

Apprendre
& réapprendre

K. Bearss, C. R. Johnson, B. L. Handen,
E. Butter, L. Lecavalier, T. Smith, L. Scahill

Traduit et adapté de l'anglais par Jérôme A. Lapasset
et par le Dr Marie-Maude Geoffray

LE PROGRAMME RUBI POUR GÉRER LES COMPORTEMENTS PERTURBATEURS

Enfants TSA et troubles
du comportement



- Le programme complet en 11 sessions
- Tout le matériel pour le clinicien et les parents

+ EN LIGNE



Manuel d'exercice pour les parents,
sessions supplémentaires et vidéos
de mise en situation

Le programme RUBI pour gérer les comportements perturbateurs

Enfants TSA et troubles du comportement

Manuel du clinicien

Karen Bearss
Cynthia R. Johnson
Benjamin L. Handen
Eric Butter
Luc Lecavalier
Tristan Smith
Lawrence Scahill

Traduction et adaptation française de Jérôme Alain Lapasset
et du Dr Marie-Maude Geoffray

Ouvrage original:

K. Bearss, C.R. Johnson, B.L. Handen, E. Butter, L. Lecavalier, T. Smith, L. Scahill, *Parent Training for Disruptive Behavior, The RUBI Autism Network, Clinician Manuel*, 2018, New York (NY), Oxford University Press, 256 p., ISBN 978-0190627812.

Parent Training for Disruptive Behavior, The RUBI Autism Network, Clinician Manuel was originally published in English in 2018. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. De Boeck Supérieur is solely responsible for this translation from the original work and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

© Oxford University Press 2018

De Boeck Supérieur
5 allée de la Deuxième Division Blindée
75015 Paris

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web :
www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur SA, 2022
Rue du Bosquet 7, B-1348
Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme ou de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal:
Bibliothèque nationale, Paris : mars 2023
Bibliothèque royale de Belgique : 2023/13647/033
ISBN : 978-2-8073-5119-6

Sommaire

Remerciements.....	4
Présentation des compléments numériques	5
Avant-propos des éditeurs de l'édition originale (version adaptée).....	6
Préface à la traduction française.....	8
Introduction au manuel	11
Introduction au Plan de Soutien Comportemental.....	22
Session 1. Principes comportementaux.....	26
Session 2. Stratégies de prévention	39
Session 3. Emploi du temps (ou agenda) quotidien	53
Session 4. Renforcement 1	67
Session 5. Renforcement 2	82
Session 6. Ignorance planifiée.....	97
Session 7. Entraînement à la coopération.....	111
Session 8. Entraînement à la communication fonctionnelle	124
Session 9. Enseigner des compétences 1	136
Session 10. Enseigner des compétences 2	148
Session 11. Généralisation et maintien.....	160
Annexes	173
Introduction au manuel d'exercice pour les parents.....	222
Liste des abréviations.....	234
Références.....	236
À propos des auteurs	239

Dédicace

Nous dédions ce livre à la mémoire de Tristram Smith, qui fut un pionnier dans la pratique et la recherche en analyse appliquée du comportement, et qui a contribué à la rendre accessible au plus grand nombre. Il a fait entendre une voix discrète mais convaincante sur la nécessité de tester rigoureusement les interventions comportementales pour les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme.

Remerciements

Nous remercions nos collègues Michel Aman, L. Eugene Arnold, Christopher McDougale, Jim Mulick, Denis Sukhodolsky, Noha Monshawi, Naomi Swiezy et Susan White, pour leur contribution au développement de ce manuel.

Présentation des compléments numériques

Le manuel du clinicien et le manuel des parents

Le Programme RUBI pour gérer les comportements perturbateurs comprend **un manuel à l'usage des cliniciens** et **un manuel d'exercice à l'usage des parents**. Leur utilisation concomitante est essentielle au bon déroulement et à l'optimisation de l'efficacité dudit Programme.

