

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Dr Mehdi LIRATNI
Catherine BLANCHET

Enseigner les habiletés sociales
Niveau de développement 0-6 ans
Avec la méthode GACS

Préface du Pr Jean-Louis Adrien

DUNOD

**Compléments en ligne à télécharger
à l'adresse suivante :
www.dunod.com/EAN/9782100811489**

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique

s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2021

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-081148-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Présentation des auteurs..... | 6 |
| Remerciements..... | 9 |
| Préface..... | 11 |
| Introduction – Habiletés sociales : un enjeu clinique de taille..... | 13 |
| 1 UNE PÉNURIE DE PROGRAMME POUR LES NIVEAUX 0-6 ANS..... | 13 |
| 2 ÉTAT ACTUEL DES PRISES EN CHARGE EN FRANCE : L'EXEMPLE DE L'AUTISME..... | 14 |
| 3 TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT : DES RETENTISSEMENTS IMPORTANTS EN CAS DE PRISES EN CHARGE INADAPTÉES..... | 16 |

PARTIE 1 Sciences comportementales et habiletés socio-communicatives..... 22

| | |
|--|----|
| Chapitre 1 – L'ABA : un outil puissant d'apprentissage et de prévention des troubles..... | 24 |
| 1 L'INCOMPRÉHENSIBLE RETARD FRANÇAIS..... | 26 |
| 2 LES TRAVAUX DE SKINNER SUR LA SOCIO-COMMUNICATION..... | 27 |
| Les principes généraux du conditionnement opérant..... | 27 |
| Les 5 fonctions/modalités de la socio-communication..... | 28 |
| 3 L'ABA : UNE FINALITÉ ÉDUCATIVE ET HUMANISTE !..... | 29 |
| Chapitre 2 – L'ABA en 5 principes : en fait, c'est facile !..... | 32 |
| 1 ÉTABLIR UNE RELATION EXTRÊMEMENT POSITIVE !..... | 34 |
| 2 CIBLER UN OBJECTIF ET DÉTERMINER UN « SIGNAL DE DÉPART »..... | 35 |
| 3 L'INCITATION : UNE PÉDAGOGIE VALORISANTE..... | 36 |
| 4 MAÎTRISER L'ENVIRONNEMENT ET CONTRÔLER EFFICACEMENT LES RÉCOMPENSES..... | 38 |
| La maîtrise de l'environnement d'apprentissage..... | 38 |
| Le contrôle efficace des systèmes de récompenses..... | 39 |
| 5 LA GÉNÉRALISATION : TRANSPOSER CE QUI A ÉTÉ APPRIS..... | 44 |

PARTIE 2 Les compétences sociales du comportement social..... 46

| | |
|--|----|
| Chapitre 3 – Mise en place des séances individuelles..... | 48 |
| 1 LE PLAISIR PARTAGÉ AVEC L'INTERVENANT ET LES PROCÉDURES DE PAIRING..... | 50 |
| 2 LE CONTRÔLE INSTRUCTIONNEL : NOTION PÉDAGOGIQUE INDISPENSABLE..... | 51 |
| 3 CRÉER UN ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE EFFICACE..... | 53 |
| 4 CONTRATS VISUELS À ÉCONOMIE DE JETONS..... | 54 |
| 5 FRÉQUENCE ET DURÉE DES SÉANCES : ENTRAÎNEMENT PAR ESSAIS INTENSIFS..... | 57 |
| 6 GÉNÉRALISATION DES COMPÉTENCES : ENTRAÎNEMENT EN ENVIRONNEMENT NATUREL..... | 59 |

| | |
|---|----|
| Chapitre 4 – Évaluation et choix des objectifs..... | 62 |
| 1 ● PROCÉDURE D'ÉVALUATION EN MILIEU NATUREL OU EN SITUATION « CONTRÔLÉE »..... | 64 |
| Par quelle compétence commencer l'évaluation ?..... | 72 |
| Comment coter le tableau 1 d'évaluation ?..... | 73 |
| Quand arrêter l'évaluation ? Quand la continuer ?..... | 73 |
| 2 ● DÉTERMINER LES OBJECTIFS FONCTIONNELS..... | 74 |
| 3 ● PLAN DE LEÇON SIMPLIFIÉ : CRITÈRES DE RÉUSSITE ET DIMINUTION DES INCITATIONS ET DES RENFORÇATEURS..... | 75 |

