



Lignes directrices

Couverture par le système de santé de l'analyse du comportement appliquée (Applied Behavior Analysis, ABA) pour les Troubles du Spectre Autistique (TSA)



Mise en garde : Cette traduction est proposée comme une référence générale. Des Nuances dans les traductions peuvent influencer sur le choix de la terminologie. La BACB ne garantit pas l'exactitude de la version traduite de ce document.

Ces normes sont fournies à titre informatif seulement et ne représentent pas un conseil professionnel ou juridique.

Il y a beaucoup de variables qui influencent et dirigent la prestation de services professionnels en ABA.

Le BACB et les auteurs de ces normes n'assument aucune responsabilité quant à l'application de ces normes dans la prestation de services en ABA. Les normes présentées dans ce document reflètent le consensus d'un certain nombre d'experts en la matière, mais ne représentent pas la seule pratique acceptable.

Ces normes ne reflètent ou ne créent pas d'affiliation entre ceux qui ont participé à leur élaboration. La BACB ne garantit pas que ces normes s'appliquent ou devraient être appliquées dans tous les milieux.

Au lieu de cela, ces normes sont offertes comme une ressource d'information qui devrait être examinée en consultation avec les parents, les analystes du comportement, les régulateurs et les tiers payeurs.

Copyright © 2012 by the behavior Analyst Certification Board, Inc. («BACB»). Ver. 1.1

Des copies papier et/ou électroniques de tout ou d'une partie de ce travail peuvent être fait à des fins personnelles, éducatives ou politiques, à condition que ces copies ne soient pas fabriquées ou distribuées par profit ou avantage commercial. Tous les exemplaires, peu importe le support, doivent inclure cette notice sur la première page.

Des résumés avec le crédit approprié sont autorisés, pour autant que la mention « Copyright © 2012 par le Behavior Analyst Certification Board, Inc («BACB»), tous les droits réservés. » soit apposée.

Toutes les autres utilisations et / ou les distributions sur tout support nécessitent l'autorisation écrite préalable de la BACB, disponible à partir de info@bacb.com.



TABLE DES MATIÈRES

PART I : Aperçu

| | |
|---|---|
| SECTION 1 : Résumé | 3 |
| SECTION 2 : Troubles du Spectre Autistique et analyse du comportement appliquée | 4 |
| SECTION 3 : Considérations | 5 |

PART II : Caractéristiques uniques de l'analyse du comportement appliquée

| | |
|--|----|
| SECTION 1 : Formation et accréditation des analystes du comportement | 6 |
| SECTION 2 : Analyse appliquée du comportement dans le traitement des TSA | 10 |
| SECTION 3 : Évaluation, formulation des objectifs du traitement, et mesure des progrès du bénéficiaire | 19 |
| SECTION 4 : Autorisation de service et dosage | 22 |
| SECTION 5 : Modèles à niveaux de prestation de services et techniciens du comportement..... | 24 |
| SECTION 6 : Gestion clinique et supervision des prises en charge | 28 |
| SECTION 7 : Travailler avec les soignants et les autres professionnels | 33 |
| SECTION 8 : Fin du traitement, planification de la transition et de la continuité des soins | 37 |

PART III : Annexes

| | |
|--|----|
| ANNEXE A : Critères d'admissibilité à la certification BACB..... | 38 |
| ANNEXE B : Bibliographie sélective | 41 |
| ANNEXE C : Remarques | 42 |



PARTIE I Aperçu

SECTION 1 RÉSUMÉ

Le but de ce document est de permettre la prise de décision concernant l'utilisation de l'analyse du comportement appliquée (ABA), pour traiter dans les conditions médicales nécessaires, de façon à développer, maintenir ou restaurer dans la mesure du possible, le fonctionnement des individus atteints de troubles du spectre autistique (TSA) de manière à ce que ce soit tant efficace qu'à coût raisonnable. [voir Remarque 1]

Le document se fonde sur les meilleures données scientifiques disponibles et l'opinion d'experts cliniques en ce qui concerne l'utilisation de l'ABA, en tant que traitement comportemental de santé, pour les personnes atteintes de TSA. Ces lignes directrices sont destinées à être une brève introduction, faciles à utiliser, pour l'application de l'analyse du comportement des sujets TSA lorsqu'elle est financée par les régimes de soins de santé. Bien que les lignes directrices soient destinées principalement à l'intention des assurances et mutuelles, elles seront également utiles pour les clients et les prestataires.

Ce document fournit des lignes directrices cliniques et d'autres informations à propos de l'ABA en tant que traitement pour les TSA.

L'ABA dispose d'un certain nombre d'éléments cliniques et de prestations qui la rende unique d'après les données probantes parmi les traitements comportementaux en santé. Ainsi, il est important que les personnes chargées de la mise en place d'un réseau de prestations en ABA comprennent les caractéristiques et les particularités de l'ABA, y compris :

- La formation et l'accréditation des analystes du comportement
- L'ABA comme traitement des TSA
 - Les caractéristiques du traitement
 - L'évaluation, la formulation des objectifs de traitement, et la mesure des progrès du bénéficiaire
 - Les procédures cliniques
 - L'intensité et la durée du traitement
 - Les modèles de supervision
 - La prestation de services à plusieurs niveaux
 - L'implication des soignants et des autres professionnels
 - La décharge, la planification de la transition et de la continuité des soins
- L'autorisation de service et la gestion des prestations

Il s'agit de la première édition de ce manuel de ressources et celui-ci sera mis à jour périodiquement pour refléter les changements dans la pratique clinique et basés sur les données de la recherche. Des références et des informations supplémentaires peuvent être trouvées dans les annexes.



SECTION 2

TROUBLES DU SPECTRE AUTISTIQUE ET ANALYSE DU COMPORTEMENT APPLIQUÉE

1. Que sont les TSA ?

Les Troubles du Spectre Autistique sont caractérisés par des degrés variables de difficultés dans les interactions sociales et dans la communication verbale et non verbale, ainsi que par la présence de comportements répétitifs et d'intérêts restreints. [voir Remarque 2]

Cela signifie que deux personnes avec un diagnostic de TSA sont susceptibles de présenter des troubles se manifestant de manières différentes ou selon des degrés différents.

Quoi qu'il en soit, la sévérité du trouble est une réalité pour tous les individus ayant ce diagnostic et pour leur famille. En raison de la nature de ce handicap, il est fréquent que les personnes avec TSA ne parviennent pas à fonctionner indépendamment avec leur environnement sans traitement nécessaire et médicalement approprié.

2. Qu'est ce que l'ABA ?

L'Applied Behavior Analysis (*Analyse du Comportement Appliquée*) est la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des modifications environnementales suscitées dans le but de produire des améliorations socialement significatives du comportement humain.

L'ABA inclut l'utilisation de l'observation directe, de la mesure et de l'analyse fonctionnelle des relations entre l'environnement et le comportement.

L'ABA utilise les changements dans les événements environnementaux, incluant les stimuli antécédents et les conséquences, pour produire des changements concrets et significatifs du comportement. Ces événements environnementaux pertinents sont d'ordinaire identifiés à travers une variété de méthodes d'évaluation spécialisées.

L'ABA se base sur le fait que le comportement des individus est déterminé par les événements environnementaux passés et présents en combinaison avec les variables organiques telles que le bagage génétique et les variables physiologiques du moment.

L'ABA se focalise sur le traitement des difficultés comportementales en modifiant l'environnement de l'individu plutôt qu'en s'axant sur des variables qui sont, au moins actuellement, au delà de notre accès direct.

L'application de mesures correctives portant sur les déficits centraux des TSA, ainsi que le développement ou la restauration des compétences, documentés dans des centaines de publications scientifiques étalées sur les 50 dernières années et dont les résultats ont été reproduits, ont fait de l'ABA le standard de soin pour le traitement des TSA.



SECTION 3

CONSIDÉRATIONS

- Ce document contient des lignes directrices et des recommandations qui reflètent les résultats de recherches reconnues et des meilleures pratiques cliniques. Cependant, le traitement individualisé est une caractéristique définitionnelles et une composante constitutive de l'ABA. C'est une des raisons pour laquelle elle a été efficace dans le traitement de ces troubles hétérogènes.
- Certains individus diagnostiqués comme présentant un TSA ont des troubles associés qui peuvent inclure (mais ne s'y limitant pas) : retard intellectuel, trouble épileptique, trouble psychiatrique, anomalies chromosomiques, trouble de l'alimentation et une variété d'autres affections qui requièrent un traitement médical additionnel. **Ces lignes directrices s'appliquent aux individus ayant un diagnostic de TSA avec ces affections associées dans la mesure où la recherche a également établi l'ABA comme efficace pour cette population.**
- Les lignes directrices fournies dans ce document sont pertinentes pour le développement, le maintien ou le retour à la normale d'un individu avec TSA au plus haut possible, et de ce fait, peuvent ne pas nécessairement représenter une ligne directrice optimale pour produire une « éducation appropriée » d'après des critères scolaires.
- Ces lignes de conduite ne devraient pas être utilisées pour diminuer la disponibilité, la qualité ou la fréquence de services de traitement en ABA actuellement disponibles.
- La couverture d'un traitement d'ABA pour une personne avec un TSA par une mutuelle, ne supprime pas les responsabilités des entités gouvernementales ou éducationnelles.
- Les caractéristiques de l'ABA telles que définies dans un Projet Éducatif Individualisé (PEI) ou autre programme gouvernemental ne supplantent pas la couverture de l'ABA par une mutuelle.
- Le traitement en ABA ne doit **pas** être réduit *a priori* à un lieu ou à un cadre spécifique mais devrait être délivré dans tous les lieux ou cadres susceptibles de maximiser les résultats du traitement chez l'individu.
- Ce document fournit des lignes directrices pour le traitement en ABA en particulier ; les autres traitements comportementaux ne sont pas concernés.
- En plus des TSA, l'ABA en tant que traitement comportemental de santé a une incidence profonde sur le traitement des individus dans un éventail de besoins cliniques tels que l'arrêt du tabagisme, les troubles sévères du comportement (p. ex. auto-agressivité), la perte de poids, les troubles du déficit de l'attention, les troubles de l'alimentation en pédiatrie et la réhabilitation d'affections médicales aiguës. Les éléments de ce guide peuvent être appliqués au traitement de ces conditions. Ce document est dirigé de façon spécifique vers l'utilisation de l'ABA dans le traitement des TSA.



PARTIE II

Caractéristiques uniques de l'analyse du comportement appliquée

SECTION 1

FORMATION ET ACCRÉDITATION DES ANALYSTES DU COMPORTEMENT

L'ABA est un traitement de santé spécialisé de type comportemental, et la plupart des programmes (américains, mais aussi français) de niveau Master et post-Master en psychologie, sociologie, travail social ou autres domaines de la pratique clinique ne fournissent pas une formation approfondie dans cette discipline. La compréhension du processus d'accréditation des analystes du comportement par le Behavior Analyst Certification Board ® (BACB ®) peut ainsi aider les mutuelles de santé et leurs adhérents à identifier les prestataires qui répondent aux compétences de base pour pratiquer l'ABA.