Le manuel d'exercice des parents est présenté à la fin de ce livre. Comme tous les compléments numériques, il est accessible à l'adresse suivante :

<https://www.deboecksuperieur.com/site/351196>

Les compléments numériques du manuel du clinicien

Le manuel du clinicien comprend 11 sessions, exposées dans les pages qui vont suivre. Il est complété par **7 sessions supplémentaires**, consacrées à des aspects spécifiques de la vie quotidienne, accessibles à l'adresse indiquée plus haut.

De nombreux documents présentés dans cet ouvrage (checklists, formulaires, etc.) sont accessibles sous forme numérique et interactive, à l'adresse indiquée plus haut.

Enfin, toutes les vidéos nécessaires aux sessions sont présentées et accessibles à cette même adresse.

Avant-propos des éditeurs de l'édition originale (version adaptée)

Au cours de ces toutes dernières années, nous assistons à la mise en place d'étonnants développements dans les soins de santé. Les données probantes de la recherche ont remis en question nombre de nos interventions et de nos stratégies, en santé mentale et en médecine comportementale, pourtant jusque-là largement acceptées. Ces données ont montré que certaines pratiques n'étaient pas bénéfiques et qu'elles pouvaient même se révéler éventuellement préjudiciables (Barlow, 2010). D'autres stratégies se sont révélées efficaces à l'aulne des meilleurs standards de données probantes, et ont abouti à des recommandations massives de mise à disposition du public de ces pratiques (McHugh & Barlow, 2012). Nous trouvons en arrière-plan de cette révolution plusieurs développements récents. Tout d'abord, nous sommes parvenus à une compréhension beaucoup plus fine de la pathologie, à la fois physique et psychologique, ce qui a conduit au développement d'interventions nouvelles et plus précisément ciblées. Deuxièmement, nos méthodologies de recherche se sont substantiellement améliorées, au point que nous avons réduit les risques vis-à-vis des validités externe et interne, rendant ainsi les résultats *et les pronostics* plus directement applicables aux situations cliniques. Troisièmement, les gouvernements du monde entier, les systèmes de soin et de santé, et les politiciens ont décidé que la qualité des soins devrait s'améliorer, qu'elle devrait reposer sur des données probantes, et qu'il est dans l'intérêt du public de s'assurer que cela se réalise (Barlow, 2004 ; Institut de Médecine, 2001, 2015 ; Weisz & Kazdin, 2017).

Bien sûr, un point d'achoppement pour les cliniciens du monde entier est la question de l'accessibilité/disponibilité des interventions basées sur des données probantes nouvellement développées. Les ateliers et les livres ne peuvent aller aussi loin dans l'accompagnement que des praticiens conscients et responsables avec les pratiques de soins comportementaux les plus récentes et leur applicabilité au patient individuel.

L'esprit de la présente publication est de communiquer aux cliniciens praticiens de première ligne les nouvelles interventions existantes pour enfants et adolescents. Il s'agit par ce manuel et le manuel d'exercice de présenter des procédures détaillées étape-par-étape pour l'évaluation et de mettre en œuvre un traitement de problèmes spécifiques associé au diagnostic en fournissant des documents auxiliaires qui

permettront de se rapprocher des processus de supervision en aidant les praticiens à mettre en œuvre ces procédures dans leur pratique.

Dans notre système de soins de santé émergent, le consensus grandissant est bien que les pratiques basées sur les preuves offrent le mode d'action le plus responsable pour les professionnels en santé mentale. Tout clinicien en soins de santé du comportement désire profondément mettre à disposition de ses patients le meilleur soin possible. Notre objectif est de combler les écarts de dissémination, les disparités de l'information et de rendre tout cela possible.

Ce guide du clinicien, et le manuel d'exercice qui l'accompagne, recourent à une approche entraînement parental (EP) pour réduire les comportements perturbateurs tels que les agressions, les crises de colère, la non-coopération, les automutilations chez les enfants avec un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Pas moins de la moitié de ces enfants présentent de tels comportements, ce qui a un impact significatif sur leur bien-être et le fonctionnement familial.