| | |
|--|-----|
| Chapitre 5 – Les 10 compétences socles de la socialisation : procédures et exemples..... | 80 |
| 1 ● LEÇON 1 : RESTER EN PRÉSENCE D'UN PARTENAIRE SOCIAL/ACCEPTER LE CONTACT PHYSIQUE..... | 82 |
| Procédure..... | 82 |
| 2 ● LEÇON 2 : DEMANDER UN OBJET DÉSIRÉ/SE DIRIGER VERS UN PARTENAIRE POUR FAIRE UNE DEMANDE..... | 84 |
| Procédure..... | 85 |
| 3 ● LEÇON 3 : SE DÉPLACER IMMÉDIATEMENT JUSQU'À UN INTERLOCUTEUR QUI M'INTERPELLE..... | 88 |
| Procédure..... | 89 |
| 4 ● LEÇON 4 : S'ASSEOIR IMMÉDIATEMENT LORSQU'ON ME LE DEMANDE..... | 90 |
| Procédure..... | 90 |
| 5 ● LEÇON 5 : REGARDER IMMÉDIATEMENT EN DIRECTION (DU CORPS PUIS DU VISAGE) D'UN INTERLOCUTEUR QUI M'INTERPELLE PAR MON PRÉNOM..... | 91 |
| Procédure..... | 92 |
| 6 ● LEÇON 6 : IMITER IMMÉDIATEMENT SUR DEMANDE..... | 93 |
| Procédure..... | 94 |
| 7 ● LEÇON 7 : SAVOIR ATTENDRE SUR DEMANDE..... | 94 |
| Procédure..... | 95 |
| 8 ● LEÇON 8 : DONNER IMMÉDIATEMENT UN OBJET DÉSIGNÉ/DEMANDÉ PAR L'INTERLOCUTEUR..... | 97 |
| Procédure..... | 97 |
| 9 ● LEÇON 9 : DEMANDER DE L'AIDE..... | 98 |
| Procédure..... | 99 |
| 10 ● LEÇON 10 : DEMANDER UNE PAUSE..... | 101 |
| Procédure..... | 102 |

PARTIE 3 Les bases de la socio-communication en groupe..... 104

| | |
|--|-----|
| Chapitre 6 – Mise en place des séances de groupe..... | 106 |
| 1 ● CONSTITUTION DES GROUPES..... | 108 |
| Nombre de participants..... | 108 |
| Compétences minimales requises pour le programme 3-6 ans..... | 108 |
| Évaluations psychologiques et détermination d'un niveau..... | 110 |
| Quel programme convient le mieux à mon groupe ?..... | 110 |
| 2 ● FRÉQUENCE ET DURÉE..... | 112 |
| Programme sur 3 ans et pour 3 niveaux..... | 112 |
| Durée d'une séance..... | 113 |
| 3 ● ENVIRONNEMENT ET MATÉRIEL..... | 113 |
| L'espace d'animation et les supports..... | 113 |
| Le coin calme..... | 114 |
| 4 ● PÉDAGOGIE ET GESTION DE GROUPE..... | 115 |
| Le rôle des intervenants..... | 115 |
| Les techniques d'apprentissage..... | 116 |
| Quel type de récompense utilise-t-on ?..... | 116 |
| L'utilisation du contrat visuel en groupe : un système valorisant et motivant..... | 117 |

Le coin calme, un espace de prévention des troubles du comportement (agitation excessive, autostimulations envahissantes, auto- ou hétéro-agressivité, cris...)..... 120

Chapitre 7 – Le déroulement d’une séance « type »..... 126

Emploi du temps d’une séance « type »..... 128

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | LE TEMPS D’ACCUEIL : DÉTERMINATION DES RÉCOMPENSES ET MISE EN PLACE DES RITUELS (3 MIN.) | 131 |
| | Les présences..... | 131 |
| | Date et temps..... | 131 |
| | Le choix des récompenses..... | 131 |
| 2 | LES RÈGLES DE SOCIO-COMMUNICATION (SÉQUENCE « LES RÈGLES ») (5 MIN.) | 132 |
| | Présentation visuelle des règles..... | 133 |
| 3 | LES COMPTINES (SÉQUENCE « CHANTER ») (ENVIRON 10 MIN.) | 133 |
| 4 | LES ACTIVITÉS DE LANGAGE ORAL (SÉQUENCE « PARLER ») (ENVIRON 10 MIN.) | 138 |
| 5 | LES ACTIVITÉS DE JEUX (SÉQUENCE « JOUER ») (5-10 MIN.) | 139 |
| 6 | LA RÉCOMPENSE (5 MIN.) | 140 |
| 7 | SÉANCE DE FIN DE SESSION : « LE GOÛTER » | 141 |
| 8 | RÉUNION AVEC LES PARENTS OU ÉDUCATEURS RÉFÉRENTS | 141 |

Chapitre 8 – Le programme..... 144

| | | |
|----------|---|-----|
| 1 | PROGRAMME « DÉBUTANTS » (ANNÉE 1 : APPRENANTS PRÉ-VERBAUX, NIVEAU 3-4 ANS) | 146 |
| | Objectifs des temps « Règles », « Chanter », « Parler », « Jouer »..... | 146 |
| | Séances 1 à 10..... | 146 |
| | Séances 11 à 20..... | 162 |
| | Séances 21 à 30..... | 171 |
| 2 | PROGRAMME « INTERMÉDIAIRE » (ANNÉE 2 : APPRENANTS VERBAUX, NIVEAU 4-5 ANS) | 177 |
| | Objectifs des temps « Règles », « Chanter », « Parler », « Jouer »..... | 177 |
| | Séances 1 à 10..... | 177 |
| | Séances 11 à 20..... | 192 |
| | Séances 21 à 30..... | 200 |
| 3 | PROGRAMME « AVANCÉ » (ANNÉE 3 : APPRENANTS VERBAUX FONCTIONNELS, NIVEAU 5-6 ANS) | 207 |
| | Objectifs des temps « Règles », « Chanter », « Parler », « Jouer »..... | 207 |
| | Séances 1 à 10..... | 207 |
| | Séances 11 à 20..... | 221 |
| | Séances 21 à 30..... | 225 |

Annexes 231

Références bibliographiques..... 261

Présentation des auteurs

Mehdi Liratni

Mehdi Liratni est titulaire d'un Doctorat et de deux Masters (professionnel et recherche) en psychologie (Université de Montpellier). Sa formation universitaire s'oriente vers la psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, la psychologie cognitive et la psychopathologie. Il a été reçu à la qualification aux fonctions de Maître de Conférences des Universités. Il est titulaire d'un Diplôme Universitaire en Thérapie Cognitive et Comportementale ou TCC (Faculté de Médecine de Montpellier) et du Diplôme Inter Universitaire sur l'accompagnement de la transidentité (dysphorie de genre ou incongruence du genre, Faculté de Médecine Paris 7).

