

Soumission de textes à la revue de modification du comportement

La Revue de modification du comportement publie des articles sur l'analyse et la modification du comportement: articles théoriques, études de cas, recherches expérimentales et revues de la littérature scientifique. Les auteurs ne doivent pas nécessairement faire partie de l'A.S.M.C. ni résider au Canada. Les articles, rédigés en français, doivent être présentés en deux exemplaires dactylographiés à double interligne et se conformer, autant que possible, aux normes prescrites par le **Publication Manual of the American Psychological Association** (1974). Chaque auteur est prié de joindre à son article un résumé (en français et en anglais) d'environ cent (100) mots.

En outre, il est recommandé de suggérer un choix de termes-clés (en soulignant ces mots dans le résumé anglais), afin de faciliter la confection d'un répertoire, la Revue se trouvant répertoriée dans **Psychological Abstract**, de même que dans le **Bulletin Signalétique**, et apparaissant dans le listing du **Standard Periodical Directory**.

Les textes soumis pour fins de publication doivent parvenir à:

Maurice Harvey, D.Ps.
Directeur de la Revue de
Modification du Comportement
2615, rue Vaudreuil
Sherbrooke, Qué.
J1J 2M6

Comité de lecture

Beausoleil, Raymond
Commission Scol. de Val d'Or
Boisvert, Jean-Marie
Hôpital Louis-H. Lafontaine
Boudreau, Léonce
Université de Moncton
Bourque, Paul
Université de Moncton
Forget, Jacques
Behaviora
Giroux, Normand
Inst. Nazareth et Ls-Braille
Julien, Danielle
Etudes doctorales
Ladouceur, Robert
Université Laval
Leroux, Gilbert
Ecole Peter Hall
Loranger, Michel
Université Laval
Marineau, Normand
Hôpital Louis-H. Lafontaine
Martin-Laval, Henri
Polyvalente Lucien Pagé
Maurice, Paul
Univ. du Québec à Montréal
Otis, Rodrigue
Université de Sherbrooke
Richard, Marc-André
Hôpital Louis-H. Lafontaine
Trudel, Gilles
UQAM et C.H. Ls-H. Lafontaine



REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

SOMMAIRE

- | | | |
|---|------------------------------------|----|
| Une innovation dans la programmation d'interventions auprès de bénéficiaires du C.H. Robert Giffard | Aimée LEDUC
Alfred DUMAIS | 53 |
| Processus de changement comportemental | Michel J. MAHONEY | 67 |
| L'emploi de la pratique massée pour contrôler les tics dans le syndrome de Gilles de la Tourette | Janel GAUTHIER
Julien DOYON | 71 |
| Le syndrome de Big Brother | Raymond OUELLET
Léonce BOUDREAU | 77 |
| Les jeux électroniques et les salles de jeux: essai d'analyse | Jean ARCHAMBAULT | 81 |

REVUE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT

Revue trimestrielle publiée par l'A.S.M.C. Inc.

Directeur:

Maurice Harvey
2615, rue Vaudreuil
Sherbrooke, Qué.
J1J 2M6

Responsable de la

rubrique

«Critique de livres»:

Jacques Forget
6955, boul. Taschereau
Suite 211
Brossard, Qué.
J4Z 1A7

Conseil

D'Administration
De l'Association
Scientifique
Pour la Modification
Du Comportement
A.S.M.C.

Président:	Raymond Beausoleil
Président élu:	Pierre Baron
Président sortant:	Jinette Marci-Demault
Secrétaire:	Jocelyne Kéroack
Trésorier:	Michel Campbell
Coordonnatrice des activités régionales et des groupes d'intérêt:	Georgette Goupil
Représentante (Montréal):	Brigitte Gordin-Bordeleau
Représentant (Québec):	André Fève
Représentant (Moncton):	Raymond Queller
Représentant (Rimouski):	Simon Papillon
Représentant (Outaouais québécois et ontarien):	Carole Poirier
Représentant (Sherbrooke):	Gaëtan Langlois
BRAS:	Manon Théoret

Port de retour garanti par A.S.M.C., 5555, 15e Avenue, Montréal, Qué., H1X 2T9, 729-9949

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec et Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 0383-056X

Les éditeurs n'assument pas obligatoirement toutes les opinions exprimées par les auteurs des textes publiés.
Permis d'affranchissement au tarif de deuxième classe en instance.

Revue de modification du comportement
Volume 13, N° 2, 53-65, Été 1983

Une innovation dans la programmation d'interventions auprès de bénéficiaires du C.H. Robert Giffard

AIMÉE LEDUC¹ et ALFRED DUMAIS

Université Laval

Au cours de cet exposé, il est question d'un programme de réadaptation basé sur le béhaviorisme social d'Arthur W. Staats. C'est le premier programme de ce type offert à des personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui vivent dans un hôpital de troisième ligne. Un bref historique rappelle les événements qui ont conduit à l'élaboration de ce programme. Vient ensuite une présentation des grandes lignes de la théorie du comportement anormal de Staats. Suivent une présentation du programme et l'évaluation de son efficacité.

UN BREF HISTORIQUE

En mai 1970, le Centre hospitalier Robert Giffard inaugure un programme de modification du comportement par conditionnement opérant utilisant un système économique de jetons. Ce programme est d'abord offert à 48 hommes, dont la majorité (81,2%) était des schizophrènes qui avaient une durée moyenne d'hospitalisation de 9,9 années au Centre hospitalier Robert Giffard. En mai 1971, le programme élargit ses cadres et devient accessible à un total de 70 résidents, tous des hommes. En mai 1972, il est aussi offert à la population féminine du Centre hospitalier.

Routhier¹ (1975) précise la philosophie qui est à la base du programme: certains patients deviendraient chroniques parce qu'ils en ont décidé ainsi. Il s'agirait d'un choix de carrière réaliste et rationnel. Grâce à sa maladie, le résident psychiatrique chronique:

peut éviter les problèmes, satisfaire ses besoins de dépendance, recevoir de l'attention et éprouver un sentiment de puissance par la manipulation d'autres personnes. Ce qui semblait au point de départ un handicap, se transforme graduellement en un mode d'adaptation efficace et utile (p. 9).

Une telle conception du malade mental chronique conduit à l'élaboration d'interventions qui programment l'inconfort dans le but de convaincre le résident de quitter l'institution. En effet, les prix et salaires sont équilibrés de façon à ce qu'une personne active ne puisse jamais s'offrir plus des deux tiers de ses désirs de consommateur; la personne moins active sera privée davantage.

1. Pour un tiré à part, s'adresser à Aimée Leduc, Université Laval, Québec, QC G1K 7P4.

1. Routhier, S. (1975). *Rapport quinquennal des opérations du Module béhavioral. Mai 1970 - mai 1975*. Document inédit.

Dans la première phase du programme, les objectifs d'apprentissage ont trait à l'autonomie fonctionnelle de base, aux loisirs et à l'établissement d'une motivation pour réaliser ces apprentissages. C'est l'inconfort programmé qui permet d'établir cette motivation. La deuxième phase vise l'apprentissage des comportements permettant l'accomplissement adéquat d'un travail et l'administration de son budget. La troisième phase vise l'apprentissage d'un travail moins supervisé. En plus de ce programme global, il y a un programme de traitement individuel qui vise la modification de comportements spécifiques non inclus dans le programme global. Quand le résident a franchi ces trois phases, il peut aller directement à l'extérieur ou dans une ressource qui permet la transition entre le milieu institutionnel et la société.

Une série d'événements politiques et administratifs entraînent une diminution importante du nombre de résidents et la formation d'un comité chargé d'évaluer le programme du Module comportemental. En décembre 1975, paraît le **Rapport quinquennal des opérations du Module comportemental**. En novembre 1976, le médecin traitant du Module comportemental fait parvenir, au département clinique de psychiatrie, ses commentaires sur le Rapport quinquennal. Il reproche, entre autres, la désinvolture de la phase I du programme; l'inconfort programmé lui paraît inacceptable. De plus, il n'accepte pas que le médecin traitant n'ait d'autre rôle à jouer que celui de consultant ou de caution morale. Une querelle idéologique s'engage entre les tenants du modèle médical et du modèle comportemental. Elle porte aussi sur un conflit de pouvoir entre psychologues et psychiatres. En février 1977, la direction des services du Centre d'accueil avisa le chef de section du Module comportemental du gel des admissions et de la formation d'un comité chargé d'évaluer le programme. En août 1977, le comité d'évaluation est formé et le dégel des admissions est annoncé. Il y a alors 32 résidents dans l'unité alors qu'elle peut en recevoir 70. Malgré le dégel des admissions, le nombre de résidents continue à diminuer soit parce que personne ne veut plus réintégrer de résidents au Module, soit parce que les résidents n'acceptent pas ce programme.

En mai 1978, Leduc, Dumais et Grunberg¹ présentent le rapport du comité d'évaluation du programme du Module comportemental.