La formation formelle des professionnels certifiés par le BACB est similaire à celle proposée outre Atlantique aux autres professionnels de santé du domaine médical et comportemental. Autrement dit, ils suivent tout d'abord un cursus universitaire, puis commencent à travailler auprès de la clientèle dans un environnement clinique supervisé. Après avoir démontré progressivement leur maîtrise des compétences nécessaires pour gérer des problèmes cliniques complexes à travers une variété de cas cliniques et d'environnements médicaux, ils deviennent des praticiens indépendants. En résumé, les analystes du comportement suivent un cursus théorique et pratique rigoureux et suivent un stage au cours duquel ils commencent à travailler sous la supervision directe d'un analyste du comportement expérimenté.

Il faut noter que d'autres professionnels agréés peuvent avoir une qualification en ABA dans leur champ particulier de formation et de compétence. En outre, un petit nombre de cliniciens peuvent être agréés dans une autre profession et également titulaire d'un diplôme du BACB, fournissant ainsi la garantie de la nature et de la portée de leur formation en ABA.

Bien que la couverture mutualiste des traitements de santé comportementaux encadrés par des analystes du comportement est relativement récente, les analystes du comportement, comme les autres prestataires de soins médicaux et comportementaux, s'appuient sur des stratégies et des procédures documentées dans la littérature scientifique évaluée par les pairs, des protocoles de traitement établis, et des arbres de décision standard.

Les analystes du comportement évaluent en permanence l'état actuel du bénéficiaire et adaptent les options du traitement en se fondant sur les résultats de l'observation directe et des données provenant de diverses autres évaluations. Ils sollicitent et intègrent aussi les informations provenant du bénéficiaire et des membres de sa famille et coordonnent les soins avec les autres professionnels de santé.

Le Behavior Analyst Certification Board

Le BACB est un organisme à but non lucratif 501(c)(3) établi pour répondre aux besoins d'accréditation professionnelle identifiés par les analystes du comportement, les gouvernements et les bénéficiaires de services d'analyse du comportement appliquée. La mission du BACB est de développer, promouvoir et mettre en œuvre un programme de certification internationale pour les praticiens analyste du comportement. Le BACB a mis en place un contenu, des normes et des critères uniformes pour le processus d'accréditation, qui sont conçus pour répondre :

- Aux normes juridiques établies par les pays, par les états, et à la jurisprudence ;
- Aux normes acceptées pour les programmes de certification nationaux ; et
- Aux *bonnes pratiques* d'après la déontologie et les normes éthiques de la profession d'analyste du comportement.

Les programmes de certification BCBA et BCaBA sont actuellement accrédités par la National Commission for Certifying Agencies (NCCA) américaine, l'organisation d'accréditation de l'Institute for Credentialing Excellence. La NCCA examine et supervise tous les aspects liés à garantir le développement et l'application de mécanismes appropriés de délivrance de titres.

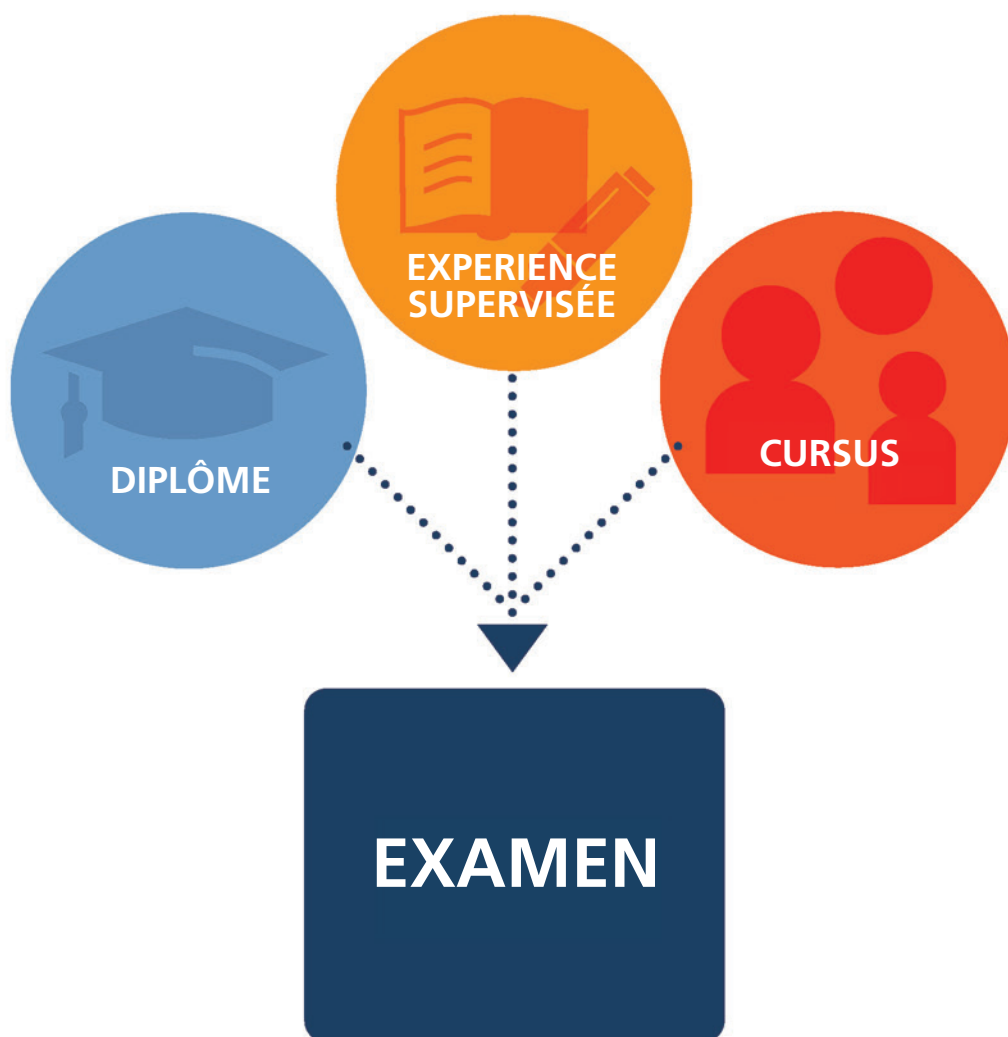
Le BACB certifie et reconnaît trois niveaux de qualification :



Les professionnels accrédités aux niveaux BCBA-D et BCBA sont définis comme analystes du comportement. Le BACB exige que les titulaires de BCaBA travaillent sous la supervision d'un BCBA-D ou BCBA.

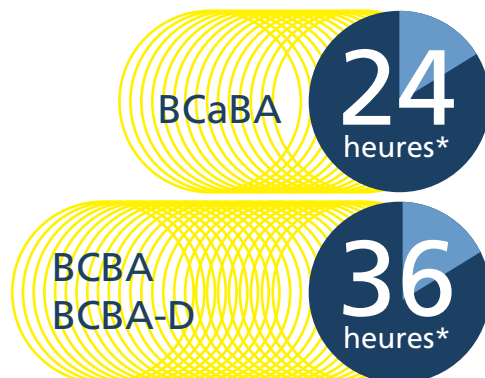
Conditions d'admissibilité

Les candidats qui répondent aux critères d'admissibilité, soient le diplôme, le cursus et le stage supervisé décrits dans la section suivante, sont autorisés à passer soit l'examen BCBA ou l'examen BCaBA (voir figure ci-dessous). Chaque examen est développé par des professionnels pour répondre aux normes d'évaluation acceptées, et se fonde sur des critères formels reconnus de l'exercice de la profession. En outre, tous les examens BACB sont proposés dans des conditions de travail sécurisées et sont administrés et notés par des entités professionnelles indépendantes qui répondent aux normes du secteur professionnel telles qu'établies aux États-Unis d'Amérique.



La Formation Continue et le Maintien de la Certification

Les personnes certifiées par le BACB sont tenues d'attester du respect des règles de déontologie et de discipline de l'organisation (voir ci-dessous) sur une base annuelle et de remplir vingt-quatre (BCaBA) ou trente-six (BCBA, BCBA-D) heures de formation continue tous les trois ans, dont trois heures se rapportant à l'éthique de la profession. Les organismes qui emploient des analystes du comportement ont la nécessité de soutenir et de dispenser cette formation selon les besoins.



Procédures Disciplinaires

Toutes les personnes certifiées doivent attester chaque année qu'ils suivront les Lignes Directrices pour la Conduite Responsable des Analystes du Comportement (*Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts*) et seront soumis à des mesures disciplinaires par le BACB s'ils violent une ou plusieurs des neuf Règles Professionnelles d'Éthique et de Discipline (Professional Disciplinary and Ethical Standards, www.BACB.com).

Le BACB utilise un système de plainte en ligne par lequel l'organisation est avertie des possibles infractions disciplinaires. Chaque plainte est évaluée par le département juridique du BACB qui, s'il évalue la plainte comme étant légitime, la transmet à une commission de discipline. Les membres du comité sont des experts diplômés BCBA ou BCBA-D sélectionnés pour leurs connaissances et leur indépendance (y compris un membre citoyen du même État que le certifié jugé). Les mesures disciplinaires à l'encontre des certifiés incluent, mais ne se limitent pas à : la formation continue obligatoire, la suspension de la certification ou la révocation de la certification. Les mesures disciplinaires entreprises sont rendues publiques sur le site web de la BACB.

L'Accréditation des Analystes du Comportement

Les certifications du BACB représentent actuellement le minimum requis pour exercer dans les États nord-américains où les analystes du comportement sont autorisés à exercer. S'appuyer sur les standards de certification du BACB comme ayant valeur professionnalisante est rentable et garantit que les compétences essentielles, en ce qui concerne la pratique et la recherche, soient périodiquement revues et mises à jour par les praticiens et les chercheurs. Que les certifications soient utilisées comme base pour obtenir le droit d'exercer ou comme des titres supplémentaires de compétence, les certifications du BACB sont reconnues dans les États nord-américains où les réformes d'assurance maladie ont été adoptées.



SECTION 2

ANALYSE APPLIQUÉE DU COMPORTEMENT DANS LE TRAITEMENT DES TSA

Le domaine de l'analyse du comportement a évolué à partir de l'étude scientifique des principes de l'apprentissage et du comportement. L'analyse du comportement appliquée est une discipline établie parmi les professions de soin, disposant d'un solide corpus de connaissances scientifiques, de normes établies pour une pratique fondée sur des faits, de modalités de prestation de service distinctes, d'exigences reconnues de formation pour la pratique, et de formations précises délivrées en Université. Les professionnels de l'ABA se livrent à une utilisation spécifique et compréhensible des principes de l'apprentissage, y compris le conditionnement opérant et le conditionnement classique, afin de répondre aux besoins comportementaux d'individus très différents, dans des contextes divers.