Précédemment chercheur associé aux Universités de Montpellier et de Lyon et psychologue en recherche clinique au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Montpellier (Centre de Ressources Autisme Languedoc-Roussillon, CRA-LR), ses travaux et ses articles se sont initialement centrés sur la question des profils cognitifs et socio-adaptatifs d'enfants à haut potentiel intellectuel puis sur la prise en charge de l'autisme et du syndrome d'Asperger (notamment via les entraînements aux habiletés sociales). Il est l'auteur de *Enseigner les habiletés sociales pour les enfants avec autisme* chez ce même éditeur et de *100 idées pour enseigner les habiletés sociales* (Éditions Tom Pousse).

Formé et expérimenté en évaluation psychologique (psychométrie) et en techniques cognitives et comportementales (TCC classique, analyse appliquée du comportement ou ABA, habiletés sociales, thérapie d'acceptation et d'engagement ou ACT, habiletés parentales, thérapie de la cohérence...), il s'est également spécialisé dans la prise en charge du trouble déficitaire d'attention avec/sans hyperactivité (TDAH) et des troubles anxieux-dépressifs. Dans le champ du TDAH, il a fait partie du groupe de lecture sur les recommandations pour les bonnes pratiques cliniques sur le TDAH (Haute Autorité de Santé). Dans l'accompagnement des troubles anxieux-dépressifs et émotionnels, il s'est spécialisé dans la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ou ACT), TCC innovante dont l'efficacité est fondée sur des preuves scientifiques. Il en a inventé des adaptations chez l'enfant et l'adolescent et forme les professionnels à ses innovations

thérapeutiques. Il se spécialise aujourd'hui sur une méthode psychothérapeutique nord-américaine très prometteuse (en cours de validation) : la thérapie de la cohérence qu'il juge efficace, autant avec les adultes que les enfants souffrants de difficultés émotionnelles. Enfin, il accompagne depuis 2018, des enfants, adolescents et adultes souffrant des retentissements liés à leur transidentité (incongruence de genre ou dysphorie de genre), leur intersexuation ou encore à une identité de genre « atypique » (agenre, non-binaire, fluidité de genre, bi- ou pan-genre...). Il s'est engagé bénévolement pour ce public dans le cadre du Pôle Trans' de l'association « Fierté Montpellier » et propose des consultations gratuites à la maison des LGBT de la même ville ; il y propose également de la prévention en santé mentale pour le public LGBTQI+ avec l'association ENIPSE.

Installé actuellement en libéral, Mehdi Liratni a travaillé pendant plus d'une dizaine d'années dans différentes structures hospitalières et médico-sociales (Centre Médico-Psycho-Pédagogique, Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique, CHU, CRA...). Il a notamment travaillé pendant 8 ans dans un SESSAD (Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile, L'ombrelle à Juvignac, 34) spécialisé en autisme où il a élaboré, avec Catherine Blanchet, la co-auteure de ce manuel, des protocoles en habiletés sociales. Il a également bénéficié de deux expériences d'observation dans une école américaine spécialisée pour enfants/adolescents porteurs d'autisme (ABC School, California Autism Foundation). Il dispense des enseignements à l'Université de Montpellier et est devenu formateur et superviseur sur le plan national et international (New York, Suisse, Belgique...). Il intervient pour différents types d'organismes (ANAE Formations, AFREE...) et de structures (SESSAD, Instituts Médico-Éducatifs...) dont deux Unités d'Enseignement Maternelles (unités d'accompagnement précoce et intensif pour jeunes enfants avec autisme ; Manguio et Grabels, 34) ainsi qu'au Centre de Ressources Autisme Rhône-Alpes.

Catherine Blanchet

Catherine Blanchet est titulaire du Diplôme d'État en Éducation Spécialisée, d'une Licence en psychologie clinique et du Diplôme Inter-Universitaire Autisme (Université de Montpellier). Elle est également formée et expérimentée aux approches cognitivo-comportementales spécifiques à l'autisme (ABA, PECS).

Elle intervient depuis une dizaine d'années auprès d'enfants et adultes avec un Trouble du Spectre de l'Autisme. Elle a travaillé en France pour l'association Sésame Autisme, dans un Service de Soins et d'Éducation Spécialisée à Domicile,

où elle a mené, avec le Dr Liratni, différents programmes d'habiletés sociales pour des enfants avec un TSA.