Les auteurs présentent les études sur l'évaluation comparative des programmes d'économie de jetons avec des schizophrènes chroniques. Leurs principales conclusions sont les suivantes:

comparés à des programmes de soins psychiatriques traditionnels, les programmes d'économie de jetons sont supérieurs par rapport à l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle de base et des comportements sociaux et dans certains cas, à la diminution des symptômes... un programme d'économie de jetons combiné à un programme thérapeutique est plus efficace qu'un programme d'économie de jetons seul ou un programme de communauté thérapeutique seul... (les attitudes des résidents) sont plus favorables à un programme d'économie de jetons qu'à un programme électrique et plus favorables à un programme d'économie de jetons qui permet de prendre des décisions et qui se réalise sur une salle ouverte qu'à d'autres types de programmes (Leduc, Dumais et Grunberg, 1978, p. 71).

Les analyses quantitatives révèlent que de 1970 à 1977, 330 résidents du Centre hospitalier Robert Giffard ont bénéficié de ce programme. De ce nombre, 144 (43,6%) se sont améliorés, le pourcentage variant de 8,8% à 77%. Au cours de ces mêmes années, 80 (26,6%) résidents se sont réintégrés dans la société, le pourcentage variant de 8,3% à 54,2%. Ces résultats sont comparables à ceux d'autres programmes qui utilisent un système économique de jetons et qui poursuivent des objectifs semblables.

Malgré son efficacité relative, le programme du Module comportemental recourt à la punition — tout particulièrement l'inconfort programmé de la phase I — et à la punition surtout sous forme de coût de la réponse et d'isolement. Il s'agit de procéder que la société québécoise accepte de plus en plus difficilement. La loi de la Protection du malade mental et la contestation des thérapies comportementales aux États-Unis (Grunberg, 1976) remettent en question leur aspect coercitif. C'est d'ailleurs le reproche principal que le médecin traitant fait au programme. Le comité d'évaluation, en remplacement du programme du Module comportemental qui était surtout une combinaison de comportement élémentaire et de la chimiothérapie, propose un programme basé sur la théorie du comportement anormal proposée par le behaviorisme social (Staats, 1971, 1975; Staats et Staats, 1963).

UNE THÉORIE DU COMPORTEMENT ANORMAL

Lévesque et Leduc (1983) présentent de façon détaillée la théorie de Staats (1971, 1975) et de Staats et Staats (1963) sur le comportement anormal. Cette section rappelle les grandes lignes de cette théorie et ses implications par rapport à l'élaboration d'un nouveau programme de réadaptation.

Le behaviorisme social et le comportement anormal

Selon Staats (1975), deux catégories sont nécessaires pour décrire et classer les comportements anormaux. Il peut s'agir de comportements qui sont nécessaires à l'adaptation de la personne et qui sont absents de son répertoire — les déficits comportementaux. Il peut s'agir de comportements qui nuisent à son adaptation et qui sont présents dans son répertoire — les comportements inappropriés.

Étant donné que Staats (1975) considère que la personnalité d'un individu est constituée de trois systèmes interreliés — le système des émotions, le système verbo-cognitif et le système instrumental —, les déficits comportementaux et les comportements inappropriés peuvent se retrouver dans chacun de ces systèmes.

Ainsi, par exemple, au niveau du système des émotions, le manque de relief des émotions du schizophrène simple est un déficit comportemental important et ses hallucinations sont des comportements inappropriés. Dans le système verbo-cognitif, le langage de psychotique permet d'illustrer les déficits et les hallucinations du paranoïde, les comportements inappropriés. Au niveau du système instrumental, des comportements anormaux peuvent être, par exemple, les déficits des habiletés occupationnelles et sociales et des comportements inappropriés comme les assauts.

Tout comme le comportement qui peut être déficitaire ou inapproprié, le milieu peut être déficitaire ou inapproprié et, par conséquent, faciliter l'apprentissage et le maintien du comportement anormal. C'est pourquoi l'histoire d'apprentissage d'une personne joue un rôle central dans la compréhension de ses répertoires de personnalité et de ses comportements spécifiques. La compréhension du rôle de

1. Leduc, A., Dumais, A. et Grunberg, R. (1978). *Rapport du comité d'évaluation du programme du Module comportemental*. Document inédit.

l'histoire d'apprentissage d'une personne dans la production de ses comportements normaux et anormaux permet d'offrir à l'enfant une éducation appropriée et à ceux qui ont des problèmes de personnalité, une thérapie efficace.

Pour Staats, les comportements et les milieux déficitaires et inappropriés sont en interaction. En effet, des comportements déficitaires peuvent créer, pour la personne, un milieu déficitaire. Un exemple de ce type d'interaction est celui de l'enfant qui n'est pas entraîné à la toilette et qui, à cause de ce comportement déficitaire, n'est pas accepté à l'école. L'enfant peut alors vivre dans un milieu déficitaire qui entraîne des déficits intellectuels importants.

Des comportements déficitaires peuvent aussi créer, pour la personne, un milieu inapproprié. L'enfant qui n'est pas entraîné à la toilette peut aussi être un exemple de ce type d'interaction. En effet, les parents peuvent développer des attitudes négatives à l'égard d'un enfant qui, à un certain âge, n'est pas entraîné à la toilette, attitudes qui peuvent se traduire par de l'impatience, des punitions, des critiques. Le milieu familial devient alors un milieu inapproprié qui peut permettre à l'enfant d'apprendre des attitudes négatives à l'égard de toute situation d'entraînement, d'où une augmentation de ses déficits. Bref, la personne qui n'arrive pas à se comporter de façon à obtenir des récompenses des membres de son groupe se retrouve dans des situations aversives qui créent un milieu inapproprié.

Un autre type d'interaction du comportement et de l'environnement est celui des comportements inappropriés qui créent un milieu déficitaire. Ainsi, par exemple, la personne qui a des comportements considérés comme psychotiques peut se retrouver dans un hôpital psychiatrique. Ce milieu peut être déficitaire de plusieurs façons: la personne peut ne pas travailler et cesser de développer des habitudes occupationnelles; elle peut avoir peu d'interactions sociales et cesser de développer ou même perdre ses habiletés sociales. Même si elle n'est pas placée en institution, la personne qui a des comportements inappropriés peut être victime d'ostacisme social et avoir peu d'interaction sociale, ce qui risque de créer des déficits d'apprentissage importants.

Un dernier type d'interactions du comportement avec le milieu est celui des comportements inappropriés qui créent un milieu inapproprié. Le comportement anormal qui conduit une personne dans un milieu psychiatrique peut aussi créer pour elle un environnement qui, en plus d'être déficitaire, est inapproprié. Dans une institution, la rencontre de personnes qui ont des comportements inappropriés est inévitable. Par conséquent, ce milieu facilite l'apprentissage d'une gamme de comportements inappropriés.

Pour le béhaviorisme social, le comportement anormal peut aussi être l'effet d'interactions entre des personnes, entre des institutions et entre une personne et une institution. Il peut aussi être l'effet de l'interaction entre les comportements d'une personne.

Deux principes propres à l'apprentissage humain complexe sont importants pour comprendre le comportement anormal, il s'agit de celui de la compétition béhaviorale et de celui de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé.

Pour le premier principe, il s'agit de la compétition entre l'apprentissage de comportements normaux et anormaux. Le principe peut se formuler de la façon suivante: l'acquisition d'un répertoire d'habiletés peut empêcher l'acquisition d'un autre répertoire. Ainsi, par exemple, le développement d'un communication pathologique peut empêcher l'acquisition des répertoires normaux de langage.

Staats a développé davantage le principe de la compétition béhaviorale en traitant un enfant qui avait de sérieux problèmes de comportement à l'école sans s'occuper directement des problèmes de comportement. Il a renforcé le travail de l'enfant dans un programme d'entraînement à la lecture. L'augmentation des comportements laborieux et du rendement en lecture a entraîné une diminution des comportements inappropriés.

Le principe de la compétition béhaviorale suggère de centrer l'intérêt sur l'identification des répertoires normaux et sur les méthodes qui en permettent l'acquisition plutôt que se concentrer sur les comportements anormaux.

La conception hiérarchisée de l'apprentissage suggère qu'apprendre à être un humain prend beaucoup de temps. Il s'agit d'un processus au cours duquel l'acquisition d'un répertoire d'habiletés sert de base à l'apprentissage d'habiletés plus complexes qui à leur tour permettent l'acquisition d'habiletés encore plus complexes. Le principe s'applique à l'acquisition des répertoires de personnalité normaux et anormaux.

Le principe de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé permet une analogie avec une espèce de course béhaviorale. La course implique la rapidité et l'excellence de l'acquisition d'habiletés de plus en plus complexes; elle se produit pendant toute la vie de la personne. Cette course peut prendre une direction positive ou négative, prendre l'allure d'une spirale ascendante ou descendante.