Cette approche par EP a été largement utilisée pour réduire les comportements problématiques chez les enfants sans TSA, de l'âge préscolaire à l'adolescence. Les recherches récentes soutiennent la mise en œuvre de l'EP chez les enfants avec TSA. Ce manuel sera des plus utiles aux cliniciens familiers de l'analyse appliquée du comportement (ABA) et/ou à ceux qui ont l'expérience de travailler avec des enfants avec un TSA.

Anne Marie Albano, Éditeur en chef
David H. Barlow, Éditeur en chef

Références

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, **59**, 869-878.

Barlow, D. H. (2010). Negative effect from psychological treatments: A perspective, *American Psychologist*, **65**(2), 13-20.

Institut of Medecine. (2001). Crossing the quality chasm: *A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

Institut of Medecine. (2015). Psychosocial interventions for mental and substance abuse disorders: a framework for establishing evidence-based standards. Washington, DC: National Academy Press.

McHugh, R. K., & Barlow, D.H. (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. Oxford, UK: Oxford university press.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2017). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3rd ed.), New York, NY: Guilford.

Préface à la traduction française

Il est positif de pouvoir souligner que le repérage et le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme et autres troubles neuro-développementaux se sont améliorés depuis 10 ans en France et dans les pays francophones. L'accès à des traitements thérapeutiques reste toutefois limité. Les professionnels, les aidants et les parents peuvent par ailleurs se retrouver assez désarmés devant l'étendue du choix des programmes diffusés.

Il est donc nécessaire de pouvoir guider ce choix vers des traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité de manière scientifique. Mais aussi vers un choix de traitement qu'il soit possible, sur le terrain, de mettre en place, de façon équitable, auprès de tous ceux qui en ont besoin.

Plus de la moitié des enfants avec un trouble du spectre de l'autisme présentent des troubles du comportement et pourtant, aucun traitement ne leur est proposé systématiquement pour en prévenir l'apparition ou l'aggravation et gérer ces troubles du comportement.

Les troubles du comportement ne diminuent pas seulement la qualité de vie de l'enfant et de ses proches. Ces comportements interfèrent aussi avec la réalisation des tâches de la vie quotidienne, les interactions sociales et les apprentissages. Ils diminuent l'adaptation au quotidien de l'enfant. Ces comportements mettent en difficulté les parents mais aussi les professionnels de l'éducation et du soin.

Il est nécessaire de diffuser des traitements efficaces et ciblés qui puissent, avec une utilisation parcimonieuse des moyens humains et dans un temps imparti, permettre au plus grand nombre une amélioration significative au quotidien des comportements problèmes.

Le programme RUBI vient répondre à ce besoin. Dans ce programme, les parents mais aussi potentiellement d'autres aidants ou intervenants du quotidien (par exemple, des enseignants) sont formés à l'utilisation de techniques issues de l'ABA. En 11 sessions, RUBI permet aux professionnels d'aider les parents à prévenir et gérer les comportements perturbateurs de leur enfant à partir des fondements de l'analyse appliquée du comportement (ABA). Dans ce programme, les parents sont agents du changement. Ils sont guidés pas à pas pour observer de façon factuelle puis analyser les comportements perturbateurs et mettre en place des moyens de les prévenir ou de les gérer.

Ce programme permet de prévenir et traiter un grand nombre de comportements perturbateurs. Il trouve ses limites dans des comportements défis sévères et installés qui nécessiteront une analyse fonctionnelle précise et la mise en place de protocoles

par un professionnel formé. Une formation systématique des parents à RUBI pourrait permettre de diminuer l'apparition de comportements défis sévères, voire l'utilisation de psychotropes.