En 2014, vivement intéressée par les approches pratiquées Outre-Atlantique, elle part vivre au Canada afin de compléter ses connaissances et sa formation dans le domaine de l'autisme. Elle est intervenue au Centre de Réadaptation en Déficience Intellectuelle de Québec dans des résidences accueillant des adultes avec autisme, puis a rejoint le Programme Caribou de Montréal, en tant que thérapeute spécialisé en intervention comportementale intensive précoce pour des jeunes enfants avec des troubles du développement et des TSA : elle a pu y perfectionner ses compétences en évaluation.

Elle travaille aujourd'hui comme technicienne en éducation spécialisée auprès d'élèves présentant des troubles du spectre de l'autisme au Centre de Services Scolaire de Montréal, où elle continue de proposer des interventions visant le développement des habiletés sociales et l'intégration en milieu scolaire pour ces élèves.

Remerciements

Nous sommes si heureux de voir aboutir ce projet qui cible un niveau de développement délicat (0-6 ans), que ce soit chez l'enfant/adolescent ou l'adulte avec handicap intellectuel. Délicat car ce niveau comprend les étapes sensibles du développement langagier et des prérequis de la socialisation. Nos multiples expériences (de la petite enfance à l'âge adulte) nous ont montré à quel point nombre de ces patients (notamment avec un handicap intellectuel) n'avaient pas acquis les bases du comportement social et communicatif avec les conséquences, parfois désolantes, que cela implique (troubles du comportement...). Certains d'entre eux ne développeront, malheureusement, jamais une verbalisation ni un langage oral fonctionnel. Cependant, l'absence de langage n'empêche aucunement l'acquisition des comportements sociaux de base. Nous sommes donc ravis de pouvoir partager cette expérience, ces savoirs et ces savoir-faire avec les professionnels et les parents.

Notre première pensée va donc bien évidemment aux patients que nous avons accompagnés en France ou au Québec : un immense merci à eux pour les expériences qu'ils nous font vivre car ils nous poussent à réfléchir, avec ouverture d'esprit, curiosité et créativité, à des solutions pouvant les aider au quotidien. Bravo à eux pour leur courage et leurs progrès ; les voir communiquer leur besoin (demande de renforteur, d'aide, de repos), s'adapter à la collectivité, s'épanouir dans différentes activités et nouer leurs premières interactions plaisantes, reste, pour nous, la meilleure des récompenses. Bravo et merci aussi aux aidants (familles et professionnels) pour leur force et leur détermination à soutenir ce public, parfois délicat. Voir s'améliorer la qualité de vie des familles et des professionnels est également une de nos grandes préoccupations et satisfactions car nous savons à quel point cette tâche demande beaucoup d'acceptation, de patience et de calme.

Nous remercions tous nos anciens collègues (Pascal Aubrun, Coralie Reveille, Bernard Garilli, Florence Debarge, David Foti, Stéphanie Rigal, Marjorie Bertrand et Cécile Bousquet) du SESSAD l'Ombrelle de Juvignac (34) avec qui nous avons eu tant de plaisir à travailler durant quelques années et qui ont soutenu nos projets. Merci notamment à Cathy Boulnois, cheffe de service, qui a activement soutenu la généralisation des GACS dans notre établissement et à Fabien Delmas,

directeur, qui n'a cessé de nous encourager et de valoriser ce projet, autant sur un plan clinique que scientifique.

Merci à Chloé Malard pour ce deuxième partenariat et ces superbes illustrations ! Nous sommes très heureux de poursuivre cette aventure.

Nous remercions également toute l'équipe du Centre de Ressources Autisme Rhône-Alpes (Bron, 69), notamment le Docteur Sandrine Sonié, pédopsychiatre pour sa confiance par la diffusion du GACS via les formations organisées le CRA : ce sont aujourd'hui plus de 700 professionnels qui se sont formés dans la région Rhône-Alpes et qui ont donné naissance à de nombreux « petits » GACS, dont certains ont déjà pu bénéficier de notre supervision.

Un remerciement au Professeur Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre (CHU Montpellier), pour nous avoir confié des missions de formations GACS dans notre propre région via l'AFREE.

Des remerciements chaleureux aux participants et services organisateurs des formations GACS (associatifs, sanitaires et médico-sociaux) qui montrent, à chaque fois, un vif intérêt pour le protocole et une grande impatience pour la sortie de ce manuel. Nos échanges professionnels sont, pour nous, une grande source d'inspiration et de progressions. Merci pour tous ces partages, aux quatre coins de la France, de la Suisse et de la Belgique...

Enfin, un merci Léonard Vannetzel, qui soutient fidèlement notre projet au sein d'ANAE Formations (Paris) et qui a permis ce premier trait d'union décisif avec l'équipe éditoriale de DUNOD : merci à Valérie Le Rey pour nos échanges et à Marie Meyer-Vacherand pour notre partenariat efficace.

Merci enfin à nos proches et amis pour leur soutien indéfectible qui est une aide considérable dans l'aboutissement de nos projets.