L'acquisition précoce de répertoires fondamentaux de comportements sert de fondement à l'acquisition d'autres habiletés. De plus, l'acquisition précoce d'habiletés désirables a des conséquences sociales. La société en général et le groupe auquel appartient l'enfant offrent des récompenses sociales aux «gagnants» de la course. Cette compétition implique les différents types d'habiletés que l'enfant doit acquérir, i.e. marcher, parler, acquérir les autres habiletés décrites dans les échelles de développement, acquérir les habiletés académiques et athlétiques. Les notes, les bourses, les honneurs, les tests d'intelligence, le succès dans les sports organisés sanctionnent l'acquisition de ces habiletés. L'enfant qui est plus avancé dans l'acquisition de ces habiletés recevra plus de récompenses que celui qui est moins avancé. De telles récompenses contribueront à maintenir les comportements laborieux de l'enfant et lui faciliteront l'apprentissage de comportements plus complexes. Ainsi, l'enfant plus avancé dans l'acquisition d'habiletés complexes se crée une situation l'incitant à continuer à travailler et à apprendre. Il apprend plus rapidement et continue ainsi à créer des conditions plus favorables à l'apprentissage de comportements plus complexes. De plus, les parents de cet enfant sont souvent de bons éducateurs et continuent à offrir à l'enfant des conditions d'apprentissage de qualité supérieure. C'est la spirale ascendante de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé.

Si, au contraire, à cause de mauvaises conditions d'apprentissage, un enfant n'acquiert pas les répertoires fondamentaux de comportements aussi rapidement que la plupart des enfants, on peut s'attendre à observer une spirale descendante dans ses apprentissages ultérieurs. L'enfant qui acquiert les répertoires de base plus lentement n'est pas prêt, en même temps que la plupart des enfants, à réussir l'apprentissage d'habiletés plus complexes. De plus, parce qu'il est en retard dans la course, il reçoit moins de récompenses sociales que les autres. Par conséquent, ses comportements d'attention et de travail seront moins nombreux et il apprendra moins rapidement. Il est probable que sa motivation se détériore puisque moins la performance est avancée, moins il y a de récompenses et que moins il y a de récompenses, moins l'apprentissage se maintient. Ce qui accroît la diminution des

récompenses. Cette spirale descendante peut être accélérée par les conditions qui résultent de cet apprentissage retardé. De plus, les conséquences sociales du statut de perdant dans la course peuvent créer les conditions d'apprentissage de comportements indésirables qui sont considérés comme anormaux. Ces comportements peuvent empêcher l'apprentissage ultérieur de comportements exigés par la société, ce qui accélère la spirale descendante de l'apprentissage. Dans certains cas, l'enfant peut en venir à n'apprendre que des comportements indésirables qui deviennent les répertoires fondamentaux de comportements anormaux qui facilitent l'apprentissage d'autres comportements anormaux. Ce qui peut produire une situation sociale comme un placement en institution qui facilite l'apprentissage de comportements anormaux. La sévérité et le type des comportements anormaux que la personne développe dépendraient du point où elle prend du retard dans le développement hiérarchisé d'habiletés complexes.

Les implications de la théorie

Par rapport au traitement des personnes qui ont développé des répertoires de comportements anormaux et qui ont été hospitalisées dans un hôpital psychiatrique, la théorie du comportement anormal de Staats offre plusieurs suggestions.

Les principes de base du béhaviorisme social sont ceux des conditionnements classique et instrumental et de l'interaction entre ces deux types de conditionnement. Par conséquent, si le personnel participe à des activités agréables avec les bénéficiaires, il en viendra à déclencher des réactions émotives positives chez les bénéficiaires et acquerra ainsi une valeur renforçante et directive. De plus, le personnel ne devra utiliser la punition ou la privation que dans des circonstances exceptionnelles puisque ces procédés déclenchent des réactions émotives négatives qui sont jumelées avec lui et qui, par conséquent, diminuent sa valeur renforçante et directive.

Cette théorie du comportement anormal suggère de combler les déficits dans les trois systèmes de personnalité. Il est important de combler les déficits du système des émotions qui est une caractéristique des schizophrènes. Le jumelage du personnel avec des activités qui sont agréables pour le bénéficiaire est l'un des moyens de combler ce type de déficit. Il est tout aussi important de combler les déficits dans les domaines du langage et de la cognition et dans celui des comportements instrumentaux.

Le principe de la compétition béhaviorale suggère, chaque fois que c'est possible, d'éliminer les comportements inappropriés en combant les déficits de comportement. Par conséquent, l'élimination directe d'un comportement inapproprié ne devrait être un objectif que dans les cas d'urgence ou dans les cas où ce comportement empêche de combler les déficits.

De plus, le béhaviorisme social suggère d'analyser en détail l'histoire de la personne. Il rejoint ainsi les théories traditionnelles de la personnalité mais se distingue de plusieurs béhavioristes qui s'en tiennent au comportement actuel de la personne. Staats considère qu'il est essentiel d'identifier les conditions environnementales qui ont permis l'apprentissage des comportements anormaux et leur maintien.

Les principes relatifs à l'interaction entre les comportements déficitaires et inappropriés et les institutions déficitaires et inappropriées suggèrent d'appliquer un programme de réadaptation dans un milieu normal afin d'éviter l'apprentissage de nouveaux comportements inappropriés et l'accumulation de déficits plus grands. Il est, par conséquent, souhaitable, d'éviter d'appliquer un tel programme, par exemple, dans un hôpital psychiatrique.

Enfin, le principe de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé permet une analyse qui aide à déterminer la longueur du traitement. Dans le cas des grands perdants de la course de l'apprentissage cumulatif et hiérarchisé, il faut prévoir des années d'interventions bien planifiées pour combler les déficits accumulés.

Le système de jetons utilisé au Module béhavioral est devenu très aversif pour les bénéficiaires à cause de nombreux jumelages avec des événements aversifs. Bien qu'un tel système puisse être efficace, les principes du conditionnement classique suggèrent d'éliminer ce moyen tout au moins au début de l'implantation du nouveau programme. Pour les mêmes raisons, il serait souhaitable de changer le nom du programme.

LE NOUVEAU PROGRAMME

Cette section présente, en premier lieu, les aspects organisationnels du nouveau programme et, en second lieu, ses objectifs et les principales caractéristiques.

Les aspects organisationnels

Cette section décrit les bénéficiaires et les intervenants et présente les deux principaux comités de programme.

A) Les bénéficiaires

Le nouveau programme, celui de la division HR 34, accueille 50 bénéficiaires de sexe masculin et féminin. Contrairement aux bénéficiaires du Module béhavioral qui vivaient dans une grande salle, les bénéficiaires de la division HR 34 vivent, par petits groupes, dans des locaux qui se veulent le plus semblables possible à une résidence familiale. En janvier 1980, il y a cinq familles de bénéficiaires: en 1981-82, ce nombre est réduit à quatre en raison des coupures budgétaires. Au moment de l'implantation du programme, une famille compte sept schizophrènes, deux déficients légers et un cas problème, c'est-à-dire un bénéficiaire qui demande, pour lui seul, beaucoup de temps aux intervenants.

B) Les intervenants

En janvier 1980, il y a 30 intervenants: les coupures budgétaires, en 1981-82, réduisent ce nombre à 23. Parmi ces intervenants, il y a des hommes et des femmes moniteurs, éducateurs, infirmiers, des administrateurs et un conseiller en programmation. Les intervenants qui sont les principaux artisans du programme vivent avec les bénéficiaires. Quelle que soit leur formation professionnelle, leur rôle consiste à faciliter des apprentissages chez les bénéficiaires. Chacun d'entre eux est le tuteur de quelques bénéficiaires et, à ce titre, il est responsable de la réalisation des objectifs du programme par ces bénéficiaires. Ils n'ont aucun bureau, aucune salle où ils peuvent se retirer. Il y a, par moi ces intervenants, du personnel de jour et de soir. Fait à noter, le personnel de soir arrive à 14:30 heures, ce qui lui permet de rencontrer le personnel de jour qui quitte à 16:00 heures.

Avant le début de l'implantation du programme et au cours de la première année de son implantation, des sessions de formation ont été offertes au personnel. On leur expose les principaux thèmes traités par le béhaviorisme social: on aborde également des thèmes qu'ils souhaitent voir traiter. De plus, le Centre hospitalier Robert Giffard, en collaboration avec l'Université Laval et l'Association de paralysé cérébrale, a organisé, au printemps 1980, un colloque sur le béhaviorisme social. Le professeur Staats est le principal conférencier. En 1981-82, les coupures budgétaires entraînent la disparition de ces sessions de formation. Le conseiller en program-

mation qui est un spécialiste en comportementisme social continue, dans son travail quotidien auprès des bénéficiaires et des intervenants, à assurer la présence de ce système d'explication du traitement des comportements anormaux.