Le programme RUBI a montré les preuves de son efficacité dans plusieurs études. On peut citer l'excellente étude randomisée contrôlée publiée en 2015 dans le *Journal of the American Medical Association*. Cette étude comparait un groupe d'enfants dont les parents bénéficiaient du programme RUBI (N = 89) versus un groupe contrôle dont les parents bénéficiaient d'un programme de psychoéducation à l'autisme (N = 91) avec un nombre de sessions équivalent (12 sessions). On constatait une diminution des comportements perturbateurs dans les 2 groupes. Mais ces résultats robustes montraient une diminution plus significative des comportements perturbateurs dans le groupe d'enfants dont les parents bénéficiaient du programme RUBI par rapport à ceux du groupe contrôle.

La cible initiale du programme RUBI est les comportements perturbateurs chez les enfants autistes, mais RUBI reprend de grands principes de l'ABA utilisés dans d'autres programmes de guidance parentale et pourra aider de nombreux parents dont les enfants présentent des comportements perturbateurs au quotidien. RUBI repose en effet sur des principes tels que :

- le renforcements des comportements attendus (positifs) ;
- l'augmentation de temps de jeu dédié parent-enfant (renforcement de la relation parent-enfant) ;
- la stratégie d'extinction/inattention ;
- le Time out¹.

Ce livre permet de découvrir l'ensemble du programme RUBI. Il inclut un manuel pour professionnels riche en exemples cliniques et un manuel pour parents avec de nombreuses fiches d'aide à la mise en place des techniques ABA. Vous avez également accès au matériel supplémentaire en ligne et à toutes les vidéos réalisées pour support visuel lors des entretiens avec les parents. Ces entretiens sont l'occasion de discuter sur les facteurs aggravant les comportements perturbateurs et ceux qui permettront de les prévenir ou de mieux les gérer.

Nous espérons que cette traduction en français permettra une large diffusion de ce programme dans les pays francophones et aidera de nombreux parents et aidants. Pour les professionnels déjà formés à l'ABA, ce livre sera un guide pour transmettre les principes de l'ABA aux parents. Pour les professionnels qui sont moins familiers de l'ABA, il permettra d'en intégrer les principes de base et d'aider progressivement les parents. Ce livre aidera également les managers à guider leurs équipes vers des pratiques basées sur les recommandations.

1. Liste non exhaustive.

Remerciements pour la traduction

La traduction et la réalisation des vidéos et supports additionnels en ligne ont été portées par Jérôme Alain Lapasset et nous-mêmes en collaboration avec plusieurs autres professionnels du Service universitaire en Neurodéveloppement Réhabilitation et Intervention Spécialisée chez l'enfant (S.U.N.R.I.S.E) du CHS Le Vinatier à Lyon et de l'université Claude Bernard Lyon 1. Nous tenons tout particulièrement à remercier :

- Flavia Mengarelli, psychologue, docteur en neurosciences ;
- Natacha Gallifet, orthophoniste, enseignante à l'ISTR de Lyon ;
- Matias Baltazar, neuropsychologue, docteur en neuroscience ;
- Marie-Luce Monge, neuropsychologue ;
- les enfants des professionnels et parents qui ont participé à la réalisation des vidéos d'apprentissage disponibles en ligne.

Marie-Maude Geoffray
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent
Docteur en santé publique, recherche clinique,
innovation thérapeutique et diagnostique

Introduction au manuel

Le trouble du spectre de l'autisme (TSA) est une condition développementale précoce débutant dans l'enfance, qui se caractérise par des altérations qualitatives de l'interaction sociale et de la communication, et par des intérêts restreints et des comportements répétitifs (*American Psychiatric Association*, 2013). Le terme de spectre implique que les enfants avec un TSA peuvent démontrer une large gamme d'altérations ou de déficiences allant de légères à sévères. Ceux avec des formes graves peuvent présenter un handicap intellectuel et des capacités verbales minimales. Dans le cas où l'enfant fait l'expérience d'une forme légère, il peut présenter un niveau d'intelligence dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne, s'intéresser à autrui – mais manifeste un handicap social marqué. Ce concept d'un spectre de l'autisme s'est développé au cours des dernières décennies, s'oppose à la condition plus étroitement définie et plus sévère appelée autisme.