1. Identifier une prise en charge en ABA

Les mutuelles et les assureurs doivent être en mesure de reconnaître une authentique prise en charge en ABA et les personnes qualifiées à la fournir. Le traitement en ABA témoigne de quelques caractéristiques importantes qui devraient être apparentes tout au long du traitement :

1. Une analyse objective de l'état du bénéficiaire, en observant comment l'environnement affecte son comportement, via une collecte de données appropriée
2. L'importance accordée à la compréhension du contexte d'apparition du comportement, et à l'appréciation du comportement par l'individu et la communauté
3. Une utilisation des principes et procédures de l'analyse du comportement de manière à ce que la santé, l'indépendance et la qualité de vie du receveur en soient améliorées

2. Éléments indispensables de la pratique en ABA

Ces caractéristiques doivent apparaître dans toutes les phases de l'évaluation et de l'intervention.

1. **La description des niveaux spécifiques du comportement en ligne de base** au moment d'établir les objectifs du traitement
2. L'accent porté sur **l'apprentissage de petites unités comportementales** qui déboucheront sur des changements plus larges, plus significatifs et plus fonctionnels afin d'augmenter la santé et le niveau d'indépendance
3. La collecte, la quantification et l'analyse de **données directement observables** sur les comportements-cibles, durant le traitement et le suivi, afin de maximiser et de maintenir les progrès
4. L'attention portée à la compréhension de la **fonction réelle des comportements** ciblés par le traitement, et sa valeur importante future
5. L'établissement et l'aménagement de **l'environnement du traitement** afin de minimiser les troubles du comportement et de maximiser le taux de renforcement
6. L'utilisation d'**un plan d'intervention comportementale construit, détaillé, et individualisé**, qui utilise le renforcement et les autres principes du comportement, plutôt que des méthodes ou techniques pour lesquelles il n'y a pas de consensus fondé sur la preuve de leur efficacité dans des revues scientifiques
7. Une attention particulière à **l'évaluation, à l'analyse et aux ajustements, continus et fréquents, du traitement** (par l'analyste du comportement certifié), basés sur les progrès du bénéficiaire, déterminés par l'observation et l'analyse des données objectives
8. L'utilisation de **protocoles de traitement adoptés de manière répétitive, fréquente et cohérente** entre les différents environnements jusqu'à ce que l'apprenant puisse fonctionner de manière autonome dans de multiples situations
9. **Le soutien direct et la formation des membres de la famille et des autres professionnels** impliqués afin de faciliter la généralisation et le maintien du comportement
10. **La supervision et la gestion par un analyste du comportement certifié** avec de l'expérience dans la pratique de l'analyse du comportement appliquée dans le traitement des TSA



3. Modèles de traitement

Les programmes en ABA pour le traitement des TSA intègrent les résultats de centaines d'études appliquées, focalisées sur la compréhension et le traitement des TSA et publiées dans des revues scientifiques internationales depuis plus de 50 ans. Le traitement peut varier en durée et en intensité, mais aussi en termes de complexité et de portée des objectifs du traitement. Beaucoup de variables, comme le nombre d'objectifs comportementaux, les aspects de ces comportements, et la réponse du bénéficiaire au traitement peuvent aider le praticien à choisir le modèle de traitement le plus approprié. Bien que se plaçant sur un même continuum, ces différences peuvent être catégorisées dans un des deux modèles : l'ABA ciblée et l'ABA globale. [voir Remarque 3]

ABA ciblée

Description du service

L'ABA ciblée implique un service direct auprès du bénéficiaire. Ce service n'est pas restreint par l'âge, le niveau cognitif ou par d'autres conditions comorbides. L'ABA ciblée se réfère à un traitement donné à l'apprenant pour un nombre défini de cibles comportementales.

Bien que les comportements problèmes amènent plus fréquemment à enclencher une prise en charge en ABA ciblée, la priorité doit être axée sur l'absence de comportements appropriés car cette absence est le précurseur de troubles du comportement sévères. De plus, les individus qui ont besoin d'acquérir de nouvelles compétences (communication, tolérance au changement, autonomie, compétences sociales) peuvent bénéficier de l'ABA ciblée. Tous les plans comportementaux qui visent à réduire les comportements indésirables ou dangereux doivent inclure parallèlement le renforcement des comportements fonctionnels et/ou appropriés.

La coopération avec les actes médicaux dont dentaires, le sommeil, les compétences de soin, de sécurité et les compétences de loisirs indépendants sont des exemples de cibles comportementales en ABA ciblée pour des enfants ayant des déficits dans des compétences fonctionnelles-clefs.

L'ABA ciblée implique un service direct auprès de l'utilisateur. Il n'est pas restreint par l'âge, le niveau cognitif ou par d'autres conditions co-morbides.



Les agressions physiques ou verbales envers soi-même ou les autres, un langage dysfonctionnel, les comportements moteurs stéréotypés, la destruction de biens, le refus de coopération et les comportements perturbateurs sont des exemples (dont la liste n'est pas exhaustive) de cibles d'un traitement dont l'objectif prioritaire est de réduire la fréquence des comportements problèmes.

Lorsque l'on veut établir la priorité des comportements dans un traitement à plusieurs cibles, les cibles suivantes doivent être considérées comme prioritaires :

- **les comportements susceptibles de menacer la santé ou la sécurité de la personne elle-même ou d'autrui** (p. ex. les manifestations d'agressivité, les auto-agressions ou les automutilations, la destruction de biens)
- **les troubles du comportement qui peuvent représenter un obstacle à l'intégration de la personne dans un cadre moins restrictif, ou qui limitent sa capacité à participer à la vie de la famille ou de la communauté** (p. ex. les manifestations d'agressivité, les auto-agressions, le refus de coopération)
- **l'absence d'habiletés adaptatives, sociales ou fonctionnelles qui caractérisent un développement approprié** (p. ex. être propre, s'habiller, manger, coopérer avec le personnel de soin) et qui sont fondamentales pour maintenir la santé, l'inclusion sociale, et ouvrir la voie de l'indépendance

Lorsque le traitement implique une réduction du comportement problème, l'analyste du comportement déterminera dans quelle situation le comportement apparaîtra le plus probablement, et commencera à isoler sa fonction et son but. Cela peut nécessiter la mise en place d'une analyse fonctionnelle afin de démontrer empiriquement la fonction (le but) du comportement problème. Le résultat apporté permettra à l'analyste du comportement de développer le protocole le plus efficace. Lorsque la fonction du comportement est identifiée, l'analyste du comportement peut élaborer un plan comportemental en modifiant l'environnement afin de réduire la motivation à s'engager dans un comportement problème et/ou établir un nouveau comportement plus approprié ayant la même fonction et qui « remplace » le comportement problème.

Les compétences sociales, qui sont l'un des déficits essentiels chez les individus atteints de TSA, sont souvent traitées via l'ABA ciblée. Les traitements peuvent être mis en place de manière individuelle ou en petit groupe. Lorsqu'ils sont conduits en petit groupe, des pairs non atteints d'autisme ou ayant le même diagnostic participent aux séances.

Les apprenants s'entraînent aux cibles comportementales tout en délivrant les éléments du traitement aux autres membres du groupe. Comme pour tous les traitements, la programmation de la généralisation en dehors de la session est primordiale. Les traitements ciblés durent entre 10 et 25 heures par semaine de prise en charge directe (plus des heures de supervision directe ou indirecte) et découlent parfois d'un traitement global.

ABA globale

Description du service

L'ABA globale fait référence à un traitement de cibles comportementales multiples dans tous les domaines développementaux de la personne atteinte de TSA. Ces programmes durent entre 26 et 40 heures par semaines, plus de la supervision. Initialement, cela implique un ratio d'effectif de 1:1, et peut graduellement inclure des sessions de petit groupe.

Bien qu'il existe plusieurs types de traitements globaux, l'objectif principal de ces programmes est de réduire le fossé entre le niveau développemental de la personne atteinte de TSA et celui de ses pairs non atteints d'autisme/non atteints de TSA. Les cibles sont sélectionnées dans des domaines de fonctionnement multiples, comme les compétences cognitives, sociales, émotionnelles et les compétences communicationnelles. Les cibles peuvent également inclure la réduction des comportements problématiques comme les auto- et hétéro-agressions et les stéréotypies. Cependant, un traitement par l'ABA globale peut aussi convenir à des individus plus âgés présentant un TSA, particulièrement s'ils s'engagent dans des comportements problématiques sévères ou dangereux. Dans certains cas, l'hospitalisation peut être envisagée pendant un certain temps.

Le nombre d'heures de traitement peut être augmenté ou diminué en fonction de la réponse du receveur au traitement et de l'intensité nécessaire pour atteindre les objectifs du traitement. Dans certains cas, le nombre d'heures augmente progressivement, est maintenu au niveau maximum pendant une certaine période, puis est diminué à nouveau progressivement en prévision de l'arrêt de la prise en charge. Dans d'autres cas, le traitement peut commencer directement au niveau maximal.

Le traitement est intensif et il est au départ délivré durant des séances structurées. Des traitements ayant une approche plus naturaliste (ou écologique) sont mis en place aussitôt que le receveur est capable d'en bénéficier. Dès que l'apprenant atteint le critère lui permettant de participer à des situations différentes et plus larges, le traitement doit lui être délivré dans ces environnements. La formation et la participation des donneurs de soin est également une composante très importante.



Composantes des programmes

Les programmes doivent généralement agir sur ces différents domaines :

- Fonctionnement cognitif
- Compétences préscolaires
- Compétences de mise en sûreté
- Compétences sociales
- Compétences de jeu et de loisir
- Participation dans la communauté
- Compétences professionnelles
- Tolérance au changement et à la frustration
- Compétences d'autonomie
- Langage et communication
- Intégration sociale
- Réduction des comportements indésirables

Intensité d'un traitement en ABA globale

Lorsque le but est de modifier la trajectoire développementale afin qu'elle corresponde à celle des pairs non atteints d'autisme, la recherche, riche de plusieurs méta-analyses, montre que l'intensité nécessaire se situe entre 30 et 40 heures hebdomadaires, à raison de 6 ou 7 heures par jour, 5 ou 6 jours par semaine. Le nombre d'heures diminue parallèlement au fait que le bénéficiaire progresse en autonomie et que les changements se généralisent à d'autres situations critiques.

Les enfants ayant moins de 3 ans avec un diagnostic de TSA obtiennent de meilleurs résultats avec 25 à 30 heures par semaine, et il est courant pour les enfants de cet âge d'avoir 30 heures de traitement hebdomadaire ou plus. Les enfants qui présentent des caractéristiques de TSA à l'âge de 36 mois continueront à bénéficier d'un traitement continu.