Catherine Blanchet & Mehdi Liratni

Préface

Enfin, un bel ouvrage bien construit et très riche portant sur des programmes originaux d'entraînement aux habiletés sociales qui s'adressent à des personnes dont les niveaux de développement se situent dans la période des six premières années (0-6 ans). Innovants, ces programmes s'adressent aussi bien aux très jeunes enfants suspects d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) qu'à ceux ayant un TSA diagnostiqué associé à un retard global du développement, mais aussi à des enfants plus âgés, des adolescents et des adultes avec TSA ayant un handicap intellectuel moyen à sévère et dont les niveaux de développement cognitif et communicatif se situent dans cette période de 0 à 6 ans. Ces programmes qui suivent parfaitement les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2012, 2018) à propos de l'intervention auprès des personnes ayant un TSA et autres TND (Stratégie Nationale 2018) sont étayés par deux concepts clefs : l'adaptation des supports (ergonomie) et les méthodes d'intervention fondées sur des preuves et issues des sciences comportementales (notamment l'ABA).

Ce magnifique ouvrage de Mehdi Liratni (psychologue et docteur en psychologie) et de Catherine Blanchet (éducatrice spécialisée) comprend trois parties qui permettent de s'approprier avec aisance et facilité des outils originaux d'intervention socio-communicative pour ces différentes personnes en situation de handicap.

La première partie de l'ouvrage décrit finement l'approche comportementale, considérée par les auteurs comme « un outil puissant d'apprentissage et de prévention des troubles du comportement ». Elle permet au lecteur de bien connaître les bases théoriques de ce type d'intervention issues des sciences du comportement. L'explication de la méthode ABA par les auteurs est simple et claire (renforcement positif, incitation et ses différents niveaux, maîtrise de l'environnement...), sans pour autant restreindre la richesse de ses fondements scientifiques. Ainsi, la présentation reste très accessible au lecteur, ce qui en facilite la compréhension.

Dans la seconde partie, les auteurs décrivent avec beaucoup de clarté un premier programme « 0-3 ans » et les compétences socles du comportement social à acquérir. Cet exposé donne la possibilité au lecteur d'une part, de connaître les

modalités de sa mise en œuvre et de son application lors de séances individuelles, et d'autre part, au vu de l'évaluation de la personne, de déterminer les objectifs et les choix parmi les 10 compétences sociales-socles à entraîner et à développer chez la personne avec TSA ou autre TND. Ces 10 compétences socles sont présentées sous forme de « leçons » successives et progressives, que l'intervenant doit appliquer avec finesse pour permettre à la personne concernée de faire les acquisitions de base de l'échange et de l'interaction sociale (écouter l'autre, le regarder, lui demander de l'aide ou un objet, attendre sa réponse, l'imiter...).

La troisième partie concerne le second programme « 3-6 ans » dédié aux personnes qui ont déjà développé un langage lexical et syntaxique et dont les niveaux de fonctionnement cognitif, communicatif et d'autonomie leur permettent de bénéficier plus facilement d'activités en groupe structuré, pour apprendre et progresser sur le plan de la communication et de la socialisation. Ce programme comprend 3 niveaux : « débutant » pour les enfants se situant au stade pré-linguistique, « intermédiaire » pour ceux se situant au stade linguistique et « avancé » pour ceux qui ont développé un langage construit. Le processus de constitution des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, le déroulement d'une séance-type et les 30 séances successives et progressives sont décrits finement et dans le détail pour que le lecteur puisse facilement s'approprier le programme et l'utiliser intelligemment et de façon personnalisée dans son intervention auprès des personnes concernées.

L'ouvrage de Mehdi Liratni et de Catherine Blanchet est destiné aux professionnels de différents champs d'exercice, éducation, psychologie, médecine, orthophonie, ergothérapie, psychomotricité et santé. Il s'adresse également aux étudiants de toutes ces disciplines ainsi qu'aux parents de jeunes enfants susceptibles de présenter un trouble du spectre de l'autisme, ou d'enfants, d'adolescents et d'adultes ayant ce trouble associé à un handicap intellectuel.

Chacun pourra y trouver le programme d'intervention et d'entraînement aux habiletés sociales le mieux adapté aux niveaux de développement cognitif et communicatif (de 0-3 ans et 3-6 ans) de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte.

Pr Jean-Louis ADRIEN

Professeur Émérite de l'université de Paris et psychologue clinicien

Directeur de l'Organisme de Formation Jean-Louis ADRIEN –
CeFoRA® : Centre de Formation et de Recherche Autisme, Bordeaux.

Habiletés sociales : un enjeu clinique de taille

1 UNE PÉNURIE DE PROGRAMME POUR LES NIVEAUX 0-6 ANS

Il existe actuellement quelques ouvrages francophones sur l'enseignement des habiletés sociales pour les enfants avec des troubles du neuro-développement (autisme, trouble de l'attention/hyperactivité) dont deux manuels chez les Éditions Dunod : le programme GECOs (Fallourd & Madieu, 2020) pour enfants/adolescents à partir 10-12 ans (ou niveau intellectuel équivalent) et notre programme GACS (Liratni & Blanchet, 2019) pour enfants de 6-12 ans (ou niveau intellectuel équivalent).

Cependant, il n'existe toujours pas de programme spécifique pouvant correspondre aux niveaux intellectuels de 0 à 6 ans. Il existe, bien sûr, l'excellent programme « Denver » de Rogers et Dawson (2020), recommandé d'ailleurs par la Haute Autorité de Santé (ou HAS, 2012), mais à notre connaissance, les auteurs ne recommanderaient pas son utilisation pour les enfants de plus de 6 ans ainsi que pour les adolescents et adultes avec déficience intellectuelle se situant dans ce niveau de développement.