C) Le comité de sous-programmation

Au cours de la première année d'implantation du programme, l'administration nomme un chef dans chaque famille. Ces cinq chefs d'équipe sont responsables de l'animation de leur groupe et de la coordination des interventions auprès des bénéficiaires. Avec le chef de division, son adjoint qui est un cadre de soirée, le conseiller en programmation, le médecin traitant et, à l'occasion, un consultant de l'extérieur, les chefs d'équipe forment le comité de régie de la division. Ce comité assume la responsabilité de gérer les problèmes quotidiens reliés à la réalisation du programme.

D) Le comité de programmation

Un comité de programmation joue, par rapport à la division HR 34, le rôle de conseil d'administration; il s'occupe des politiques générales. Il est aussi un consultant pour le directeur du programme. Il se compose du chef du service HR 34, du chef de la division et de son adjoint, du conseiller en programmation, du médecin traitant. A ceux-ci s'ajoutent un sociologue et un psychologue, professeurs à l'Université Laval, qui ont participé à l'évaluation du programme du Module comportemental.

Le programme: objectifs et composantes principales

Cette section présente les objectifs du programme et ses principales composantes.

A) Les objectifs

Le principal objectif du programme est d'accroître l'autonomie et le comportement adapté des bénéficiaires et ainsi, d'améliorer leur qualité de vie. Il s'agit essentiellement de combler, dans toute la mesure du possible, les déficits comportementaux et ainsi, dans la plupart des cas, éliminer les comportements inappropriés. Dans certains cas particuliers, il peut s'agir d'abord d'éliminer certains comportements et ensuite, de combler les déficits comportementaux.

Dans tous les cas où c'est possible, un deuxième objectif du programme est la réinsertion sociale du bénéficiaire.

B) Les principales composantes du programme

Cette section traite du plan de réadaptation, du programme-cadre, des cours offerts par les commissions scolaires et de la structuration de l'après-programme.

1. **Le plan de réadaptation**. Le tuteur élabore, avec l'aide du conseiller en programmation, le dossier de chaque bénéficiaire. L'un des éléments importants de ce dossier est le plan de réadaptation du bénéficiaire qui comprend trois phases. La première consiste à identifier, en termes d'objectifs, ce que le bénéficiaire peut et veut devenir dans les domaines suivants: habitation, travail et loisir de même que les répertoires qu'il peut et veut acquérir au plan cognitif (langage, lecture, calcul, etc.) et instrumental (écriture, autonomie fonctionnelle de base, etc.). Ce plan de réadaptation permet au bénéficiaire de prendre conscience d'une évolution possible, d'un devenir vers une plus grande indépendance et de

se motiver à acquérir les habiletés qui permettront cette évolution. Le plan de réadaptation permet également aux intervenants d'envisager, pour le bénéficiaire, une plus grande qualité de vie, une autre issue que le reste de ses jours dans la division où il est hospitalisé. Dans la deuxième phase, le tuteur définit les étapes qui permettront d'atteindre les objectifs. Il s'agit de décrire les habiletés acquises par le bénéficiaire, celles qu'il utilise et celles qu'il n'utilise pas, d'identifier ses comportements déficitaires et inappropriés par rapport aux objectifs et d'établir l'ordre d'acquisition des habiletés qui permettront de combler les déficits. Dans la troisième phase, le tuteur précise les interventions qui permettent de combler les premiers comportements déficitaires de la séquence. Le plan de réadaptation peut être modifié selon le rythme d'apprentissage du bénéficiaire.

2. **Le programme-cadre**. Un autre élément important est le programme-cadre élaboré par les intervenants de chaque famille. Par conséquent, ce programme est différent d'une famille à l'autre. A titre d'exemple, voici les principales composantes du programme-cadre d'une famille qui compte 11 bénéficiaires répartis comme suit: 6 hommes et 5 femmes, célibataires, dont l'âge se situe entre 23 et 58 ans ($M = 44$) et qui ont une moyenne de 24 ans d'hospitalisation. Il y a, dans cette famille, 8 schizophrènes, 2 déficients et 1 cas de psychose maniaco-dépressive. L'un de ces bénéficiaires est hémiplégique.

Ce qui sert de base à ce programme-cadre, ce sont les compétences minima qu'un adulte doit avoir acquises pour être autonome (Leduc, 1980). Ce concept de compétences minima rejoint le concept de répertoires fondamentaux de comportements de Staats (1975). Selon les auteurs américains, elles se regroupent en deux catégories, à savoir les habiletés académiques et les habiletés de survie qui comprennent les rôles de producteur, de consommateur, de citoyen, de personne et de participant à des activités de loisir.

Dans le programme-cadre de la famille X, apparaît l'horaire quotidien pour le lever, le coucher, les repas et le développement des habiletés permettant une autonomie fonctionnelle de base et l'horaire hebdomadaire pour les soins particuliers, l'entretien des vêtements, etc. Au niveau des habiletés reliées au rôle de producteur apparaissent surtout les activités d'entretien ménager. Par rapport au rôle de consommateur, apparaît le magasinage. Par rapport au rôle de participant à des activités de loisir se trouvent des activités comme la télévision, le cinéma, les quilles, le conditionnement physique, etc. Dans les habiletés reliées au rôle de citoyen se retrouve la réunion hebdomadaire du groupe des bénéficiaires. Le programme-cadre accorde également une place aux activités académiques qui sont des activités individuelles.

3. **Les cours offerts par les commissions scolaires**. Un événement important de la deuxième année d'implantation du programme fut l'organisation, en collaboration avec les commissions scolaires, de cours pour les bénéficiaires de la division. Dix d'entre eux ont suivi, dans une école de quartier, 60 heures de cours d'alphabétisation alors que 12 autres ont bénéficié, pendant 60 heures, d'un programme de préparation à l'emploi. Pour chacun de ces cours, deux intervenants de la division accompagnaient les bénéficiaires.

4. **La structuration de l'après-programme**. Au cours de la deuxième année d'implantation du programme quelques bénéficiaires sont allés vivre à l'extérieur du Centre d'accueil. Leurs tuteurs les ont accompagnés dans cette démarche et des bénévoles, membres d'une communauté religieuse, ont progressivement remplacé les tuteurs. D'autre part, le Centre d'accueil a mis à la disposition de la division une maison située dans un quartier populaire. Une famille de la division

capable de vivre à l'extérieur était prête à habiter cette maison avec les intervenants du Centre d'accueil et y a même fait le ménage. Des événements politiques ont malheureusement rendu ce projet irréalisable à quelques semaines de l'aménagement des bénéficiaires dans cette maison. Malgré tous les efforts de la division pour structurer l'après-programme, c'est un élément extrêmement important de la réadaptation qui demeure problématique.

Bref, chaque bénéficiaire a un programme individuel, le plan de réadaptation, et chaque famille a un programme-cadre. Des bénéficiaires de différentes familles fréquentent les cours offerts par les commissions scolaires. Il faut espérer que dans les meilleurs délais, les bénéficiaires qui peuvent vivre à l'extérieur pourront le faire avec l'accompagnement dont ils ont besoin. Il faut aussi ajouter qu'aux éléments du programme décrits ci-haut s'ajoutent des activités spéciales comme un séjour dans un chalet ou une base de plein air, des vacances individuelles, une partie de pêche à l'éperlan, du ski de fond, etc.

L'ÉVALUATION DU PROGRAMME

La division HR 34 inaugure son programme le 11 janvier 1980. La cueillette des données en vue d'une première évaluation de ce programme se fait de mars à mai 1981¹; pour la deuxième évaluation, elle se fait d'avril à juin 1982². Cette section présente quelques éléments de l'évaluation des bénéficiaires.

Lors de la première évaluation, la division HR 34 compte 50 bénéficiaires. Deux bénéficiaires ne participent pas à l'évaluation parce qu'ils viennent d'être admis dans le programme. La moyenne d'âge des bénéficiaires est de 35,8 ans; leur âge varie de 19 à 58 ans. Il faut souligner que 16 bénéficiaires (33%) ont 29 ans et moins. Il y a 30 hommes et 18 femmes. Quant au niveau de scolarité, 14 bénéficiaires n'ont aucune scolarité, 14, ont fait des études de niveau primaire et 20, des études de niveau secondaire ou d'un niveau plus élevé. Leur moyenne d'hospitalisation au Centre hospitalier Robert Giffard est de 10,6 années; 26 d'entre eux sont diagnostiqués comme schizophrènes, 17, comme déficients et 5 sont classés dans une autre catégorie.

Neuf bénéficiaires sur 48 sont interviewés sur les activités du programme. Les bénéficiaires mentionnent le grand nombre d'activités de travail et de sorties et la liberté dont ils jouissent. Ils soulignent le climat de confiance et de compréhension. Ils apprécient les discussions de groupe qui permettent à chacun d'exprimer son point de vue. Ils sont très heureux de la division de l'unité en petites familles. Parmi les difficultés d'adaptation que les bénéficiaires mentionnent, il y a les tâches d'entretien ménager qu'ils trouvent laborieuses, trop nombreuses et trop surveillées.