L'intensité et la durée des séances sont déterminées par les caractéristiques individuelles, l'objectif du traitement et la disponibilité de la personne pour recevoir le traitement (endurance, attention, nécessité de siestes). Bien que le nombre d'heures de traitement peut sembler difficile pour les parents de jeunes enfants, il est important de retenir que le nombre d'heures passées en dehors du traitement les éloignent un peu plus d'une trajectoire développementale typique. De tels délais augmenteront les coûts du traitement et la dépendance, et nécessiteront d'autant plus de traitement intensif plus tard.

4. Variations au sein de ces modèles

Les programmes de traitement à l'intérieur de n'importe lequel de ces modèles varient selon plusieurs dimensions du programme, y compris le degré avec lequel ils sont dirigés en premier lieu vers celui qui donne le programme ou vers le receveur lui-même (parfois décrit comme « structuré » contre « naturel »). D'autres variations prennent en compte le degré d'implication des pairs ou des parents comme agents de changement du comportement. Enfin, certains diffèrent en termes de degré de popularité et de disponibilité commerciale.

Les décisions au sujet de la manière dont ces différentes dimensions seront mises en place dans des programmes éducatifs individuels doivent prendre en compte de nombreuses variables dont l'état de la recherche, l'âge du receveur, les aspects spécifiques des comportements-cibles, le taux de progression propre à la personne, la maîtrise de prérequis et les ressources nécessaires à la mise en place du traitement dans les différents environnements et contextes.

Malgré de telles différences, si un traitement répond aux *Éléments indispensables de la pratique en ABA* [cf p.11], ce programme de prise en charge doit être considéré comme un traitement en ABA.

5. Les procédures en ABA employées dans ces modèles

Un grand nombre de procédures de l'ABA sont régulièrement employées à l'intérieur des modèles décrits précédemment. Elles diffèrent les unes des autres dans leur complexité, leur spécificité et dans quelle mesure elles ont été élaborées en premier lieu à destination des individus avec TSA. Toutes sont fondées sur les principes de l'ABA et sont utilisées avec flexibilité selon le plan de traitement spécifique de l'individu et la manière dont il répond au traitement. Si une procédure de l'ABA ou une combinaison de procédures de l'ABA ne produit pas la réponse souhaitée, une autre procédure ou combinaison doit être systématiquement mise en place et son efficacité doit être évaluée.

Ces procédures incluent différents types de renforcement et de programmes de renforcement, dont (sans s'y limiter) le renforcement différentiel d'autres comportements (DRO, *differential reinforcement of other behavior*), le renforcement différentiel de comportements alternatifs (DRA, *differential reinforcement of alternative behavior*), le façonnement (*shaping*), le chaînage (*chaining*), l'inertie comportementale (*behavioral momentum*), la guidance (*prompting*) et l'estompage (*fading*), l'entraînement aux compétences (*behavioral skill training*), l'entraînement à la communication fonctionnelle (FCT, *functional communication training*), l'enseignement par essais distincts (DTT, *discrete trial teaching*), l'enseignement incident ou fortuit (*incidental teaching*), l'auto-gestion (*self-management*), les évaluations de préférences (*preference assessments*), les programmes d'activités (*activity schedules*), les procédures de généralisation et de maintien (*generalization and maintenance procedures*). Le champ de l'analyse du comportement se développe constamment et évalue sans cesse les procédures appliquées au changement de comportement.

6. Lieux de délivrance du traitement

Les standards de soin prévoient que ces traitements soient fournis dans de nombreux contextes, conformément à l'avis clinique, pour promouvoir la généralisation et le maintien des bénéfices thérapeutiques. Aucun modèle en ABA n'est spécifique à un lieu particulier et tous peuvent être délivrés dans une grande variété d'environnements dont les institutions cliniques, le domicile, l'école et autres lieux publics et de vie de la personne. Un traitement délivré dans plusieurs environnements avec plusieurs adultes et/ou frères et sœurs dans les bonnes circonstances favorisera la généralisation et le maintien des gains du traitement. Dans certains cas, l'application homogène de l'ABA à travers tous les environnements de la vie de la personne peut être le moyen de traitement le plus rentable.

Autant que possible, la plupart des enfants de moins de 3 ans devraient recevoir au moins quelques séances chez eux. Cependant, bien que le traitement ne devrait pas être retardé, on ne devrait pas attendre des membres de la famille qu'ils renoncent à leur emploi, etc, pour accepter une telle prise en charge. Sous certaines conditions, une prise en charge en centre spécialisé ou autre institution est plus adaptée.

| | | LIEUX | | | | |
|----------------------|--------|--|--|---|--|--|
| | | Domicile | Ecole ou communauté | Soin ambulatoire | Résidence | Patient interné |
| MODÈLE DE TRAITEMENT | CIBLÉ |  ✓ |  ✓ |  ✓ |  ✓ |  ✓ |
| | GLOBAL | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

7. Âge du bénéficiaire

Les services doivent être mis en place aussi tôt que possible après le diagnostic, et, dans certains cas, les services sont justifiés avant le diagnostic. Les recherches suggèrent que plus le traitement commence tôt, plus les chances de bénéfices à long terme sont grandes. Un traitement en ABA globale peut résulter en une baisse des services avec le vieillissement de l'enfant. Cependant, la recherche montre également que l'ABA est efficace tout au long de la vie. Des individus moins jeunes peuvent également avoir besoin d'un traitement intensif et complet, en particulier s'ils présentent des comportements dangereux. La recherche n'a pas établi un âge limite au delà duquel l'ABA n'est pas efficace.

*La recherche montre
que plus tôt est entrepris
le traitement plus élevée
est la probabilité d'avoir
des résultats positifs
à long terme*

8. Combiner l'ABA avec d'autres formes de traitement

Les données de plusieurs études montrent qu'un modèle éclectique, où l'ABA est combinée avec d'autres formes de traitement est moins efficace que l'ABA seule. Par conséquent, les programmes éducatifs qui impliquent un mélange de méthodes, particulièrement celles qui manquent d'efficacité prouvée, doivent être considérés avec prudence et, s'ils sont approuvés, ils doivent être surveillés avec attention. Si des protocoles de traitement ne sont pas adaptés avec l'approche du traitement en ABA, les différences doivent être résorbées afin d'offrir des bénéfices prévus au receveur.





SECTION 3

ÉVALUATION, FORMULATION DES OBJECTIFS DU TRAITEMENT, ET MESURE DES PROGRÈS DU BÉNÉFICIAIRE

1. Le processus d'évaluation

Une évaluation en ABA appropriée au niveau développemental doit identifier les forces et les faiblesses de la personne dans les différents domaines. Les données d'une telle évaluation doivent être le point de départ pour développer un Projet Éducatif Individualisé. Une évaluation en ABA utilise typiquement les informations obtenues de plusieurs méthodes et de plusieurs informateurs, comme :

L'observation directe et la mesure du comportement

L'observation directe, la mesure et la collecte de données sur le comportement sont des caractéristiques fondamentales de l'ABA. Ces données servent de base pour identifier les niveaux avant le traitement, la finalité de la prise en charge et évaluer la manière dont la personne répond à la prise en charge en ABA. Elles aident également l'analyste du comportement à développer et adapter les protocoles de traitement régulièrement. L'observation directe du comportement doit se faire aussi bien en contexte naturel que lors d'interactions structurées.

La consultation du dossier et la passation d'une variété d'échelles comportementales ou d'autres évaluations appropriées

Les types d'évaluations doivent refléter le but du traitement et doivent être sensibles aux données en cours au fur et à mesure qu'elles sont collectées et analysées.

Les entretiens avec le receveur du traitement, les professionnels de soin et les autres personnes impliquées

Les intervenants sont impliqués lors de la sélection des objectifs du traitement, des protocoles et de l'évaluation des progrès lorsque la situation est appropriée. Les entretiens avec ces personnes, les échelles d'évaluations et les mesures de validité sociale doivent être utilisées pour évaluer la perception des personnes qui s'occupent de l'enfant quant aux déficits et excès comportementaux de ce dernier. Ils servent également à sonder dans quelle mesure ces déficits et excès ont des conséquences dans la vie de l'individu et de la famille. Le bénéficiaire du traitement doit lui-même aussi participer à ce processus lorsque c'est approprié.

2. Sélection et mesure des objectifs

- La définition d'un comportement cible, la sélection de la méthode et de la fréquence du type de mesure, ainsi que de la présentation des données, doivent être individualisées à chaque situation, comportement et autres informations disponibles.
- Les objectifs comportementaux doivent être échelonnés en fonction des risques pour la sécurité du bénéficiaire, de son indépendance et des implications pour sa santé et son bien-être.
- La performance en ligne de base (avant le traitement) ainsi que les buts du traitement doivent être développés pour chaque domaine important et être décrits en termes observables et mesurables afin qu'il y ait accord sur la présence, l'absence ou le degré de changement des comportements concernés par les objectifs du traitement et les critères de fin de traitement.
- Les programmes éducatifs doivent décrire des protocoles de traitement observables et mesurables, y compris le cadre dans lequel le service est fourni, ainsi que le niveau de service pour le bénéficiaire.
- La collecte et l'analyse des données doivent être suffisamment fréquentes pour permettre d'effectuer les changements nécessaires dans le programme à une fréquence qui maximise les progrès. Les données doivent être représentées sous forme numérique ou graphique.

3. Données provenant d'évaluations standardisées

Ces données peuvent aider à informer des enjeux de la sélection et de la priorité des objectifs de la prise en charge, ainsi qu'à déterminer la réponse au traitement.

- Les tests standardisés qui évaluent la performance dans les domaines cognitif, communicationnel, social, adaptatif et comportemental peuvent être adaptés pour établir des niveaux de performance en pré-traitement et pour documenter les prises de décisions pendant l'élaboration du programme individualisé. Les notes obtenues à de telles évaluations ne doivent cependant pas être utilisées pour exclure des individus de la possibilité de bénéficier d'un programme en ABA. Par exemple, le fonctionnement cognitif n'est pas un facteur déterminant précis ou approprié pour supposer la manière dont un individu répondra à un traitement en ABA.
- Les batteries d'évaluation doivent être individualisées pour être adaptées à chaque bénéficiaire. Par exemple, des évaluations non verbales peuvent fournir un profil plus précis pour une personne avec des compétences verbales limitées.

- Les évaluations standardisées officielles peuvent aussi être appropriées dans certains cas, en usage annuel, pour évaluer les progrès au sein d'une prise en charge en ABA globale dont le but est de combler le retard avec les pairs au développement typique. Cependant, les notes à ces évaluations ne doivent pas être utilisés comme seule base pour mettre fin à une prise en charge en ABA pour une personne.