Notre ouvrage vient donc précisément répondre à un manque de protocole pour toutes les personnes ayant ce niveau de développement :

- Pour les très jeunes enfants (0-3 ans) présentant des signes autistiques (pré-diagnostic possible dès 18 mois) ;
- Pour les jeunes enfants (3-6 ans) présentant ces mêmes signes et/ou des retards de développement (intellectuel, social...) ;
- Pour les enfants (6-12 ans) avec des troubles du neuro-développement (autisme, TDAH...) et une déficience intellectuelle légère-moyenne ;

- Pour les adolescents (13-17 ans) avec ces troubles et une déficience intellectuelle moyenne-sévère ;
- Pour les adultes présentant ces troubles et une déficience intellectuelle sévère-profonde.

Il est très important d'envisager les programmes d'éducation spécialisée, et donc d'habiletés sociales, en termes de niveau intellectuel (ou niveaux de développement) et non en termes d'âge chronologique. Ceci demande, certes, un effort supplémentaire de la part des professionnels car nécessitant des procédures d'évaluations psychométriques régulières (tous les ans pour les jeunes enfants, tous les 2 ans au moins chez l'enfant et tous les 3-4 ans chez l'adolescent-adulte avec un petit niveau de développement). Pourtant, la réussite d'un programme structuré (comme dans le TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped CHildren, Schopler, Reichler, and Lansing, 1988) ou l'ABA (Applied Behavior Analysis, Lovaas, 1987) recommandés par la HAS (2012)) est très directement liée aux objectifs qui doivent être atteignables et donc, en adéquation avec le niveau de la personne (ou zone proximale de développement). Sur le plan de l'acquisition des habiletés sociales, les professionnels accompagnant des personnes, et notamment des adolescents-adultes avec déficience avec ce niveau de développement (0-6ans), se heurtent à une absence de protocole et de repère : faut-il cibler les mêmes objectifs que pour des jeunes enfants ? Quelles activités utiliser pour atteindre ces objectifs ? Les activités vont-elles être infantilisantes ? Quelle méthodologie ou approche doit-on privilégier ? Finalement, où devraient commencer et s'arrêter nos exigences pour des adolescents/adultes ayant ce niveau de développement ? Notre ouvrage vient répondre à toutes ces questions.

2 ■ ÉTAT ACTUEL DES PRISES EN CHARGE EN FRANCE : L'EXEMPLE DE L'AUTISME

En matière d'accompagnement des personnes présentant un autisme, la France a fait d'énormes avancées ces dix dernières années, en comparaison avec les décennies précédentes. Quatre plans ministériels d'envergure (nationaux et triennaux) se sont succédé, promulguant :

- Des recommandations de bonnes pratiques (diagnostic et accompagnement) basées sur des preuves scientifiques ;
- La formation des professionnels à ces méthodes recommandées ;

- Des dispositifs de diagnostic et de prise en charge précoces chez le jeune enfant ;
- L'ouverture de places spécifiquement dédiées aux enfants/adolescents avec autisme dans les établissements scolaires et médico-sociaux ;
- L'inclusion en milieu ordinaire ;
- La mise en œuvre des recommandations dans l'accompagnement à l'âge adulte (en inclusion ou en établissement) ;
- Le développement d'une recherche scientifique de qualité.

Dans le domaine de l'accompagnement des troubles du neuro-développement, la formation initiale des médecins-psychiatres et des psychologues semble également évoluer. La théorie psychanalytique (souvent culpabilisante pour les parents) tend à s'estomper (voire disparaître) laissant place à des approches théoriques et cliniques tangibles et validées par des preuves scientifiques. Pourtant, la psychanalyse (et ses sous-ramifications comme l'approche institutionnelle, l'approche psycho-dynamique...) est encore dominante dans certaines universités et lieux de prise en charge et nous le regrettons. Car sa théorie et sa pratique ne bénéficient d'aucune preuve scientifique, ni sur le fonctionnement du psychisme de l'être humain, ni sur la manière dont on peut influencer/améliorer ses comportements et sa qualité de vie. Il s'agit pourtant d'enjeux principaux et quotidiens pour les personnes avec autisme et déficience intellectuelle ainsi que leurs aidants (familles, professionnels...).

Ainsi, l'énorme challenge que représente l'accompagnement de la personne avec autisme et déficience intellectuelle ne peut plus se contenter de pratiques fondées sur un vague empirisme dont les procédures et les effets ne sont ni objectivables, ni reproductibles. Ceci est d'autant plus étonnant **qu'il existe des méthodologies profondément humanistes et respectueuses permettant une baisse des symptômes, une amélioration des comportements et des apprentissages et une meilleure qualité de vie pour les patients et leurs aidants.** Ces méthodes structurées et comportementales telles que le TEACCH ou l'ABA (Rivière, 2006, Cooper et al., 2013, Leaf et al., 2006, Green et al., 2006) sont toutes deux recommandées par la Haute Autorité de Santé (2012) car elles montrent un niveau de preuves d'efficacité supérieur à de nombreux autres modèles. Ces approches se sont très largement développées ces dernières années en France.