Pour évaluer l'efficacité du programme, les intervenants estiment en pourcentage l'amélioration³ des bénéficiaires depuis leur arrivée dans le programme. Un pourcentage d'amélioration entre 50 et 100 permet de classer le bénéficiaire

1. Dumais, A. (1981). *Rapport d'évaluation du programme de la division HR 34*. Document inédit.

2. Dumais, A. (1982). *L'évaluation du programme de la division HR 34: l'année 1981-82*. Document inédit.

3. Pour mesurer le degré d'amélioration des bénéficiaires, on a utilisé les quatre indicateurs suivants: le retour dans sa famille, le placement à l'extérieur du Centre hospitalier, l'envoi dans une unité plus avancée que celle d'où ils proviennent et la capacité de vivre d'une façon autonome.

comme fortement amélioré, un pourcentage entre 5 et 49, comme moyennement amélioré et un pourcentage inférieur à 5, comme stationnaire. Pour être classé dans les catégories extrêmes, il faut l'unanimité des évaluations du chef d'équipe et des intervenants. Sur les 43 bénéficiaires évalués, 16 (37%) se classent parmi les fortement améliorés, 12 (28%), parmi les moyennement améliorés et 15 (35%), parmi les stationnaires.

Le profil du bénéficiaire fortement amélioré est le suivant: c'est un homme, peu scolarisé qui a moins de huit années d'hospitalisation et qui est diagnostiqué comme déficient. Le bénéficiaire moyennement amélioré est un homme, schizophrène, peu scolarisé qui a une durée moyenne d'hospitalisation de 15,7 années. Le bénéficiaire stationnaire est une femme fortement scolarisée qui a plus de 12 années d'hospitalisation et qui est diagnostiquée comme schizophrène.

Chez les bénéficiaires les plus améliorés, les activités améliorées sont, par ordre d'importance, l'autonomie de base, l'occupation, la socialisation, les sorties, les comportements inappropriés et les habiletés de citoyen. Chez les bénéficiaires moyennement améliorés, elles sont l'autonomie de base, les comportements inappropriés, l'occupation, la socialisation, les sorties.

Dans la division HR 34, 33% des bénéficiaires sont classifiés comme fortement améliorés. Dans une autre unité du Centre d'accueil qui poursuit des objectifs semblables, 20% des bénéficiaires sont classés dans cette catégorie. Là aussi les moins améliorés sont des schizophrènes et les plus améliorés sont surtout des déficients.

En conclusion de son rapport d'évaluation, Dumais (1981) écrit:

Le programme de la division HR 34 connaît, jusqu'à maintenant, d'excellents résultats. Tout a été mis en oeuvre, à la fois sur le plan de l'aménagement physique, de la préparation du personnel et du type de bénéficiaire, pour réaliser, malgré les difficultés de parcours, les objectifs d'amélioration des conditions de vie et d'acquisition de l'autonomie de base. C'est un milieu qui est apparu très vivant, très dynamique, avec des jugements réalisables sur ce qu'il est possible de faire dans un contexte qui ne manque pas d'imprévus, mais où la routine ne risque certes pas de s'installer. L'attention particulière accordée à chaque bénéficiaire, autant dans la formulation des plans d'intervention que dans les projets de vie, par exemple, n'échappe pas à l'observateur externe. Par ailleurs, le soin avec lequel l'équipe des intervenants se soucie de cohérence en se structurant autour du chef d'équipe, du programme-cadre et de la responsabilité collective ne manque pas également d'étonner. Il est grandement souhaitable que cette expérience se continue, en dépit des difficultés et parfois même des éléments coûteux que son développement risque d'impliquer (p. 50).

Dumais (1981) recommande de transférer dans d'autres unités les bénéficiaires qui ne peuvent pas profiter du programme, de poursuivre les séances de formation du personnel et de structurer l'après-programme.

Au moment de la seconde évaluation, les caractéristiques des bénéficiaires ont peu changé. Neuf bénéficiaires qui faisaient partie du programme en 1980-81 l'ont quitté; trois d'entre eux vivent à l'extérieur du Centre d'accueil, cinq ont été transférés dans une autre division et un bénéficiaire est décédé.

A ce moment, 19 bénéficiaires (40%) sont fortement améliorés, 14 (30%) moyennement améliorés et 14 (30%) sont stationnaires. Par rapport à la première année d'implantation du programme, le pourcentage de ceux qui sont fortement et moyennement améliorés augmente alors que celui des stationnaires diminue.

Le bénéficiaire fortement amélioré est un homme ou une femme dont la scolarité est peu élevée qui a moins d'années d'hospitalisation que les autres (en moyenne, 9,4 années) et qui est diagnostiqué comme déficient. Par rapport à l'année précédente, la seule différence se retrouve au niveau du sexe. Celui qui est moyennement amélioré est un homme, peu scolarisé, qui a une durée moyenne d'hospitalisation de 11,2 années et qui est diagnostiqué comme schizophrène. Ce profil est semblable à celui de l'année précédente: la seule différence se situant au niveau d'une durée moyenne d'hospitalisation moins élevée. Le bénéficiaire stationnaire est une femme scolarisée qui a une durée moyenne d'hospitalisation de 12,6 années et qui est diagnostiquée comme schizophrène. Le profil des stationnaires est semblable à celui de l'année précédente. Cependant, en 1981-82, il y a, par rapport à l'année précédente, plus de déficients améliorés et moins de schizophrènes stationnaires.

Bref, il y a une plus forte amélioration des bénéficiaires en 1982 qu'en 1981.

Dumais (1982) signale que les habiletés les plus marquantes des bénéficiaires fortement améliorés sont l'occupation, la socialisation, le contact avec la famille d'origine et les loisirs. Près de 70% des résidents très améliorés ont acquis ces habiletés. Vient ensuite, l'autonomie de base, les habiletés cognitives et la modification de comportements inappropriés. Chez les bénéficiaires moyennement améliorés, c'est la même tendance à l'exception des contacts avec la famille d'origine. Chez les bénéficiaires stationnaires, c'est la tendance inverse tout particulièrement au niveau de la motivation et de la modification des comportements inappropriés. Par rapport à l'année précédente, de nouveaux répertoires apparaissent chez les bénéficiaires améliorés, à savoir le contact avec la famille d'origine, les loisirs et les habiletés cognitives. Ces répertoires nouveaux des bénéficiaires correspondent bien aux développements importants du programme.

Après un peu plus de deux ans, le programme de la division HR 34 donne des résultats intéressants. Par rapport aux bénéficiaires, son défi majeur demeure l'amélioration des schizophrènes scolarisés.

CONCLUSION

Le programme de la division HR 34 a maintenant trois ans. Jusqu'à date, à chaque année, de nouveaux éléments y sont introduits. Par ailleurs, la crise économique ou des événements politiques internes entraînent la disparition de composantes importantes du programme; il faut composer avec ces facteurs. Malgré tout, le programme s'avère efficace grâce surtout au travail remarquable du personnel de la division.

RÉFÉRENCES

- Grunberg, F. (1976). Les grandes contestations juridiques de l'antipsychiatrie aux États-Unis. *L'union médicale du Canada*, 105, 935-941.
- Leduc, A. (1980). Les compétences minima qu'un adulte doit avoir acquises pour être autonome. *Apprentissage et socialisation*, 3, 180-190.
- Lévesque, M. et Leduc, A. (1982). L'apprentissage du comportement anormal dans le cadre du comportement social de Staats. *Apprentissage et socialisation*, 5, 196-209.
- Staats, A. W. (1971). *Child learning, intelligence and personality*. New York: Harper and Row.
- Staats, A. W. (1975). *Social behaviorism*. Homewood, Ill.: Dorsey Press.
- Staats, A. W. et Staats, C. K. (1963). *Complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

ENGLISH ABSTRACT

This paper presents a **rehabilitation programme** based on Staats's **social behaviorism**. For the first time, such a programme is offered to individuals with **mental health problems** living in a psychiatric hospital. The first part of the paper presents a brief history of the antecedents of the programme. Then, the main aspects of the social behaviorist theory of **abnormal behavior** are described. The last two sections describe the programme and the evaluation of its effectiveness.

Inscription à l'A.S.M.C. et Abonnement à la Revue de Modification du Comportement

NOM: _____ PRÉNOM: _____

ADRESSE: _____

Ville: _____ Province: _____

Code postal: _____

TELEPHONE - Domicile: _____ Bureau: _____

ORGANISME ET SECTEUR DE TRAVAIL: _____

FONCTION / PROFESSION: _____

(Si étudiant(e) indiquer discipline et institution): _____

Cochez, s'il s'agit d'une réinscription

— Inscription et abonnement, 1 an: 1982-83*: 30,00 \$ _____

Etudiant: 15,00 \$ _____

Inscription et abonnement, 2 ans: 1982-83*: _____

et 1983-84 : 60,00 \$ _____

— Contribution volontaire (déductible d'impôt) _____

— Anciens numéros de la revue _____

Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____

Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____

Vol. _____ N° _____ à \$ _____ \$ _____

TOTAL (montant inclus) \$ _____

* Le membership se termine le 30 avril.