4. Évaluation des comportements problème

Quand des troubles du comportement (agressivité, auto-mutilation, destruction de biens, stéréotypies) sont également présents, une évaluation des comportements problème peut être requise pour identifier la(les) raison(s) probable(s) de l'apparition du(des) comportements problèmes et les compétences et stratégies nécessaires à une amélioration. Cela nécessite une évaluation fonctionnelle qui peut ou non impliquer une analyse fonctionnelle (p. ex. manipulation d'événements environnementaux et enregistrement des changements d'intensité du comportement-cible) pour déterminer la fonction du comportement problème.

5. Complexité de l'évaluation

Dans certains cas, l'évaluation de l'ABA peut être faite en 15 à 20 heures (rédaction du rapport incluse). Cependant, plus de 40 heures peuvent être nécessaires si l'analyste du comportement a besoin de mener une analyse fonctionnelle pour déterminer la fonction du comportement problème.



SECTION 4

AUTORISATION DE SERVICE ET DOSAGE

1. Services autorisés

Les périodes d'autorisation ne devraient pas durer moins de 6 mois et devraient comprendre tout ou partie des services suivants. S'il y a des questions sur la pertinence ou l'efficacité de l'ABA pour un individu en particulier, une analyse des données du traitement peut être mise en place plus fréquemment (p. ex. après 3 mois de traitement).

1. Évaluation
2. Développement du plan de traitement
3. Traitement direct
4. Supervision (directe et indirecte)
5. Formation des parents et des soignants
6. Consultations pour assurer la continuité du soin
7. Planification de l'arrêt du traitement

2. Dosage du traitement

Le dosage du traitement, qui est souvent nommé dans la littérature scientifique « intensité du traitement », variera en fonction de chaque individu et devra refléter les objectifs du traitement, les besoins spécifiques de l'individu et la réponse au traitement. Le dosage du traitement doit être envisagé sur deux plans distincts : l'intensité et la durée.

L'intensité

L'intensité est généralement mesurée en termes de nombre d'heures de traitement direct par semaine. L'intensité indique souvent si le traitement est complet (sur plusieurs domaines) ou ciblé (nombre limité d'objectifs comportementaux).

Lorsque l'objectif du traitement est de mener le fonctionnement de l'individu à des niveaux normaux pour son âge chronologique ou de maximiser l'autonomie dans plusieurs domaines
(p. ex. : cognitif, social, adaptatif)

- L'ABA globale nécessite un traitement intensif et direct de 26 à 40 heures par semaine avec des ajustements en fonction des besoins individuels des personnes et de leur réponse au traitement.
- Les heures de traitement sont le plus souvent de l'ordre de 26 à 30 heures par semaine pour les enfants de moins de 3 ans et de 30 à 40 heures par semaine pour les enfants de plus de 3 ans.
- Les heures de traitement ne comprennent pas le temps passé avec d'autres professionnels ou membres de la famille spécialement formés pour prolonger et amplifier les bienfaits du traitement.

Lorsque l'objectif est de répondre à un nombre limité de domaines tels que la diminution d'un comportement dangereux ou l'amélioration des compétences sociales (ABA ciblée)

- Les heures de traitement direct seront liées aux besoins individuels de la personne et son historique d'apprentissage, besoins de formation du personnel de soins, temps d'évaluation et d'analyse des données.

En plus de l'intensité mesurée en termes d'heures de traitement par semaine, l'intensité peut être aussi définie en termes de nombre de comportements ou réponses de la personne par heure, selon le protocole de traitement. Ceux-ci sont parfois appelés essais. Des taux plus élevés d'essais, programmés avec une mise en œuvre cohérente, sont souvent importants pour l'obtention de progrès adéquats. Ainsi, l'intensité du traitement doit refléter d'autres aspects, en plus du nombre d'heures de traitement par jour, semaine ou mois.

La durée

La durée du traitement est gérée efficacement par l'évaluation de la réponse de la personne au traitement. Cette évaluation peut être réalisée avant la fin de la période d'autorisation. Certaines personnes continueront à avoir besoin d'un suivi médical et nécessiteront un traitement pour une longue durée (p. ex., sur une période de plusieurs années). Par exemple, les avantages dûs à l'ABA globale nécessitent un traitement à effectuer sur plusieurs années.



SECTION 5

MODÈLES À NIVEAUX DE PRESTATION DE SERVICES ET TECHNICIENS DU COMPORTEMENT

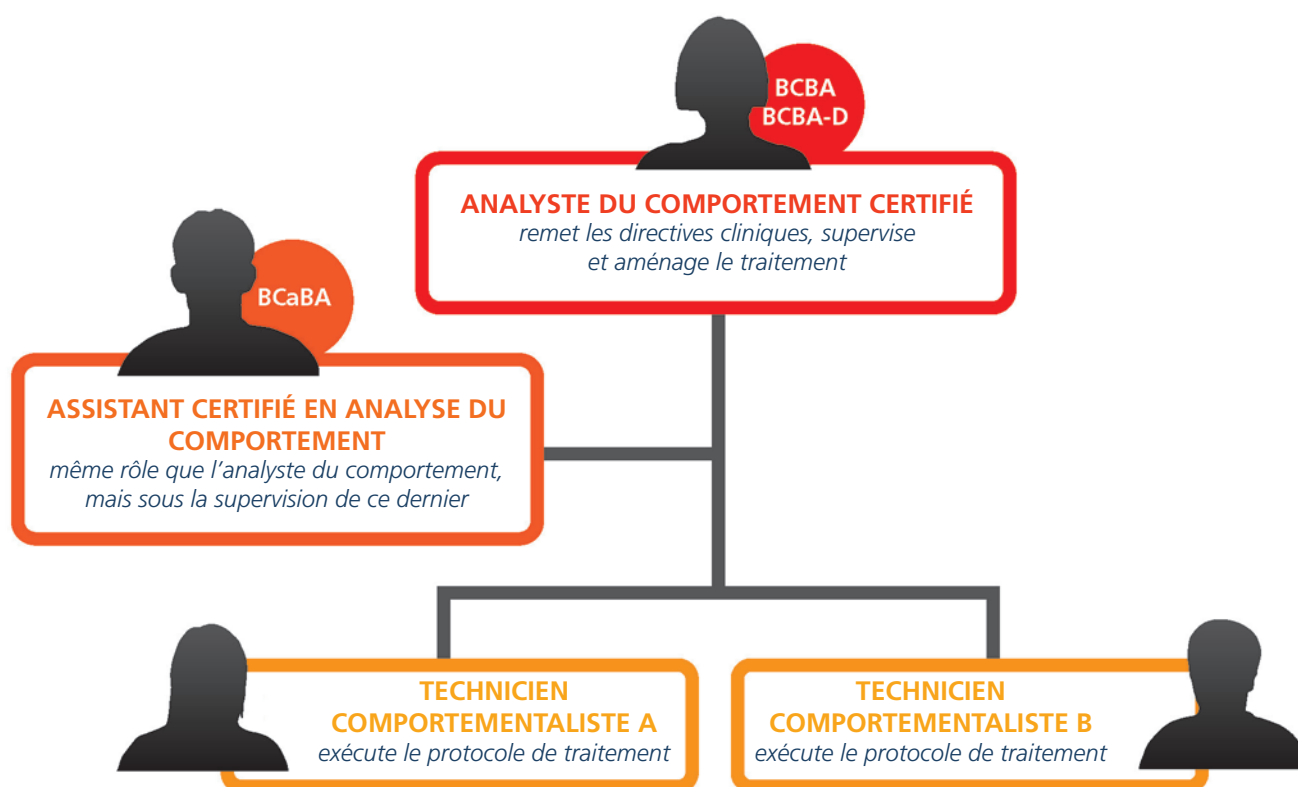
La plupart des programmes de traitement en ABA implique un modèle de services à plusieurs niveaux échelonnés dans lequel l'analyste du comportement conçoit et supervise le programme du traitement qui devra être réalisé par les techniciens du comportement.

1. Arguments en faveur d'un système de prestation de services à plusieurs niveaux

- Le système de prestation de services à plusieurs niveaux qui repose sur l'implication de techniciens comportementalistes a été le principal mécanisme pour atteindre un bon nombre d'améliorations significatives sur le plan cognitif, langagier, social, comportemental et dans les domaines d'adaptation qui ont été documentés dans les revues de littérature scientifique. [voir **Appendice 4**]
- L'implication de techniciens du comportement soigneusement formés et bien encadrés est une pratique courante dans la pratique du traitement en ABA. [voir **Appendices 5,6**]
- L'implication de techniciens du comportement permet que les mutuelles et assurances veillent à maintenir les réseaux d'encadrement adéquats et à fournir un traitement médical au coût optimisé.
- L'implication de techniciens du comportement conduit à des niveaux plus rentables de service pour la durée du traitement, car il permet à l'analyste du comportement de gérer plus de cas par heure de traitement direct.
- L'utilisation du modèle de prestation de services à plusieurs niveaux permet une expertise suffisante de chaque cas, au niveau nécessaire, pour atteindre les objectifs de traitement. Ce point est essentiel car le niveau de supervision requis peut nécessiter rapidement d'être changé en fonction des progrès ou des besoins immédiats de la personne concernée.
- Le modèle de prestation de services à plusieurs niveaux aide à s'assurer que le traitement est offert aux familles même en zones rurales ou urbaines difficiles d'accès, ainsi qu'aux familles qui ont des besoins complexes.

Les activités du BCBA et du BCBA-D de prise en charge clinique, de supervision et de gestion des cas sont souvent pris en charge par d'autres employés, tels que les BCaBAs travaillant selon le cadre de leur formation, de leurs compétences théoriques et pratiques.

Ci-dessous, un exemple du modèle spécifique de prestation de services à plusieurs niveaux, une approche jugée rentable par rapport aux résultats souhaités du traitement.



Ce modèle suppose ce qui suit:

1. Le BCBA ou le BCBA-D est responsable de tous les aspects de la direction clinique, de la supervision et de la gestion des cas, y compris les activités du personnel de soutien (par exemple, un BCaBA) et des techniciens du comportement ;
2. Le BCBA ou le BCBA-D doit avoir connaissance des capacités de chaque personne à exercer effectivement les activités à réaliser avant de les leur attribuer ;
3. Le BCBA et le BCBA-D assurent la supervision des cas, cela doit inclure une surveillance directe, en face-à-face sur une base cohérente, indépendamment du fait qu'il y ait ou non un soutien clinique assuré par un BCaBA.