Malgré toutes ces avancées, la France a été condamnée à cinq reprises par le Conseil de l'Europe pour discrimination, pour défaut d'éducation et de formation professionnelle, envers les personnes atteintes d'autisme. Ceci en raison de

manques encore notables : de moyens pour l'accompagnement en milieu scolaire/professionnel ordinaire, de places dans les établissements spécialisés, de formation des professionnels aux méthodes recommandées par la Haute Autorité de Santé et surtout d'une mise en application de ces recommandations. De nos expériences de formateurs, nous notons que, malgré une bonne volonté, **cette mise en pratique s'avère souvent difficile car elle nécessite une grande remise en question du fonctionnement institutionnel sur le plan matériel, humain et parfois théorique.** La supervision d'équipe s'avère alors un outil indispensable pour aider les équipes, après une formation, à la mise en place des méthodologies recommandées. (Pour des formations et/ou supervisions, vous pouvez solliciter notre organisme www.drmehdiliratni.com).

3 **TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT : DES RETENTISSEMENTS IMPORTANTS EN CAS DE PRISES EN CHARGE INADAPTÉES**

Il existe aujourd'hui un consensus scientifique pour considérer que les troubles neuro-développementaux ont une étiologie multifactorielle où les aspects endogènes (génétique, neurogenèse, neurophysiologie, déficits cognitifs spécifiques...) semblent prédominants (Yvon, 2014). Ceci dit, une approche neuro-développementale n'exclut pas l'effet de l'environnement sur les facteurs évolutifs et pronostiques (que ce soit dans les sens d'une aggravation ou d'une amélioration). C'est d'ailleurs ce que les approches structurées et comportementales démontrent : une prise en charge adaptée, précoce et intensive permettrait à un grand nombre de personnes porteuses de troubles du neuro-développement de voir baisser leur symptomatologie tout en augmentant leurs compétences dans différents domaines (autonomie, scolaire, social...). Il nous semble que ces positions étiologiques et thérapeutiques soient aujourd'hui de plus en plus répandues en France et dans le monde.

Malheureusement, quand ces méthodologies ne sont pas appliquées précocement, les troubles et leurs cercles vicieux peuvent devenir de plus en plus envahissants. Ils entravent alors le développement de la personne concernée et altèrent sa qualité de vie et celle de ses proches et aidants. L'accompagnement français du handicap mental en milieu « enfants » (Institut Médico-Éducatif ou IME) et « adultes » (Maison d'Accueil Spécialisée ou MAS, Foyer d'Accueil Médicalisé ou FAM) en est un exemple signifiant. Tout d'abord, nombre des patients étant accueillis dans ces établissements n'ont pas pu bénéficier de prise en

charge intensive et précoce (ratio d'un encadrant pour un enfant au début d'un programme de 20 h/semaine environ). En l'absence de cette prise en charge, tous les troubles liés à des déficits de communication et de socialisation se sont renforcés et parfois aggravés rendant l'accompagnement difficile avec, en outre, des ratios d'encadrement insuffisants (un pour quatre dans le domaine de l'enfance et jusqu'à un pour dix chez les adultes !).

Les troubles du comportement liés à une absence de compétence basique en socio-communication (nous y reviendrons) se manifestent alors sous forme de cris, d'auto- ou hétéro-agressivité, d'oppositions car ces patients n'ont tout simplement jamais formellement « appris » à communiquer et à interagir (c'est-à-dire dans le cadre d'apprentissages avec des objectifs précis). La socio-communication de base (de 0 à 6 ans) comprend de nombreuses petites compétences isolées qu'il est indispensable d'enseigner (et de maintenir au long terme) au patient avant d'envisager tout autre objectif plus complexe.

Très souvent, les troubles (cris, oppositions...) sont compris comme faisant partie intégrante du fonctionnement particulier de la personne. Parents et professionnels finissent alors par se « résigner » en utilisant des stratégies de contournement (isolement, médication, laisser la personne agir comme bon lui semble, baisse des exigences...) car ils ne se préfigurent pas que ces troubles sont une conséquence de l'absence d'apprentissage des comportements socio-communicatifs de base. La plupart du temps, ces troubles du comportement ne sont donc pas « inhérents » à la pathologie mais ils auraient nécessité d'être accompagnés, en amont, par des techniques comportementales rigoureuses auxquelles les parents (et certains professionnels) n'ont jamais été formés.

D'autre part, en raison des petits niveaux de développement de ces patients, nous notons dans de nombreux établissements, peu (voire pas) d'évaluation régulière des patients par manque de temps ou de compétences. Ce qui engendre des projets individuels (s'ils existent) avec des objectifs peu ou pas assez précis et surtout inadéquats. De notre expérience de formation et de supervision pour des patients de ce niveau, l'apprentissage formel des comportements socio-communicatifs est rarement un objectif prioritaire. Si c'est le cas, ces objectifs sont souvent inatteignables car les prérequis à ces compétences n'ont pas été enseignés.

Enfin, la non-prise en compte de la déficience intellectuelle, alors qu'elle apparaît nettement pour ces niveaux de développement, empêche parfois les parents et les professionnels de penser à des objectifs plus modestes car les compétences de base à enseigner relève du niveau d'un très jeune enfant voire parfois,

d'un nourrisson. Les stratégies que nous proposons sont, en outre, issues des sciences de l'apprentissage (behaviorisme ou comportementalisme) et il existe encore certaines réticences de certains parents et professionnels à les utiliser en raison d'un amalgame avec le dressage animal. Ces stratégies sont souvent considérées comme déshumanisantes en raison du caractère répétitif et intensif de certaines leçons ainsi que par l'utilisation de systèmes de récompenses (renforcement positif), notamment alimentaires.