Les estimations récentes situent le TSA comme affectant 6 enfants sur mille au niveau mondial (Elsabbagh et al., 2012). Outre les caractéristiques centrales du TSA, plus de 50 % des enfants qui en sont porteurs témoignent de comportements perturbateurs. Les parents décrivent fréquemment que leur enfant « fait des crises », « se roule par terre », « s'oppose aux transitions », a des « accès d'agressivité », « se tape la tête contre les murs » et d'autres problèmes comportementaux graves dans le contexte de la vie quotidienne (Hartley, Siroka & McCoy, 2008 ; Mazurzk, Kanne & Wodka, 2013). Au cours des dernières décennies, notre groupe de recherche a développé et testé un programme d'entraînement structuré (EP pour Entraînement Parental) sur 24 semaines à destination des parents ayant un enfant avec un TSA et des comportements perturbateurs. Ce manuel est le fruit de ce travail.

L'élargissement des critères diagnostiques et l'augmentation du nombre d'enfants identifiés avec un TSA qui en résulte posent des défis sur la façon d'aider au mieux cette population vulnérable et leur famille. Parmi les défis à relever les plus urgents, il y a celui de la dissémination des résultats de recherche vers la pratique clinique. Comme Brookman-Frazee et ses collègues (2012) l'ont remarqué, il existe un manque de spécialistes formés dans la délivrance d'interventions comportementales fondées sur des preuves pour les enfants avec un TSA. La finalité de ce manuel est de disséminer notre méthode d'EP pour relever ce véritable défi de santé publique.

L'EP possède de solides preuves de réduction des comportements perturbateurs chez les enfants sans TSA de l'âge préscolaire à l'adolescence (Dretzke et al., 2009). De plus, il présente différents avantages en tant que modèle d'intervention. Premièrement, il est pratique et limité dans le temps. L'EP se conduit habituellement

en 10-16 sessions sur une période de 4-6 mois. Deuxièmement, il est possible de dispenser cette intervention dans différents contextes ou milieux. En outre, il est tout aussi possible de mettre en place des sessions individuelles ou en groupe. Troisièmement, les habiletés (ou compétences) enseignées au cours de l'EP positionnent les parents comme acteurs du changement chez leur enfant. Étant donné que les parents passent la plupart de leur temps avec leur enfant, l'EP facilite la généralisation des habiletés à de multiples contextes (ex. : maison, lieu de culte, magasins, domicile des amis ou d'autres membres de la famille).

La pertinence potentielle de l'EP pour des enfants présentant un TSA est convaincante. Les comportements perturbateurs tels que les agressions, les crises de colère, la non-coopération, l'automutilation et la destruction d'objets peuvent éroder la qualité de vie d'une famille (Hayes & Watson, 2013). Les comportements perturbateurs chez l'enfant avec un TSA constituent une barrière supplémentaire à l'acquisition et à la réalisation des habiletés de vie quotidienne (Scahill et al., 2012). Comme une mère l'a confié, en réfléchissant à la façon d'obtenir que son fils s'habille le matin : « Il peut le faire, mais il ne veut pas le faire ». L'EP offre la possibilité de réduire les comportements perturbateurs et de permettre l'amélioration du fonctionnement adaptatif. Enseigner aux parents les aspects essentiels de la modification du comportement de leur enfant est la clef de voute de l'EP pour enfants sans TSA (Kaminski et al., 2008). Ceci est également vrai concernant les enfants présentant un TSA et des comportements perturbateurs.