2. Sélection, formation et supervision des techniciens du comportement

- Les techniciens du comportement doivent répondre à des critères spécifiques avant de fournir le traitement [voir page suivante].
- L'assignation d'un technicien à un cas doit correspondre aux besoins de la personne concernée et au niveau de compétence et d'expérience du technicien comportementaliste. Avant de travailler avec une personne, le technicien du comportement doit être suffisamment préparé pour fournir les protocoles de traitement. Cela comprend un examen par l'analyste du comportement de l'historique de la personne et de ses troubles, des programmes de traitement actuels, des protocoles de diminution des comportements, des procédures de collecte de données, etc.
- La charge de travail du technicien du comportement est déterminée par :
 - La complexité des cas
 - Son expérience et ses compétences
 - Le nombre d'heures de travail par semaine
 - L'intensité des heures de prise en charge nécessaires au traitement
- La qualité de la mise en œuvre (vérification de l'intégrité du traitement) doit être surveillée sur une base continue. Cela devrait être plus fréquent pour les nouveaux employés, ou quand un nouvel apprenant est attribué, quand un bénéficiaire a des comportements défis, ou si des protocoles thérapeutiques complexes sont impliqués.
- Les techniciens comportementalistes doivent recevoir des indications sur la mise en place et la révision des protocoles de traitement sur une base hebdomadaire à mensuelle. Cette activité peut être incluse dans les séances d'informations mensuelles entre les membres de l'équipe, y compris l'analyste du comportement qui supervise ;
- Les directives peuvent se transmettre individuellement, cela avec ou sans la présence du bénéficiaire. La fréquence et le format de l'intervention doivent être dictés par une analyse des besoins thérapeutiques du bénéficiaire, nécessaires à une progression optimale.
- Alors que les certifications et la formation initiale sont importantes, il doit néanmoins y avoir une observation, formation et supervision continues afin de maintenir et d'améliorer les compétences du technicien du comportement pendant la mise en œuvre d'un traitement en ABA.

Aperçu de la formation et des qualités requises des techniciens du comportement :

Cursus requis

[voir Appendice 7]

- ☐ Baccalauréat (au minimum)
- ☐ BAC + 2 (de préférence)
- ☐ Casier judiciaire vierge
- ☐ Réussite à l'examen des techniciens du comportement

Formation de base

[voir Appendice 8]

- ☐ Premiers secours – réanimation cardio-pulmonaire
- ☐ Protection des données médicales
- ☐ Rapport de signalement, résolution de problèmes, gestion des conflits au travail
- ☐ Confidentialité et éthique
- ☐ TSA
- ☐ Étapes du développement
- ☐ Collecte et présentation de données
- ☐ Procédures de base en ABA telles que renforcement, façonnement, guidance, etc

Démonstration des compétences de base

- ☐ Répond correctement aux *scenarii* écrits et oraux
- ☐ Démonstre des habiletés à s'adapter correctement aux protocoles de traitement selon les observations directes et évaluations écrites

Aperçu des tâches

- ☐ Implanter les protocoles de traitement
- ☐ Collecter et résumer les données
- ☐ Mettre en application les informations obtenues lors de la supervision sur le terrain et lors des évaluations écrites
- ☐ Réussir les contrôles d'intégrité (fidélité de mise en place) du traitement et des évaluations en cours
- ☐ Assister aux réunions de synthèse concernant les clients et aux formations

Supervision

- ☐ Observation directe et envoi fréquent de *feedbacks* (retour d'information) au superviseur pendant la période initiale de travail, quand il prend en charge un nouvel élève, et quand le technicien intervient sur des troubles du comportement sévères
- ☐ Formation et supervision continues



SECTION 6

GESTION ET SUPERVISION CLINIQUE DES PRISES EN CHARGE

Les traitements en ABA sont souvent décrits en termes de nombre d'heures de services directs par semaine. La référence aux niveaux de gestion et de supervision clinique par un analyste du comportement est parfois absente de telles discussions. La supervision commence avec les évaluations et continue tout au long de la prise en charge jusqu'à la fin des services. Les traitements en ABA requièrent des niveaux de supervision relativement élevés du fait de l'individualisation du traitement, de la nécessité des collectes et analyses de données fréquentes, et du besoin d'ajustements fréquents au plan d'intervention.

Cette section décrit les activités de gestion et de supervision clinique qui sont individualisées pour chaque bénéficiaire et médicalement nécessaires pour atteindre les objectifs du traitement. Les activités courantes des agences qui ne seraient pas directement facturables ne sont pas incluses ici.

1. Supervision Clinique et Activités de Gestion des Prises en Charge

La supervision clinique et les activités de gestion des prises en charge peuvent impliquer un contact avec le bénéficiaire ou les personnes en charge (de manière *directe*) ou non (*indirecte*). Certaines activités sont d'abord cliniques par nature, tandis que d'autres sont davantage liées à la gestion de la prise en charge. En général, les activités de supervision directe représentent 50% ou plus de la supervision ; les activités de supervision directes ainsi qu'indirectes sont importantes pour atteindre de bons résultats avec le traitement.

La liste ci-dessous, bien que non exhaustive, identifie certaines des activités de supervision les plus communes:

MESURE

- Procéder à l'évaluation des comportements
- Développer les objectifs, protocoles du traitement et les systèmes de collecte de données
- Résumer et analyser les données [Voir Appendice 9]

DÉVELOPPEMENT

- Traitement de brève durée sous surveillance directe
- Rencontrer et évaluer les compétences des techniciens comportementalistes
- Évaluation des progrès de la personne comparés aux objectifs du traitement

ÉVALUATION

- Superviser l'implantation du traitement
- Ajuster les protocoles du traitement au regard des données obtenues
- Veiller à l'intégrité du traitement

IMPLANTATION

- Former et consulter les soignants et autres professionnels
- Évaluer les mesures de gestion des risques et des crises
- Assurer une implantation satisfaisante des protocoles de traitement
- Noter les progrès comparés aux objectifs du traitement

SUPERVISION

- Répondre aux éventuels changements de la santé ou de la situation du bénéficiaire
- Développer et superviser les plans de transition et d'arrêt de prise en charge

1. Modalité

Certaines activités de termes inversés par rapport au titre (supervision clinique et gestion de la prise en charge) se conduisent en face à face, d'autres peuvent se programmer à distance. Cependant, la prise en charge indirecte devrait être combinée autant que possible avec certaines supervisions directes. En outre, selon la situation, certaines formations du personnel et mises à jour de traitement peuvent être réalisées en petit groupe plutôt que dans un format individuel. Enfin, certaines activités indirectes de gestion de cas sont menées plus efficacement en d'autres lieux que ceux fréquentés au cours de la séance de traitement réelle.

2. Intensité

Bien que le nombre d'heures de supervision pour chaque cas doit répondre aux besoins individuels du bénéficiaire, une à deux heures pour dix heures de traitement direct est en général le service standard. Lorsque le traitement direct est de dix heures par semaine ou moins, un minimum de deux heures par semaine de gestion clinique et de supervision directe de la prise en charge est généralement requis. La gestion clinique et la supervision de la prise en charge peuvent avoir besoin d'être temporairement augmentées pour répondre aux besoins des receveurs lors de périodes spécifiques pendant le traitement (p. ex., admission, évaluation, changement significatif en réponse au traitement). **[Voir Appendice 9]**

Ce ratio des heures de gestion clinique et de supervision de cas par l'analyste du comportement sur les heures de traitement direct reflète la complexité des TSA ainsi que la réactivité, l'individualisation de la prise de décision basée sur les données qui caractérisent les traitements en ABA. De nombreux facteurs augmentent ou diminuent les besoins de gestion clinique et de supervision à plus ou moins long terme. Ceux-ci incluent :

- l'intensité/le dosage du traitement
- les troubles du comportement du bénéficiaire (tout particulièrement les manifestations de comportements dangereux et destructeurs)
- la sophistication ou la complexité des protocoles de traitement
- l'écologie de l'environnement familial ou de la communauté
- l'absence de progrès ou l'augmentation des progrès
- les changements dans le protocole de traitement
- les transitions avec leur implication dans le suivi de soins



3. Nombre de cas

Le nombre de cas pour l'analyste du comportement est généralement déterminé par ces mêmes facteurs et reflète :

- la complexité des cas et les besoins des bénéficiaires
- les compétences et l'expérience de l'analyste du comportement
- le nombre d'heures de traitement pour chaque apprenant
- la situation géographique et les modalités de supervision
- le savoir-faire et la disponibilité des soutiens de l'analyste du comportement (p. ex., les BCaBA)

La charge de travail moyenne pour un analyste du comportement supervisant des traitements globaux *sans le soutien d'un BCaBA* est de 6 à 12 cas.

La charge de travail moyenne pour un analyste du comportement supervisant des traitements globaux *avec le soutien d'un BCaBA* est de 12 à 16 cas. Des BCaBAs supplémentaires permettent de modestes augmentations du nombre de cas.

La charge de travail moyenne pour un analyste du comportement supervisant des traitements ciblés *sans le soutien d'un BCaBA* est de 10 à 15 cas.

La charge de travail moyenne pour un analyste du comportement supervisant des traitements ciblés *avec le soutien d'un BCaBA* est de 16 à 24 cas.

Comme indiqué plus haut, même si un BCaBA est assigné à un cas, l'analyste du comportement est entièrement responsable de tous les aspects de la gestion des prises en charge et de direction clinique. En outre, il est attendu que l'analyste du comportement assure la supervision directe deux à quatre fois par mois.

Qualifications requises pour la supervision :

ANALYSTE DU COMPORTEMENT

Qualifications :

- ☐ BCBA-D/BCBA ou une autorisation d'exercice dans le domaine de l'analyse du comportement appliquée
- ☐ Compétences en supervision et en développement de programmes de traitement basés sur l'ABA pour des personnes atteintes de TSA [Voir Remarque 11]

Responsabilités :

- ☐ Résume et analyse les données
- ☐ Évalue les progrès du receveur vis-à-vis des différents objectifs définis du traitement
- ☐ Supervise la mise en place du traitement
- ☐ Ajuste les protocoles de traitement en fonction des données
- ☐ Surveille l'intégrité du traitement
- ☐ Forme et consulte les soignants et les autres professionnels
- ☐ Évalue la gestion des crises et des risques
- ☐ S'assure que la mise en place des protocoles de traitement est satisfaisante
- ☐ Réalise des comptes-rendus sur les progrès
- ☐ Développe et supervise les transitions et l'arrêt de la prise en charge

ASSISTANT EN ANALYSE DU COMPORTEMENT

Qualifications :

- ☐ BCaBA (de préférence) ou une qualification universitaire de type licence professionnalisante dans le domaine d'activité

Responsabilités :

- ☐ Aide l'analyste du comportement à différents niveaux, au travers de responsabilités et de rôles variés, considérés comme appropriés par l'analyste du comportement et délégués au BCaBA



SECTION 7

TRAVAILLER AVEC LES SOIGNANTS ET LES AUTRES PROFESSIONNELS

1. Les membres de la famille et proches en tant que vecteurs importants de résultats

Les membres de la famille, incluant la fratrie mais qui n'est pas considérée comme faisant partie des donneurs de soins et les autres personnes impliquées dans le soin de la personne atteinte de TSA devraient être inclus à différents niveaux et sur différents points de la prise en charge, que ce soit dans le cadre d'un traitement en ABA ciblée ou globale. En plus de fournir des informations relatives à l'historique (*anamnèse*) de la personne ou au contexte, ces personnes doivent être formées et consultées tout au long du traitement, au moment de son arrêt, et de son suivi.