Faites parvenir votre chèque ou mandat, à l'ordre de l'A.S.M.C. à l'adresse suivante:
A.S.M.C., 5555 - 15e avenue, Montréal, Qué. H1X 2T9

Abonnement pour les institutions

L'abonnement annuel à la Revue est de 50,00 \$ pour les institutions. Celles-ci sont priées de faire parvenir leur commande à:

Mme Jocelyne Kéroack, secrétaire
A.S.M.C.
5555, 15e avenue
Montréal, Qué.
H1X 2T9

Processus de changement comportemental¹

MICHAEL J. MAHONEY²
Pennsylvania State University

L'auteur résume quelques thèmes relatifs aux processus de changement comportemental. Le rôle des réalités personnelles, des cognitions et l'importance de la perspective des échanges et du désordre comme processus de changement personnel sont présentés.

Je suis concerné par ce que je vois comme étant une masse prématurée de marketing de certaines procédures cognitives-behaviorales. Nous devons reconnaître qu'il y a des limites aux changements. Mes études au cours des dernières années dans les domaines de l'apprentissage, de l'auto-contrôle, des cognitions, de la philosophie, de l'épistémologie, du vieillissement et de la paléoneurologie m'ont amené à croire que le changement comportemental se reflète dans la vie en général et que celui-ci peut être mieux compris en étudiant les processus du système nerveux central. De la même façon qu'il en a été dans les autres sciences, l'avancement de la psychologie behaviorale sera marquée par un changement dans la nature des questions qui sont posées.

Nous sommes les architectes de nos propres réalités privées, signifiant que les stimuli et contingences sont perçus différemment à travers les individus. Les principes qui régissent notre perception des événements sont mieux compris lorsque nous essayons de comprendre l'expérience subjective de l'autre. La phénoménographie, i.e. la représentation de la phénoménologie d'un individu, et les modèles cognitifs implicites qui y sont auto-construits, se doivent d'être investigués par le scientifique behaviorale. Comment pouvons-nous faciliter le changement au niveau des réalités privées? Le changement comportemental implique un changement au niveau du système nerveux central, un changement au niveau de la signification des stimuli, des comportements et des contingences.

L'activisme mental a prédominé pour un certain temps dans les théories cognitives et psychobiologiques. Cependant, tout comme la psychologie behaviorale est devenue cognitive, la psychologie cognitive elle-même a vécu une révolution. Les théories de processus d'information par exemple se sont déplacées à travers l'ap-proche active-motrice vers un intérêt dans les mécanismes anticipatifs autant que ceux rétroactifs. Nous sommes limités par ce que notre système est en train de se préparer à faire face. Un nouveau stimulus ne peut être expérimenté à moins que le système soit prêt à assimiler l'information. Comme le système nerveux central est constamment occupé à créer ce qu'il attend, les stimuli nouveaux tendent à être

1. Condensé et traduit par Richard Kaley et Charly Morin. Ce texte se veut un résumé de la conférence présentée lors du 13e congrès de l'A.S.M.C., St-Georges, juin 1982.

2. Adresser les demandes de tirés à part au Dr. Michael J. Mahoney, Pennsylvania State University, Department of Psychology, University Park, PA 16802.

modèles dans les vieilles structures. Par exemple, au niveau des désordres dépressifs et d'anxiété, les mécanismes antipathés résultent dans des «patterns» d'évitements comportementaux actifs et passifs respectivement. Le changement est facilité par la perception et l'expérience de désaccords, par l'inattendu. Cependant, le système nerveux central tend à ignorer ces désaccords et à résister aux changements, préférant changer l'environnement plutôt que la façon dont il expérimente la réalité.

Tous les contenus, tels que pensées spécifiques, comportements, sentiments et situations, présupposent un processus de contraste. Le système nerveux établit un ordre de contenu, leur donnant un contour (définition) par l'intermédiaire d'un processus d'établissement de contrastes. Sans contraste, il n'y a pas d'expérience.

L'importance de la **perspective du processus** pour la compréhension du comportement humain est mise en évidence aux niveaux perceptuel et analytique. Il a été démontré, par exemple, que sans mouvements latéraux des yeux procurant ainsi un contraste par la génération de perspectives divergentes, l'image visuelle cesse d'enregistrer sur la rétine résultant ainsi en une perte de vision. Les théories de processus opposés (yin-yang, dialecticisme, etc.) décrivent ces processus qui souvent opèrent sans prise de conscience de l'individu, i.e. inconsciemment.

Il y a des processus tacites d'ordre dans le système nerveux central, ceux-ci opérant en tout temps pour créer le contenu de nos expériences. La primauté du processus peut être amenée sous investigation scientifique sans réifier l'inconscient, ni même sans essayer, comme dans les théories psychanalytiques, de rendre l'inconscient conscient. Une des implications cliniques de cet aspect est qu'il importe de se déplacer rapidement du niveau de contenu (le problème spécifique présenté) à un niveau plus général d'analyse de «patterns». Pour le client, ce type de recyclage du problème peut être nécessaire afin de transformer l'aspect fonctionnel du problème comportemental en un «pattern» plus adapté.

Les **processus d'échanges**, basés sur le concept d'équilibration, sont déjà bien établis dans les sciences physiques et biologiques. L'apprentissage est un processus dynamique de changements. De même, les termes développementaux tels qu'assimilation et accommodation mettent en évidence l'importance du désaccord dans les processus dynamiques d'échanges.

Le **désordre** est le creuset du changement. Le développement d'un individu est déclenché et amplifié par l'expérience de désaccords ou de divergences. Prigogine a gagné le prix Nobel pour avoir démontré que les lois de l'entropie ne s'appliquent qu'aux systèmes clos. Les modèles cybernétiques sont élaborés pour des systèmes clos, ce qui en fait constitue une de leurs propres difficultés, puisque tous systèmes de l'univers, sauf l'univers lui-même, semblent être des systèmes ouverts. Le déséquilibre produisant un désordre dans un système ouvert peut être assimilé d'une manière réformatrice si les désaccords ainsi produits ne sont pas trop intenses. Au delà d'un certain seuil toutefois, le système va se restructurer à travers une séquence typique de désordres de manière à être finalement capable d'assimiler le désaccord. Ce processus d'auto-désordre, appelé «auto-poiesis», soulève la question clinique sur l'importance relative de diminuer ou d'accentuer le sens du désordre perçu par le client. En diminuant un processus émotionnel aversif chez un client, nous pouvons possiblement inhiber un processus naturel de développement. L'énergie relâchée lorsque nous nous sentons mal pourrait procurer l'énergie vitale nécessaire à la restructuration. Le désordre, tout comme le désaccord, est une partie nécessaire au changement progressif.

L'équilibre statique peut être comparable à la mort, alors que la vie est développementalement dynamique. La résistance au changement est auto-protectrice à la fois au niveau de la sélection naturelle et de l'épistémologie évolutionnaire. Rechercher est un processus naturel de retour en arrière jusqu'à ce que de nouvelles structures deviennent assez fortes.

P plutôt que de dicter, les structures cognitives supérieures sont au service du cerveau inférieur. Puisque vous sentez, alors vous penserez. Le rationalisme ne prime pas sur les sentiments. Un équilibre entre pensée et sentiment doit être recherché.

Comment les systèmes se déplacent-ils du déséquilibre à un nouvel équilibre? L'étude de la transformation montre que si le déséquilibre est intense, la probabilité de transformation est élevée. La résolution de problèmes de premier ordre requiert un changement réformatrice dans les processus périphériques. La résolution de problèmes de second ordre requiert des changements transformationnels plus difficiles dans les processus centraux qui sont plus significatifs sur le plan personnel. Les changements personnels sont des changements dans les mécanismes de base impliqués dans l'ordre accordé aux événements; ce sont des transformations dans la signification et dans l'identité. De tels changements sont menaçants pour l'individu parce qu'ils impliquent que ce dernier devienne une personne différente. Tout en réduisant les souffrances du client, le thérapeute doit aussi faciliter chez ce dernier le développement d'un certain pouvoir personnel. Le progrès thérapeutique ou développement de pouvoir personnel n'a pas comme but la réduction de symptômes.

La réalité sociale vient de la réalité personnelle. Le changement social vient du changement personnel. L'espoir, l'amour et la liberté ont besoin de plus d'expression. La vie est un voyage, non pas une destination.

ENGLISH ABSTRACT

Behavior-change is related to changes in personal meaning. Eight different themes are outlined which may contribute to a more broadly integrative view of behavior-change processes. A central role is assigned to **equilibration processes**, while discussing the nature of change in both physical and cognitive phenomena.

