comportementale en fonction d'une application planifiée et d'urgence. Ils concluent que l'intervention la plus dangereuse pour le client est la restriction à mains nues d'urgence. Ils ajoutent cependant que 91% des blessures enregistrées étaient mineures et que seulement 22 applications sur 8260 avaient

rapporté des blessures plus sérieuses dont les plus fréquentes étaient des dents brisées et des lacerations nécessitant des points de suture.

Ces mêmes auteurs soulignent que l'oubli et la prolongation de la durée d'immobilisation représentent des risques possibles lorsque l'on utilise des restrictions mécaniques. Ils suggèrent d'obtenir le consentement du tuteur et d'expliquer clairement les risques inhérents à l'utilisation de cette intervention.

Lennox et al (1988) distinguent la restriction physique de la restriction mécanique. Ils identifient pour la première un taux moyen d'efficacité de 95% pour les comportements d'automutilation, 80% pour les agressions, 63% pour les comportements stéréotypés. L'intervention est inefficace pour réduire les comportements de destruction.

En ce qui a trait à la restriction mécanique, ils soulignent qu'elle a été efficace pour le seul cas étudié relativement aux comportements stéréotypés et son taux d'efficacité atteint 90% pour les comportements destructeurs et 84% pour les comportements d'automutilation.

La restriction physique comportementale, malgré son efficacité relative, comporte certains dangers. Paradoxalement, peu d'études abordent les risques inhérents à l'utilisation de cette méthode d'intervention (Spreat et al, 1986). Les intervenants peuvent, par inadvertance laisser un client restreint mécaniquement pendant une période excessive. Pour éviter que cela ne survienne, il est pertinent d'employer une minuterie qui émet un son indiquant la fin de la période fixée préalablement. Si le client émet toujours des comportements inadéquats, la durée est prolongée pour que la cessation des comportements inadéquats soit contingente avec la levée de la restriction.

DISCUSSION

Bien que les méthodes aversives soient parfois contestées, il est indéniable que leur utilisation peut représenter la dernière tentative en vue de remédier à des problèmes de comportements importants. Des précautions s'imposent quant à la sélection de la procédure aversive. L'analyse fonctionnelle devrait être effectuée dans un premier temps pour déterminer les variables qui maintiennent les comportements indésirables et un enregistrement rigoureux de la fréquence de ces mêmes comportements est essentiel dès le début de l'intervention. De plus, l'utilisation des mesures aversives devrait toujours s'inscrire dans le cadre d'une programmation visant à renforcer des comportements adéquats.

Il est impératif de respecter le modèle d'intervention à restriction minimale pour s'assurer que les techniques d'intervention de renforcement aient préséance sur les mesures aversives. Cette précaution indispensable pourra peut-être contribuer à ce que l'on conçoive le comportementisme autrement que par ses mesures aversives.

REFERENCES

- Altman, K., Krupawar, R. (1983). Suppressing aggressive destructive behavior by delayed overcorrection. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14*, 359-362.
- Bales, J. (1988). Improvement: Three step. *The APA monitor, 19*, p.31.
- Braaten, S., Simpson, R., Rossell, J., Kelly, T. (1988). Using punishment with exceptional children: A dilemma for educators. *Teaching Exceptional Children, 79-81*.
- Brantner, J.P., Doherty, M.A. (1983). A Review of Time-out: A conceptual and methodological analysis. Dans *The effects of punishment on human behavior*, 87-125.
- Cannon, D.S., Baker, T.B., Gino, A., Nathan, P.E. (1986). Alcohol Aversion Therapy: Relation between strength of aversion and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 825-830.
- Favell, J.E. (1982). The treatment of self-injurious behavior. *Behavior Therapy, 13*, 529-554.
- Fox, R.M., Azrin, N.H. (1972). Restitution: A method for eliminating aggressive disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behaviour Research & Therapy, 10*, 15-27.
- Fox, R.M., Bechtel, D.R. (1983). Overcorrection: a review and analysis. *The Effects of Punishment on Human Behavior, 133*, 214.
- Fox, R.M., Mc Morrow, M.J., Bittle, R.G., Bechtel, D.R. (1986). The successful treatment of a dually - diagnosed deaf man's aggression with a program that included contingent electric shock. *Behavior Therapy, 17*, 170-186.
- Frankel, F., Simmons III, J.Q. (1985). Behavioral treatment approaches to pathological unsocialized physical aggression in young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*, 525-551.
- Garrison, W.T. (1984). Aggressive behavior seclusion and physical restraint in a inpatient child population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23*, 448-452.
- Glover, J.H. (1985). A case of kleptomania treated by covert sensitization. *British Journal of Clinical Psychology, 24*, 213-214.
- Griffin, J.C., Paisey, T.J., Stark, M.T., Emerson, J.H. (1988). B.F. Skinner's position on aversive treatment. *Journal on Mental Retardation, 93*, 104-105.
- Kapche, R. (1974). Aversion relief therapy: a review of current procedures and the clinical and experimental evidence. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 11*, 156-162.
- L'Abbé, Y., Marchand, A. (1984). *Modification du comportement et retard mental*. Editions Behaviora, 272 pages.
- Lennox, D.B., Miltenberger, R.G., 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.
- Mace, F.C., Page, T.J., Ivanik, M.T., O'Brien, S. (1986). Effectiveness of brief time-out with and without contingent delay: a comparative analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19*, 79-86.
- Marholin, D., Luiselli, J.K., Townsend, N.M. (1980). Overcorrection: an examination of its rationale and treatment effectiveness. *Progress in Behavior Modification, 9*, 49-80.
- Matson, J.L. (1988). IARET Newsletter, (International Association for the Right to Effective Treatment) 1, 1-8.
- Matson, J.L., Gorman-Smith, D. (1986). A review of treatment research for aggressive and disruptive behavior in the mentally retarded. *Applied Research in Mental Retardation, 7*, 95-103.
- Matson, J.L., Diloranzo, T. (1984). *Punishment and its alternatives: A new perspective for behavior modification*. New York, Springer Press.
- Maurice, P., Beaupré, M., Trudel, G. (1980). L'automutilation et son traitement chez les déficients mentaux: Approche comportementale. *Revue Québécoise de Psychologie, 1*, 59-73.
- Mullick, J.A., Kedessdy, J.H. (1988). Self-injurious behavior its treatment, and normalization. *Mental Retardation, 26*, 223-228.
- Noël, D., Maurice, P., Trudel G. (1984). Une approche composite et cumulative au traitement des comportements d'automutilation chez la personne déficiente mentale. *Revue de Modification du Comportement, 14*, 150-160.
- Roberts, W. (1988). Enforcing chair timeouts with room timeouts. *Behavior Modification, 12*, 353-370.
- Skinner, B.F. (1987, septembar). Interview présentée au Second Annual Symposium on the Advancement of Nonaversive Behavioral Technology, Rockville, Maryland.
- Sprent, S., Lipinski, D., Hill, J., Halpin, M.E. (1986). Safety indices associated with the use of contingent restraint procedures. *Applied Research in Mental Retardation, 7*, 475-481.
- Tiffany, S.T., Martin, E.M., Baker, T.B. (1986). Treatments for cigarette smoking: an evaluation of the contributions of aversion and counselling procedures. *Behavior Research and Therapy, 24*, 437-452.