Pourtant, la science et la psychologie du développement nous enseignent que les apprentissages se réalisent par étapes successives et que l'absence d'une compétence de base empêchera l'accession aux étapes suivantes (Devouche et Provasi, 2019, Troadec et Martinot, 2003). De plus, en raison d'un petit niveau intellectuel et donc, d'un niveau attentionnel et motivationnel extrêmement fragile, la présence de récompenses, l'intensité et la répétition des apprentissages sont indispensables à ces patients si l'on vise un changement comportemental et surtout, une évolution notable et pérenne. Enfin, qualifier « d'infantilisant » le fait d'utiliser des comptines, des jeux... pour apprendre les habiletés sociales à des adultes avec déficience n'est qu'une projection de notre vision d'adulte sans déficience intellectuelle sur d'autres adultes. De notre expérience, de très nombreux patients accueillis en centres spécialisés (MAS, FAM...) apprécient grandement les activités habituellement adressées aux enfants dans notre culture (ils ont d'ailleurs souvent une focalisation pour certains dessins animés et personnages de littérature enfantine). Proposer des activités stimulantes, plaisantes et permettant un épanouissement et des apprentissages : en quoi cela serait-il humiliant ? En quoi cela nous empêcherait-il de respecter les personnes dans leurs choix, leurs besoins... L'humiliation ne vient-elle pas des intervenants qui jugeraient ces tendances et ces attraites ? De nombreux a priori sont encore à combattre... et empêchent donc l'apprentissage des habiletés sociales de base.

Les troubles du comportement provoqués par l'absence d'apprentissage de ces compétences de base engendrent alors régulièrement :

- Un isolement des patients pour ne pas qu'ils représentent un danger pour eux ou pour autrui ;
- Une médication, parfois lourde (notamment chez l'adolescent et l'adulte), pour endiguer les agitations et les agressions, ayant des effets somatiques néfastes sur le long terme (prise de poids, diabète...);
- Un projet pauvre et peu stimulant en raison d'une impossibilité de participer à des activités de groupe ou extérieures par crainte de troubles du comportement.

Isolement, médication lourde, projet limité : ces trois éléments nous laissent interrogatifs sur l'épanouissement possible des patients.

L'enseignement des compétences socio-communicatives de base, par les stratégies ayant actuellement fait leurs preuves, s'avère donc prioritaire. Nous proposons ici un protocole permettant de les développer, en respectant le rythme de chaque individu et en limitant les risques d'apparition d'oppositions et de troubles du comportement, et ce, à l'aide d'un niveau d'exigence extrêmement ajusté à chacun. Ce programme fait suite aux différentes expériences et études (Liratni, Blanchet & Pry, 2014, 2016a, 2016b) que nous avons pu mettre en place dans différents types d'établissements (médico-sociaux, hospitaliers...) et modalités d'interventions (libéral, institutions...). Nous avons aujourd'hui formé plus de 1 000 professionnels à notre protocole GACS (dont 700 au CRA-Rhône-Alpes) et avons déjà supervisé de nombreuses équipes satisfaites de ce dernier. Nous sommes aujourd'hui heureux de formaliser ce protocole à travers ce manuel.

En résumé : les habiletés sociales, un enjeu clinique de taille pour un public délicat

- 1) Les protocoles d'habiletés sociales pour les niveaux de développement 0-6 ans sont rares et nous insistons sur la vision développementale de notre protocole qui s'adapte à tous les publics présentant ce niveau : enfants, mais aussi adolescents et adultes avec déficience intellectuelle. L'évaluation du niveau intellectuel, à tous les âges de la vie, constitue donc une base fondamentale pour proposer un programme adapté.
- 2) Les recommandations de bonnes pratiques émanant de la Haute Autorité de Santé préconisent l'utilisation des approches structurées et comportementalistes dans la prise en charge de l'autisme (et plus globalement des troubles du neuro-développement). Ce sont des approches fondées sur des preuves scientifiques.
- 3) Selon nous, c'est une grave erreur d'attribuer tous les symptômes et troubles du comportement aux dysfonctions neurologiques et sensorielles de l'autisme (ou des TND). En réalité, de nombreux symptômes et troubles sont « appris » sous forme de cercles vicieux avec un environnement qui « renforce » les comportements troublés et les symptômes (sans le vouloir ni le savoir, bien sûr). C'est d'ailleurs pour cela qu'il est possible, à l'aide d'interventions comportementales, de renverser la vapeur et d'améliorer rapidement et significativement les tableaux cliniques.
- 4) Chez le public ayant ce niveau intellectuel (0-6 ans), la plupart des comportements « inadaptés » (ou comportements « défis » ou « troublés ») pourraient être supprimés, atténués, modifiés et/ou remplacés si les patients avaient acquis les compétences de bases de la socialisation et de la communication. Nous misons sur un apprentissage intensif de ces compétences de base pour une amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs aidants, mais aussi pour une augmentation de leur possibilité à s'épanouir (activités variées...).