ÉLEMENTS POUR UNE HISTORIOGRAPHIE

Présidents successifs du congrès de
l'Assoc. Scientif. de Modif. du Comport.

1970-71	Un comité exécutif groupant: Léonce BOUDREAU Louis MALENFANT Étienne THÉRIAULT	Léonce BOUDREAU	Moncton	1970
1971-72	Jacques CÔTE	Gilles TRUDEL et Jean-Marie BOISVERT	Montréal	1971
1972-73	Michel BOULARD	Jacques CÔTE	Québec	1972
1973-74	Gilles TRUDEL	Jean-Marie BOISVERT et Gilles TRUDEL	Montréal	1973
1974-75	Gilles TRUDEL	Léonard GOGUEN	Moncton	1974
1975-76	Léonce BOUDREAU	Jacques CÔTE	Québec	1975
1976-77	Léonard GOGUEN	Luc GRANGER	Montréal	1976
1977-78	Léonard GOGUEN	Maurice HARVEY	Sherbrooke	1977
1978-79	Rodrigue OTIS	Clarence JEFFREY	Moncton	1978
1979-80	Raymond BEAUSOLEIL	Raymond BEAUSOLEIL	Rouyn	1979
1980-81	Henri MARTIN-LAVAL	André SOULIÈRES	Montréal	1980
1981-82	Jean ARCHAMBAULT	Simon PAPILLON	Rimouski	1981
1982-83	Jinette MARCIL-DENAULT	Sarto ROY	St-Georges	1982
1983-84	Raymond BEAUSOLEIL	Paul BOURQUE	Moncton	1983
1984-85	Pierre BARON			
Membres à vie				
1980	Léonce BOUDREAU	Jean-Marie BOISVERT		1980
1981	Gilles TRUDEL	Gilles TRUDEL		1981
1982	Maurice HARVEY	Paul BOURQUE		1982
1983	Jean-Marie BOISVERT	William RODRIGUE		1983
		Meilleurs articles		

L'emploi de la pratique massée pour contrôler les tics dans le syndrome de Gilles de la Tourette

JANEL GAUTHIER¹ et JULIEN DOYON

Université Laval

La pratique massée fut utilisée dans le but d'instaurer un contrôle sur des tics moteurs multiples chez un garçon de treize ans qui avait été diagnostiqué comme ayant le syndrome de Gilles de la Tourette. Des observations comportementales systématiques de la fréquence des tics au cours du traitement révélèrent un succès partiel et transitoire. Le danger que le traitement lui-même puisse devenir extrêmement aversif est discuté. Il est recommandé d'explorer l'utilisation d'autres stratégies comportementales.

Décrit pour la première fois en 1885 par un médecin d'origine française qui lui donna son nom, le syndrome de Gilles de la Tourette se caractérise par des tics faciaux qui apparaissent habituellement au cours de l'enfance. Au début, ces tics ne sont pas trop prononcés. Plus tard, cependant, ils deviennent beaucoup plus accentués et se généralisent aux autres parties du corps. Les dernières manifestations comportementales du syndrome sont habituellement des tics vocaux. Bien que de la coprolalie (qui consiste à répéter compulsivement ou à crier des mots obscènes ou vulgaires) puisse être observée dans certains cas, il est plus commun de trouver des expressions inarticulées tel que tousser, libérer sa gorge, grogner, japper ou claudebayer. En général, le pronostic de ce trouble neurologique est peu encourageant.

Selon Yates (1958), la répétition forcée des tics moteurs provoquerait une inhibition réactive et agirait comme renforcement négatif lorsque la pratique massée serait interrompue. De cette façon, l'inhibition conditionnée qui est incompatible avec les tics pourrait se développer et ainsi permettre aux tics de perdre leurs propriétés renforçantes. À partir de ce principe, plusieurs études ont été faites au cours des deux dernières décades dans le but d'examiner la valeur thérapeutique de la pratique massée dans le traitement des tics associés au syndrome de Gilles de la Tourette. Certains chercheurs (e.g., Tophoff, 1973; Walton, 1961) ont trouvé que la procédure était utile pour diminuer les tics mais certaines de leurs découvertes (e.g., Clark, 1966; Rafi, 1962) soulevèrent des interrogations par rapport à la justesse de l'application de cette procédure dans tous les cas. D'autres chercheurs (e.g., Hollandsworth & Bausinger, 1978) ont échoué dans leur tentative d'instaurer un contrôle des tics à l'aide de la pratique massée mais ces derniers croient que des contingences sociales hors du contrôle du thérapeute ont joué un rôle déterminant dans le maintien des comportements qui faisaient l'objet de l'intervention. D'autres chercheurs (Feldman & Werry, 1966), encore, ont observé que l'emploi de la pratique massée contribuait en fait à augmenter la fréquence des tics. Cependant, il conviendrait de noter que les intervalles de temps utilisés par ces chercheurs lors de la

1. Les demandes de tirés-à-part doivent être adressées au Dr. Janel Gauthier, École de psychologie, Université Laval, Ste-Foy, Québec, Canada G1K 7P4.

pratique massée étaient beaucoup plus courts que ceux utilisés dans les études où on avait obtenu du succès. Enfin, en raison des résultats embrouillés et contradictoires, Rimm et Masters (1979) ont posé une mise en garde par rapport à l'utilisation de la pratique massée et ont recommandé que d'autres évaluations et d'autres études de cas soient faites.

Ce rapport relate le succès partiel et transitoire de l'utilisation de la pratique massée pour instituer un contrôle sur des tics moteurs multiples chez un patient qui, selon un neurologue spécialisé dans le diagnostic et le traitement des maladies neurologiques infantiles, souffrait du syndrome de Gilles de la Tourette.

MÉTHODE

Patient

Il s'agissait d'un garçon de 13 ans en bonne santé dont la naissance avait été normale. Il possédait une intelligence supérieure à la moyenne et son rendement académique était excellent. Mis à part ces tics corporels et faciaux qui avaient été observés par les parents pour la première fois lorsqu'il était âgé de 6 ans, des examens neurologiques étendus et répétés n'avaient révélé aucune anomalie. De même, il n'y avait aucune histoire évidente de tics verbaux. Dans le passé, le garçon avait reçu un traitement de chimiothérapie qui consistait d'haloperidol (Haldol). Ce médicament avait eu pour résultat de diminuer les tics. Plus tard, cependant, on avait dû réduire le régime médicamenteux parce qu'il produisait trop de somnolence. C'est alors que les tics augmentèrent. À ce moment, conformément à la demande du patient, les parents prirent contact avec nous dans le but d'obtenir une aide thérapeutique.

Analyse comportementale

Lors de la première rencontre à la clinique, on observa sans difficulté la présence de tics au niveau des yeux, de la tête, des épaules, des mains et des jambes. Ceux au niveau des yeux, de la tête et des épaules étaient définitivement plus prononcés et plus fréquents que ceux au niveau des mains et des jambes. Une observation des tics à domicile devait mettre en évidence le fait que la fréquence des tics du patient pouvait être influencée par le type d'activités auxquelles il s'adonnait. En effet, lors d'une visite à son domicile, on remarqua que les tics étaient presque complètement absents lorsqu'il jouait de l'orgue ou lorsqu'il tentait d'assembler les pièces d'un casse-tête et que la fréquence des tics s'intensifiait grandement lorsqu'il lisait, écrivait ou regardait la télévision. À ce sujet, il convient sans doute de mentionner que d'autres chercheurs (e.g., Doleys & Kurtz, 1974) ont déjà rapporté que la fréquence des tics associés au syndrome de Gilles de la Tourette pouvait varier beaucoup d'une activité à une autre, ce qui veut dire que les variations observées chez notre patient n'étaient pas inusitées. Cependant, ceci était aussi une indication du besoin d'évaluer la fréquence de ses tics au cours de plus d'une activité.

Notre analyse comportementale des comportements de tic ne devait mettre en évidence aucun système de contingence positive ou négative susceptible de rendre compte de la présence presque continue des tics identifiés chez notre patient. Bien que ce dernier était sensible aux réactions négatives (moqueries ou regards ahuris) de ses pairs par rapport à ses tics, elles semblaient trop rares pour contribuer significativement au maintien des comportements de tic. De plus, il n'y avait aucun indice suggérant que notre patient avait quoi que ce soit à gagner en conservant ses tics. Tout au contraire, il semblait anxieux de les contrôler car il s'intéressait à

des montages électroniques et ceci nuisait à son rendement. De plus, il commençait à s'intéresser aux membres du sexe opposé et désirait mieux paraître. Bien entendu, ceci ne veut pas dire que les conséquences ne jouaient aucun rôle au niveau du maintien de ses comportements de tic. Cependant, si ces dernières jouaient un rôle important, elles ont définitivement échappé à notre analyse, ce qui nous apparaît peu probable mais néanmoins possible.