Les objectifs de traitement, les protocoles et la détermination des objectifs devront aussi bien refléter l'individualité du bénéficiaire direct que les aspects spécifiques de sa vie de famille. Les déficits significatifs et les comportements excessifs qui accompagnent souvent le diagnostic de TSA impactent le fonctionnement de la famille et la santé de tous ses membres. De plus, les progrès de l'apprenant peuvent varier en fonction de l'investissement de l'entourage dans la mise en place des objectifs de travail en dehors des heures de traitement. La capacité des proches à participer au traitement sera partiellement déterminée par la cohérence entre les protocoles de traitement et les valeurs éducatives de la famille, ses besoins, ses priorités et ses ressources.

Les raisons pour l'implication de la famille, sa formation, et son soutien sont liés au fait que :

- que l'entourage ait souvent des informations spécifiques sur le fonctionnement du receveur, ses préférences et l'histoire comportementale.
- que l'entourage puisse être responsable de la délivrance de soin, la supervision et la gestion de comportements difficiles durant chaque heure de non scolarisation et de non traitement. Un certain nombre de personnes avec des TSA présentent des comportements liés au sommeil qui peuvent être atypiques. Ainsi, certains proches peuvent être responsables d'assurer la sécurité de leurs enfants et/ou de mettre en place des procédures nocturnes et peuvent, eux-mêmes, être sujets à des problèmes liés au manque de sommeil.
- de prendre en compte que s'occuper d'une personne avec TSA comporte de nombreuses difficultés pour la famille et les autres soignants. Des études ont montré que les parents d'enfants et d'adultes diagnostiqués TSA subissent un plus haut taux de stress que les parents d'enfants au développement normal, plus haut même que le taux de stress ressenti par les parents d'enfants requérant d'autres types de besoins spécifiques.

- de prendre en compte que les excès de manifestations comportementales communément rencontrés avec les personnes diagnostiquées TSA (p. ex., comportement répétitif, non fonctionnel, comme une stéréotypie motrice ou vocale) et les comportements difficiles (p. ex., colères, agressions) qui viennent après les déficits sociaux et de langage associés aux TSA, représentent souvent de réels défis pour l'entourage qui tente de les gérer. Les stratégies parentales typiques sont souvent insuffisantes pour permettre aux parents d'améliorer ou de gérer les comportements de l'enfant, ce qui peut ralentir ses progrès vers l'indépendance et un meilleur niveau de fonctionnement.
- Bien que la formation de la famille soit un soutien indéniable à la bonne avancée du traitement global, elle ne remplace pas la mise en place d'un traitement et sa supervision par un professionnel.

2. La formation des parents et des autres professionnels

La formation fait partie des modèles de prises en charge basées sur l'ABA, que celles-ci soient ciblées ou globales. Bien que la formation des parents et des professionnels soit parfois proposée comme définissant l'entièreté du traitement, il y a assez peu de clients pour lesquels cette option serait recommandée comme seule forme de traitement. Cette contrainte est due à la sévérité et la complexité des troubles du comportement et des déficits qui peuvent caractériser la personne diagnostiquée comme ayant des Troubles du Spectre Autistique.

La formation des parents et des professionnels implique en général un cursus standard mais individualisé, qui s'appuie sur les bases de l'ABA.

La formation met l'accent sur le développement des compétences et le renforcement des comportements de l'apprenant afin que l'entourage puisse être qualifié dans la réalisation de protocoles adaptés dans des environnements critiques. La formation comprend en général la réalisation d'une évaluation comportementale individualisée, une étude (ou *formulation*) de cas, des présentations didactiques personnalisées, des modèles et des démonstrations de techniques, et des exercices pratiques sur des supports « in vivo » pour chaque compétence. Les activités en cours comprennent la supervision et le soutien durant la mise en place, la résolution de problèmes lorsqu'une difficulté apparaît, un soutien pour la mise en place de stratégies dans de nouveaux environnements pour s'assurer de gains optimaux et promouvoir la généralisation de l'apprentissage et le maintien des changements thérapeutiques.

Il est à noter qu'une telle formation ne s'accomplit pas par la simple observation par le parent ou le donneur de soin durant le traitement.

La formation des parents et des divers intervenants implique l'élaboration d'un curriculum individualisé en relation avec les fondements de l'ABA

3. Exemples de comportements-cibles

Les éléments suivants sont des comportements-cibles communs à propos desquels l'entourage de la personne atteinte de TSA demande de l'aide. Il est à noter que la formation pour l'entourage relative à ces cibles va de pair avec un traitement ciblé ou global, basé sur l'ABA, pour ces mêmes comportements-cibles.

- La généralisation des compétences acquises pendant le traitement, vers la maison et l'ensemble des lieux de vie de la personne
- Le traitement des troubles du comportement qui mettent en danger la santé et la sécurité de l'enfant ou des autres, à la maison ou à l'extérieur, comme la réduction de comportements auto-agressifs et hétéro-agressifs envers la fratrie, l'entourage ou d'autres personnes, ainsi que la définition de comportements alternatifs qui sont plus efficaces, plus adaptés et plus appropriés.
- La formation aux compétences adaptatives comme la communication fonctionnelle, la participation aux activités qui permettent de se maintenir en bonne santé (participation aux consultations médicales et dentaires, alimentation, sommeil), en prenant en compte les lieux cibles où il est essentiel que ces compétences apparaissent
- La gestion des contingences pour réduire les comportements stéréotypés, ritualisés ou persévérants et pour un remplacement fonctionnel par des comportements alternatifs adaptés précédemment décrits

4. Les composantes du programme

Elles devraient refléter une approche multidimensionnelle, incluant des consignes didactiques pour les professionnels et la famille, incluant si nécessaire les membres de la famille éloignée, la création de procédures par les techniciens du comportement et leurs superviseurs, un entraînement pratique avec les accompagnants (incluant des explications verbales, schématisées, des jeux de rôle, de la pratique en situation réelle, tout en s'appuyant sur les remarques des accompagnants). La supervision devrait inclure des observations en situation et/ou la revue de séances (et de commentaires correspondants) filmées.



5. La coordination avec les autres professionnels

Les échanges avec les autres professionnels aident à s'assurer que le bénéficiaire progresse aux travers des efforts réalisés pour coordonner sa prise en charge et à s'assurer de la continuité de ces progrès, durant les périodes de transition ou d'arrêt de traitement.

Les objectifs du traitement seront plus probablement atteints s'il y a une bonne compréhension et une bonne coordination entre tous les soignants et les professionnels impliqués. On peut citer pour exemple la collaboration entre le médecin traitant et l'analyste du comportement pour déterminer les effets d'un type précis de médication sur les objectifs de traitement comportemental. Un autre exemple est relatif à la nécessité d'une approche cohérente entre professionnels de différentes disciplines à propos de la façon dont les comportements sont gérés dans les différents lieux et environnements. Une collaboration cohérente entre les professionnels, vers une cohérence du traitement, produira les meilleurs résultats possibles pour les bénéficiaires et leurs familles.

Les différences entre les orientations théoriques ou les différentes manières de travailler peuvent parfois rendre difficile une telle coordination. De plus, les recherches conduites à propos de prétendus traitements pour les TSA ont relevé un nombre important de traitements non évalués, ou évalués comme non-efficaces, et parfois même dangereux pour cette problématique. Il arrive que de tels traitements soient prescrits par certains professionnels en complément de l'ABA. Des études suggèrent que de telles pratiques pourraient amenuiser l'efficacité d'une prise en charge là où de meilleurs résultats auraient été obtenus autrement. Les consultations pour résoudre des différences significatives entre traitements qui réduisent les bénéfices possibles de l'ABA ou de tout autre traitement basé sur les faits devront être une priorité.

Les objectifs du traitement sont les plus susceptibles d'être atteints lorsqu'il y a une compréhension partagée et une coordination entre tous les fournisseurs de soins de santé et des professionnels.

Les lignes directrices pour une conduite responsable des analystes du comportement proposées par le BACB (*The BACB Guidelines for Responsible Conduct for Behavior Analysts* www.BACB.com) indiquent que l'analyste du comportement doit recommander le traitement scientifiquement jugé comme étant **le plus efficace** pour chaque cas. L'analyste du comportement doit aussi analyser et évaluer les effets probables des traitements alternatifs, autant ceux fournis par d'autres disciplines, que l'absence totale de traitement.

De plus, les analystes du comportement doivent aiguiller leurs clients vers des professionnels d'autres disciplines dans le cas où certaines attentes dépassent l'expérience ou la compétence de l'analyste du comportement, ou si une coordination des soins avec d'autres professionnels est appropriée. Par exemple (mais sans s'y limiter), la suspicion d'un problème relevant du domaine médical, ou une problématique psychologique liée à l'anxiété ou aux troubles de l'humeur.



SECTION 8

FIN DU TRAITEMENT, PLANIFICATION DE LA TRANSITION ET DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

La planification de l'arrêt du traitement ou d'une transition vers d'autres modalités de traitement devrait s'appuyer sur un plan écrit spécifiant dans les détails le suivi, à court et à moyen terme, adapté à l'individu et à sa famille. Les parents, l'équipe éducative et tous les professionnels impliqués devraient être consultés sur le processus de transition dans les trois à six mois précédant un changement.

Une description des rôles et des responsabilités de chaque intervenant, ainsi que des échéances des objectifs éducatifs avant de passer à une autre phase de traitement, devraient être spécifiés et coordonnés avec tous les intervenants, dont le bénéficiaire des soins et les membres de sa famille.

La planification des transitions et des arrêts de tout traitement devrait en général entraîner une diminution graduelle des services appliqués. L'arrêt d'un programme de traitement en ABA exige souvent un délai minimum de six mois.

Arrêt du traitement

Les services apportés devraient être réexaminés et évalués, et la planification d'un arrêt de traitement devrait être envisagée quand :

- Le bénéficiaire a atteint les objectifs du traitement
- Le bénéficiaire ne répond plus aux critères diagnostiques d'un Troubles du Spectre Autistique (tels que mesurés par un protocole standardisé approprié)
- Le bénéficiaire ne montre plus de progrès dans l'atteinte des objectifs pendant plusieurs périodes successives de traitement

Quand il est question de pertinence ou d'efficacité des services proposés, la procédure devrait être examinée par un panel d'experts en analyse du comportement et d'autres professionnels. S'il est question d'un problème à propos de la pertinence ou de l'efficacité de services proposés dans un cas individuel, y compris dans les termes d'un recours interne ou externe relatif aux prestations de la Sécurité Sociale, le panel d'expertise devrait inclure des analystes du comportement certifiés.