L'utilisation de l'expression « entraînement parental » pour les enfants avec TSA demande une clarification terminologique. Dans le TSA, cette expression a aussi été appliquée aux interventions axées sur l'amélioration de l'une ou de plusieurs des caractéristiques centrales du trouble (Carter et al., 2011 ; Dawson et al., 2010 ; Kasari, Dulsrud, Wong, Kwon & Locke, 2010). Dans ces programmes, les parents peuvent se voir formés à promouvoir le contact visuel, une communication fonctionnelle, des habiletés de jeux interactifs, et à l'attention conjointe. Par exemple, Kasari et al. ont utilisé un modèle d'EP (impliquant 24 sessions sur 8 semaines) chez des petits enfants avec TSA pour développer l'engagement conjoint parents-enfant. L'EP a aussi été utilisé conjointement aux programmes d'intervention centrés sur l'enfant. Dans un essai randomisé du modèle d'intervention précoce de Denver pour jeunes enfants avec autisme (*Early Start Denver Model* ; ESDM), l'intervention de 20 heures hebdomadaires, sur deux ans, se centrait principalement sur la communication de l'enfant et le développement social. On donnait également aux parents une formation à ces méthodes et on les encourageait à utiliser avec l'enfant les stratégies de l'ESDM lors des activités quotidiennes (Dawson et al., 2010). Les comportements perturbateurs n'étaient pas au cœur de ces études.

À l'opposé, l'EP a aussi été utilisé pour décrire des interventions centrées sur le comportement perturbateur chez des enfants avec un TSA. Bien que ces interventions varient en intensité, la plupart se fondent sur les principes de l'analyse appliquée du comportement (ABA). L'analyse fonctionnelle en est un élément clé. Elle implique

d'identifier ce qui mène à l'apparition du comportement perturbateur (Hanley, Iwata & McCord, 2003). Les parents demeurent souvent perplexes devant « les crises » de l'enfant. Bien qu'ils puissent se montrer précis quant aux caractéristiques dudit comportement (*i.e.* sa fréquence, sa durée et son intensité), ils décrivent les crises comme imprévisibles ou comme venant « de nulle part ». Dans une analyse fonctionnelle, le clinicien pointe ce qui a immédiatement précédé le comportement (l'antécédent) et ce qui le suit (la conséquence). Il est courant de nommer cette séquence le modèle ABC (Antécédent, *Behavior* [Comportement], Conséquence). L'enfant peut se focaliser sur un item tangible (c'est-à-dire concret) tel que de la nourriture ou un jouet particulier. Ou bien, il peut avoir appris au cours du temps que les crises de colère permettent d'échapper à une demande – telle que s'habiller. On peut alors apprendre aux parents à modifier le comportement de l'enfant au travers d'une manipulation de l'environnement. La conséquence est la réponse de l'environnement (*i.e.* ce que fait le parent) audit comportement. Les parents apprennent à reconnaître que les comportements sont prévisibles et à identifier la façon dont leurs propres réponses à ceux-ci peuvent promouvoir involontairement leur probabilité de réapparition. Par exemple, le parent qui donne un jouet à l'enfant en réponse au fait qu'il se roule par terre peut réellement consolider ce comportement. Pour superviser les progrès, il faut apprendre aux parents à enregistrer la réponse de l'enfant à l'intervention. Les autres éléments clés de l'EP comprennent le renforcement positif des comportements appropriés, l'utilisation d'emplois du temps quotidiens, des techniques spécifiques connues pour augmenter la coopération, et la présentation systématique de nouvelles habiletés.