Plan expérimental et traitement

Les effets thérapeutiques de la pratique massée furent évalués à l'aide d'une extension du plan expérimental B-A-B (Hersen & Barlow, 1976): B-A-B-B. Dans ce plan expérimental, la première phase (B) était constituée de l'application de la pratique massée; au cours de la seconde phase (A) le traitement par la pratique massée fut retiré; ce dernier fut rétabli au cours de la troisième phase (B); finalement, la quatrième phase (B), comprenait l'administration d'autres séances de traitement. Chaque phase expérimentale durait trois semaines.

Le traitement par la pratique massée comprenait: (a) des séances de thérapie hebdomadaires au cours desquelles le patient recevait cinq essais de 7 minutes chacun (un essai pour chaque endroit du corps où les tics se manifestaient le plus avec des temps de repos d'une minute entre chaque essai; et (b) des séances de pratique journalière à domicile (chaque séance comprenait deux essais de 7 minutes avec un temps de repos d'une minute entre les deux essais) au cours desquelles un seul endroit du corps par jour était la cible de pratique. Le patient avait comme consigne de changer chaque jour la cible choisie pour la pratique massée afin de maximiser la généralisation des effets thérapeutiques. La pratique à la maison était suivie de près par les parents qui prenaient en note le moment où les pratiques prenaient place. L'accomplissement de la tâche tel que requis par le programme était renforcé occasionnellement (environ une ou deux fois par semaine) par des séances de jeu vidéo sur un microordinateur.

Mesure dépendante

La fréquence des tics fut évaluée avant et après chaque phase expérimentale par deux observateurs indépendants. Les séances d'évaluation consistaient à administrer au patient cinq tâches au cours desquelles ses comportements de tic étaient observés. Les tâches en question étaient les suivantes: (a) compléter le sous-test «substitution» d'un test d'intelligence; (b) lire un passage dans un livre; (c) écrire à la main un texte dactylographié; (d) demeurer seul dans un local en attendant de recevoir d'autres directives (le patient ne savait pas qu'il était observé pendant ce temps); et (e) jouer au ballon avec une autre personne. Chaque tâche durait 5 minutes et était suivie par 2 minutes de repos. Pour chaque période de 30 secondes durant laquelle le patient exécutait une tâche, les observateurs comptaient le nombre de tics pendant 15 secondes. Parce que la fréquence des tics était élevée et que, parfois, plusieurs tics se présentaient simultanément, toutes les séances d'évaluation furent enregistrées sur une bande vidéo afin de permettre subseqüemment aux évaluateurs d'observer le patient aussi souvent que nécessaire. De cette façon, ils pourraient établir plus exactement le nombre de tics émis au niveau des yeux, de la tête, des épaules, des mains et des jambes au cours de chacune des tâches. L'examen des fréquences rapportées par les évaluateurs au cours de l'étude indiquait que le niveau d'accord entre les observateurs était de .82.

Avant de débiter toute intervention, il aurait été préférable de démontrer que la fréquence des tics devant faire l'objet de la pratique massée était stable ou tout au moins que les fluctuations n'allaient pas dans le sens des effets thérapeutiques. À

ce sujet, Hersen et Barlow (1976) recommandent d'utiliser un minimum de trois évaluations pour établir un niveau de base. Pour des raisons pratiques, ceci devrait s'avérer impossible. Ou'il soit dit, cependant, que les parents ont affirmé (après avoir visionné la bande vidéo utilisée pour enregistrer la première séance d'évaluation) que la fréquence et le type de tics observés chez leur garçon étaient représentatifs de ce qu'ils avaient observés à la maison.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Les résultats furent compilés en additionnant le nombre total de tics observés chez le patient aux cinq endroits-cibles du corps pendant les cinq tâches, et ceci, pour chacune des séances d'évaluation. Cette méthode de compilation fut choisie parce que la fréquence des tics pour chacune des tâches et chacune des parties-cibles du corps variait trop pour permettre facilement une analyse sensée des données au niveau des tâches et des parties-cibles du corps.

Le tableau I décrit les changements observés au niveau de la fréquence des tics au cours de l'analyse expérimentale des effets thérapeutiques de la pratique massée. Ainsi, on trouve une baisse du nombre de tics suite à l'application initiale de la pratique massée. Ces gains thérapeutiques disparaissent complètement après avoir retiré le traitement. La reprise de la pratique massée apporte une diminution considérable des tics qui, cependant, demeure encore à un niveau socialement inacceptable. A ce moment, le traitement est prolongé afin de parvenir à un meilleur contrôle des tics. Mais au lieu de réduire davantage le nombre total de tics, le prolongement de la pratique massée a pour effet d'empêcher l'état du patient.

Que veulent dire ces résultats? Tout d'abord, il convient de reconnaître le fait que la pratique massée s'est révélée thérapeutiquement efficace. En effet, les changements au niveau de la fréquence des tics au moment où le traitement était introduit, retiré, puis réintroduit suggère que le traitement jouait un rôle déterminant dans le contrôle des tics et que les fluctuations observées au niveau de la fréquence des tics n'étaient pas tout simplement fonction du cours naturel de la maladie. Cependant, même au meilleur de son rendement, le traitement n'avait pas permis au patient de développer un contrôle suffisant de ses tics pour affirmer que ces derniers ne constituaient plus un problème sérieux. Dans ce sens, nos résultats vont à l'encontre de ceux de Tophoff (1973) et de Walton (1961) qui sont les seules études à déclarer sans réserve que la pratique massée est une procédure efficace pour éliminer les tics dans le cas du syndrome de Gilles de la Tourette. Cependant, cette différence peut s'expliquer par le fait que, contrairement à ces études, la pratique massée fut utilisée seule dans notre étude, et non conjointement avec d'autres techniques de traitement. Ainsi, notre étude n'est pas véritablement comparable à celle de Tophoff (1973) et de Walton (1961).

Nos résultats suggèrent aussi que le prolongement de la pratique massée peut conduire à une perte des gains thérapeutiques, et cette perte serait due au développement d'effets secondaires négatifs. En effet, une entrevue avec le patient et ses parents devait révéler que le patient avait bien exécuté les tâches inscrites à son programme de thérapie à domicile au cours des trois dernières semaines de thérapie (soit les semaines 10-12). Cependant, leurs commentaires suggéraient que la pratique massée était devenue de plus en plus aversive pour le patient. La principale source d'aversion semblait être un ennui insupportable plutôt qu'une fatigue musculaire. En effet, il en était venu à voir et à décrire la procédure de traitement comme stupide et injustifiée. Ces observations anecdotales sont d'autant plus inté-

TABLEAU I
Fréquence totale des tics observés chez le patient pour chacune des séances d'évaluation au cours de l'analyse expérimentale des effets thérapeutiques de la pratique massée

Phase expérimentale	Fréquence totale des tics
1. Niveau de base (ou évaluation 1)	97
2. Pratique massée (semaine 1-3)	
3. Niveau de base (ou évaluation 2)	76
4. Retrait de la pratique (semaine 4-6)	
5. Niveau de base (ou évaluation 3)	106
6. Pratique massée	
7. Niveau de base (ou évaluation 4)	54
8. Pratique massée	
9. Niveau de base (ou évaluation 5)	83

ressantes que le danger que la pratique massée elle-même devienne extrêmement aversive ou source majeure d'anxiété a déjà été reconnue comme un véritable problème dans des écrits antérieurs (Hollandsworth & Bausinger, Feldman & Werry, 1966; Rafi, 1962).

Comme il n'y avait pas de raison valable pour persister à utiliser la pratique massée, le thérapeute tenta subseqüemment d'impliquer le patient dans un autre programme d'intervention qui incluait un entraînement à la relaxation. Malheureusement, ses efforts furent vains. Pour terminer, il tenta de justifier auprès du patient le besoin de tenir une autre séance d'évaluation dans le contexte d'un suivi (follow-up) mais comme ce dernier manifestait peu d'intérêt pour l'idée, il jugea préférable de ne pas insister. D'ou, l'absence de suivi dans la présente étude.

Pour conclure, la pratique massée n'est pas dépourvue d'effets thérapeutiques lorsqu'elle est appliquée aux tics qui accompagnent le syndrome de Gilles de la Tourette. Cependant, ses effets sont limités. Tout d'abord, ce type de traitement ne permet pas de contrôler les tics suffisamment bien pour éliminer le problème des tics. De plus, dans le cas d'une prolongation du traitement, l'application de la pratique massée peut devenir une source d'aversion suffisamment grande pour causer une perte significative des gains thérapeutiques et rendre difficile tout autre travail de thérapie avec le patient. C'est pourquoi, l'utilisation de la pratique massée dans le traitement des tics associés au syndrome de Gilles de la Tourette (et possiblement dans le traitement de tout problème de tics moteurs multiples) doit être remise en question et que l'attention des cliniciens et des chercheurs doit être dirigée vers le développement et l'utilisation de méthodes d'intervention autres que celle de la pratique massée.