ANNEXE A

Critères d'admissibilité à la certification BCBA

Critères d'admissibilité au BCBA

A. Diplômes requis

Être en possession, au minimum, d'un diplôme de niveau Licence (BAC+3 ; bachelor) et d'un Master (BAC+5) en analyse du comportement appliquée ou en sciences de la vie, en éducation, sciences humaines, ergonomie, médecine ou tout domaine en rapport avec l'analyse du comportement et approuvé par le BACB, à partir d'un enseignement supérieur agréé.

B. Exigences américaines en matière de pratique et d'expérience

Option 1 : Coursus

Formation théorique

Le postulant doit avoir suivi 225 heures de cours d'un niveau supérieur (voir ci-dessous les cours reconnus) dans les branches suivantes et pour les durées précisées :

- a. Considérations éthiques (15 heures)
- b. Définitions et caractéristiques, principes, méthodes et concepts (45 heures)
- c. Évaluation comportementale et sélection des interventions, résultats et stratégies (35 heures)
- d. Évaluation expérimentale des interventions (20 heures)
- e. Mesures du comportement, présentation et interprétation des données mesurées du comportement (20 heures)
- f. Procédures de changement du comportement et de maintien (45 heures)
- g. Divers (45 heures)

Expérience

**1 500 heures de pratique supervisée
dans le secteur privé**
(ne dépendant pas d'une université).

OU

1 000 heures de pratique
(dans un cadre universitaire).

OU

750 heures de pratique intensive
(dans un cadre universitaire).

Une supervision
deux fois par semaine est exigée

Une supervision
hebdomadaire est exigée

Une supervision
deux fois par semaine est exigée

Option 2 : Enseignant en enseignement supérieur

1. Formation en enseignement supérieur

Le postulant doit avoir suivi une année de plein exercice en école d'enseignement supérieur ou université (tel que décrit en A. ci-dessus) pendant laquelle il dût :

- Enseigner des cours sur les principes de base du comportement, les méthodes de recherche en individuel et l'application des principes de base du comportementalisme en situation réelle, des questions éthiques,
- Mener et publier des recherches dans le champ de l'analyse du comportement

2. Expérience

Même exigences que dans l'option 1.

Option 3 : Docteurs et superviseurs de BCBA

1. Doctorat

Le postulant doit avoir un niveau de doctorat obtenu au moins dix ans auparavant. Le domaine d'étude doit être l'analyse du comportement, la psychologie, l'éducation ou un autre domaine en relation (ces domaines doivent avoir été approuvés par le BACB).

2. Supervision de BCBA

Le postulant doit avoir dix ans d'expérience post-doctorale en analyse du comportement. Cette expérience doit être vérifiée de façon indépendante par trois BCBA sur base des informations fournies dans le curriculum vitae du postulant.

Critères d'admissibilité au BCBA-D

Le BCBA-D désigne la reconnaissance du niveau doctoral pour les BCBA qui :

1. Sont certifiés BCA en activité ; ET
2. Ont obtenu un niveau Doctorat en analyse du comportement appliquée, ou autre domaine des sciences humaines, éducation, science, médecine, ou autre domaines approuvés par le BACB et étroitement liés à l'analyse du comportement appliquée, doctorat conféré par une université reconnue ; ET
3. a. Qui sont devenus BCBA sur base de leur formation universitaire ; ou
b. Qui ont enseigné l'analyse du comportement dans un programme universitaire qui propose une formation approuvée par le BACB, à temps plein pendant au moins deux ans ; ou
c. Qui pourraient obtenir la qualification BCBA selon les critères d'admissibilité actuels

Critères d'admissibilité au BCaBA

A. Diplômes requis

Être en possession, au minimum, d'un diplôme de niveau Licence (BAC+3 ; *bachelor*) en analyse du comportement appliquée ou autre sciences de la vie en éducation, sciences humaines, ergonomie, médecine ou tout domaine en rapport avec l'analyse du comportement et approuvé par le BACB, à partir d'un enseignement supérieur agréé.

B. Exigences américaines en matière de pratique et d'expérience

Cursus

Le postulant doit avoir suivi un enseignement de 135 heures de cours (voir définition des termes ci-dessous) dans les domaines suivants et pour le nombre d'heures spécifié :

- a. Considérations éthiques (10 heures)
- b. Définitions et caractéristiques, principes, méthodes et concepts (40 heures)
- c. Evaluation comportementale et sélection des interventions, résultats et stratégies (25 heures)
- d. Evaluation expérimentale des interventions (20 heures) et Mesures du comportement et présentation et interprétation des données mesurées du comportement (20 heures)
- e. Procédures de modification du comportement (40 heures)

Expérience

**1 000 heures de pratique supervisée
dans le secteur privé**
(ne dépendant pas d'une université).

Une supervision
deux fois par semaine est exigée

OU

670 heures de pratique
(dans un cadre universitaire).

Une supervision
hebdomadaire est exigée

OU

500 heures de pratique intensive
(dans un cadre universitaire).

Une supervision
deux fois par semaine est exigée

ANNEXE B

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Cohen, H., Amerine-Dickens, M., & Smith, T. (2006). Early intensive behavioral treatment: Replication of the UCLA model in a community setting. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 27, S145-S155.

Eikeseth, S. (2009). Outcome of comprehensive psycho-educational interventions for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 158-178.

Eikeseth, S., Smith, T., Jahr, E., & Eldevik, S. (2002). Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year-old children with autism: A 1-year comparison controlled study. *Behavior Modification*, 26, 46-68.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S. & Cross, S. (2010). Using participant data to extend the evidence base for intensive behavioral intervention for children with autism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115, 381-405.

Eldevik, S., Hastings, R. P., Hughes, J. C., Jahr, E., Eikeseth, S., & Cross, S. (2009). Meta-analysis of early intensive behavioral intervention for children with autism. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38, 439-450.

Foxx, R. M. (2008). Applied behavior analysis treatment of autism: The state of the art. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 821-834.

Green, G., Brennan, L. C., & Fein, D. (2002). Intensive behavioral treatment for a toddler at high risk for autism. *Behavior Modification*, 26, 69-102.

Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 147-185.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., & Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26, 359-383.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3-9.

Matson, J. L., Benavidez, D. A., Compton, L. S., Paclawskyj, T., & Baglio, C. (1996). Behavioral treatment of autistic persons: A review of research from 1980 to the present. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 433-465.

McEachin, J. J., Smith, T., & Lovaas, O. I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 359-372.

Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavioral treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 417-438.

Virués-Ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis, metaregression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 30, 387-399.

ANNEXE C

REMARQUES

1. Tout au long de ce document, le terme de trouble du spectre autistique (TSA) est utilisé pour un groupe de troubles neurologiques complexes auxquels on se réfère parfois comme Troubles Autistiques, Troubles Envahissant du Développement non spécifié, Syndrome d'Asperger, Autisme de Haut Niveau, etc.
2. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'*American Psychiatric Association* est en cours de révision, avec la publication prévue du DSM-V programmée en 2013. Conformément au matériel rendu disponible par l'*American Psychiatric Association*, le terme « trouble du spectre autistique » sera utilisé pour décrire les déficiences listées ici.
3. L'ABA ciblée et l'ABA globale existent sur un continuum qui reflète le nombre de comportements ciblés et les heures de traitement direct et de supervision.
4. Ces personnes sont compétentes pour administrer les protocoles de traitement et sont, aux États-Unis d'Amérique, souvent appelés par une variété de nom incluant : *Behavioral Technician, ABA therapist, senior therapist, paraprofessional tutor, direct line staff* ; ou pour la France, Intervenants ABA.
5. La formation et les responsabilités des techniciens comportementalistes (ou intervenants ABA), qui mettent en œuvre les protocoles de traitement, est bien différente de celle du personnel qui remplit une fonction de garde.
6. Lorsque c'est possible, plusieurs techniciens comportementalistes sont assignés à chaque cas dans le but de promouvoir la généralisation et de maintenir les bénéfices du traitement pour le client. Ceci aide également à prévenir les manques dans les heures de traitement dûs aux arrêts maladie, absences prévues, changements dans l'équipe, etc. Un programme de traitement intensif et complet peut assigner 4-5 techniciens comportementalistes pour un seul cas. Chaque technicien peut alors travailler avec plusieurs clients pendant la semaine.
7. En fonction des besoins du client, le technicien peut avoir recours à un entraînement avec des programmes de gestion de risque pour les comportements agressifs (p. ex., outre Atlantique, le *Crisis Prevention Institute*). Il peut parfois être nécessaire que le technicien soit BCaBA dans le but de stabiliser les comportements et d'affiner les protocoles du traitement.
8. Les autres formations seraient des séances d'information pour les employés concernant les règles et procédures applicables au niveau de l'entreprise, de l'institution, et de l'État.
9. Selon l'intensité du programme, une analyse fréquente des données et de l'organisation du traitement est nécessaire. L'analyste du comportement devrait généralement étudier les données d'observation directe au moins une fois par semaine.
10. Notez que le traitement direct et la supervision clinique sont fréquemment délivrés le même jour et sont tous deux facturables pour ce jour.
11. Voir également les lignes directrices recommandées pour les analystes du comportement par le *Autism Special Interest Group* de l'*Association for Behavior Analysis International* (ABAI).

http://www.abainternational.org/special_interests/autism_guidelines.asp



Développement des lignes directrices

Le groupe dirigeant du BACB a autorisé le développement des lignes directrices de pratique pour le traitement ABA des TSA couverts par la mutuelle. Un coordinateur a été chargé de créer un comité de supervision de 5 personnes qui a élaboré la globalité du processus de développement et les grandes lignes du contenu. Le comité de supervision a ensuite sollicité des spécialistes dans les domaines concernés et auteurs parmi un pôle d'expertise nord-Américain qui inclut chercheurs et praticiens afin de produire la première version des lignes directrices. Le coordinateur, le comité de supervision et l'équipe de BACB ont ensuite produit une seconde version étudiée par une douzaine d'examineurs supplémentaires, qui, en plus d'inclure des experts en ABA, comprenait également des consommateurs et experts en droit public. Cette seconde version a été envoyée à tous les directeurs de la BACB pour une contribution supplémentaire. Le coordinateur de projet et l'équipe du BACB ont ensuite utilisé ces retours pour produire le document final, qui a été approuvé par le *BACB Board of Directors*. Les professionnels qui ont eu fonction de coordinateur, membres du comité de supervision, experts dans leur domaine, auteurs et examineurs étaient tous des experts en ABA comme prouvé par les archives de publications, par leur expérience considérable dans l'application de services en ABA, et leur position dominante au sein de la discipline.



Behavior Analyst Certification Board

1929 Buford Boulevard
Tallahassee, FL 32308

T: 850-765-0905

F: 850-765-0904

info@bacb.com



www.BACB.com