Des techniques d'EP spécifiques élaborées sur les principes de l'analyse appliquée du comportement possèdent des appuis empiriques pour réduire le comportement perturbateur chez les enfants avec un TSA. Beaucoup de ces appuis empiriques, cependant, reposent sur des études de cas unique (Johnson et al., 2007). Ces dernières sont valables pour démontrer l'efficacité de techniques spécifiques, mais l'application de celles-ci tend à être hautement individualisée. Le challenge auquel nous devons faire face à présent est de savoir comment passer de cette approche hautement individualisée à des programmes structurés d'EP qui puissent faciliter une application plus large. À cette fin, il y a un corpus, encore réduit mais grandissant, de la littérature relative à l'EP vis-à-vis des comportements perturbateurs (*disruptifs*) de l'enfant avec un TSA. Dans un essai sur neuf semaines, une étude a évalué le *Stepping Stone Triple program* (le programme triple tremplin) chez 59 enfants (âgés de 2 à 9 ans) présentant un TSA (29 sujets bénéficiant du traitement actif, 30 restant sur liste d'attente). En comparaison du groupe contrôle, le groupe d'intervention a montré une réduction significative des comportements problèmes des enfants tels qu'évalués par les parents, qui s'est maintenue sur les 6 mois de suivi (Wittingham et al., 2009). Dans une étude de 20 semaines en trois groupes portant sur 105 enfants âgés de 2 à 6 ans, Tonge et al. (2014) ont comparé un programme structuré d'EP à de l'éducation parentale et au traitement habituel (35 familles par groupe). Les effets de l'intervention étaient mesurés 6 mois après l'arrêt

des interventions respectives. Les trois groupes ont montré des améliorations sur les mesures du fonctionnement adaptatif ainsi qu'une réduction des comportements problématiques. Le groupe d'EP a montré les gains les plus importants avec des différences statistiquement significatives sur de nombreuses mesures du fonctionnement adaptatif en comparaison des deux autres groupes. Il n'y avait aucune différence sur les mesures concernant les comportements perturbateurs.

Les éléments clés d'un programme d'EP destiné aux parents d'enfants avec un TSA englobent habituellement des informations générales sur la modification du comportement (ex. : le modèle ABC et l'analyse fonctionnelle), une instruction didactique sur des techniques spécifiques, des jeux de rôle en session pour pratiquer ces techniques, des tâches à domicile de façon à ce que les parents puissent les appliquer dans la vie quotidienne, des visites à domicile et des sessions de suivi pour passer en revue et affiner les techniques comportementales. L'organisation de ces éléments au sein d'un manuel d'intervention est un prérequis nécessaire pour tester l'EP pour enfants présentant un TSA avec comportements perturbateurs (Smith et al., 2007). Des études pilotes initiales sont nécessaires pour démontrer la faisabilité (que les familles acceptent le manuel d'intervention et que les cliniciens en proposent un usage fiable) (Johnson et al., 2007). S'assurer de la faisabilité permet ensuite d'initier un essai clinique randomisé à grande échelle (ECR) pour tester l'efficacité de l'intervention. Ce n'est qu'après une mise à l'épreuve rigoureuse de cette intervention et la démonstration de son efficacité qu'une dissémination plus large peut s'envisager (Bearss et al., 2013b; Smith et al., 2007).

Développement du manuel

Le développement de ce manuel a commencé en 2002 comme un effort collaboratif des unités du réseau autisme de recherche en psychopharmacologie pédiatrique (RUPP pour *Research Units on Pediatric Psychopharmacology*) pour préparer un ECR multicentrique avec rispéridone seul vs rispéridone plus EP (Johnson et al., 2007; Scahill et al., 2009). Le contenu et la structure du manuel furent conçus pour promouvoir la fidélité de l'intervention entre tous les sites de l'étude et pour servir de complément à la médication destinée à traiter les enfants d'âge scolaire avec un TSA accompagnés de graves problèmes de comportement. Le manuel s'inspirait des programmes d'EP destinés aux enfants sans TSA et de la littérature comportementale à propos des TSA et du handicap intellectuel. L'objectif était d'élaborer un manuel d'EP structuré pour transmettre des techniques comportementales efficaces de réduction des comportements perturbateurs (*disruptifs*) chez les enfants avec un TSA et de promouvoir l'acquisition de compétences en vie quotidienne. Le manuel est construit sur un ensemble de postulats de base :

1. Les enfants avec un TSA adoptent principalement des comportements indésirables pour avoir accès à un objet tangible d'intérêt (un renforçateur), et/ou pour obtenir de l'attention, et/ou pour échapper à une situation.

2. Les enfants avec un TSA sont plus susceptibles de présenter des déficits en habiletés de communication fonctionnelle.
3. Étant donné les points 1 et 2, les enfants avec un TSA sont susceptibles d'afficher des comportements perturbateurs et de non-coopération (*non-compliance*).
4. Les enfants avec un TSA sont sujets à des déficits de comportements adaptatifs en raison de retards de développement, et cet aspect sera amplifié par les comportements de non-coopération.
5. Les enfants avec un TSA sont susceptibles de bénéficier de stratégies de contrôle du stimulus (approche par antécédents et approche préventive).
6. L'EP peut réduire les comportements perturbateurs et améliorer les comportements adaptatifs.
7. L'EP peut prévenir les besoins d'une médication contre les problèmes comportementaux, mais on peut aussi y recourir comme un complément auxiliaire à la médication chez des enfants présentant un TSA qui s'accompagne de problèmes comportementaux (ex. : agressivité, crises de colère, automutilation, destruction de biens).

Les domaines couverts par le manuel intègrent les éléments essentiels de la modification du comportement et du soutien comportemental (Horner, Carr, Strain, Todd & Reed, 2002). Les éléments de modification du comportement englobent l'évaluation fonctionnelle des comportements cibles, la détermination des antécédents et les stratégies de prévention, les stratégies de renforcement, l'entraînement ou la formation à une communication fonctionnelle, et des instructions d'enseignement des habiletés de vie quotidienne. La sélection des techniques s'appuie sur les données probantes disponibles (ex. : des essais à protocole de cas unique), les préoccupations que rapportent habituellement les parents (ex. : la non-coopération, les comportements perturbateurs), et les déficits en capacité adaptative bien documentés chez les enfants avec un TSA. Finalement, nous nous sommes focalisés sur la généralisation et le maintien pour promouvoir la stabilité des changements chez l'enfant et accroître la capacité des parents à mettre en pratique les compétences apprises dans les différents contextes et diverses situations qu'ils rencontreront dans le futur.

Le manuel lui-même consiste en 11 sessions obligatoires ; 7 sessions optionnelles destinées aux enfants avec besoins spécifiques sont disponibles en compléments numériques. Les sessions obligatoires et optionnelles durent de 60 à 90 minutes. Bien que les deux parents (au sens large) soient encouragés à suivre les sessions, un seul parent est considéré comme le « fil conducteur » et doit suivre toutes les sessions. Les sessions obligatoires et optionnelles devraient suivre un rythme hebdomadaire. Après la fin des sessions, il est conseillé de procéder à une phase relance de sessions « booster » par téléphone, une semaine sur deux, pour donner l'opportunité aux parents d'appliquer ce qu'ils ont appris lors des sessions obligatoires et optionnelles.

Recherches sur le manuel

L'étude pilote initiale sur le manuel d'EP auprès de 17 enfants TSA, âgés de 4 à 13 ans, a montré la bonne acceptabilité du programme par les parents, comme le prouvent la faible attrition et le pourcentage élevé de participation aux sessions. L'acceptabilité du programme a aussi été prouvée par l'engagement actif des parents dans les tâches à domicile. Finalement, l'évaluation session par session a montré que les cliniciens étaient fidèles dans l'administration du manuel (*RUPP Autism Network*, 2007).

Nous avons alors procédé à un test à grande échelle du manuel, sous la forme d'un essai multicentrique sur 124 enfants avec un TSA avec graves problèmes comportementaux. Les sujets (âgés de 4 à 14 ans) ont été aléatoirement assignés pour une durée de 6 mois soit à la branche rispéridone seule, soit à la branche rispéridone plus EP. Les deux groupes d'intervention ont montré une amélioration. Les enfants du groupe d'intervention combiné (rispéridone + EP) ont présenté une réduction plus importante de l'irritabilité et de la non-coopération (Aman et al., 2009), aussi bien que de plus grands gains dans plusieurs domaines du fonctionnement adaptatif (Scahill et al., 2012).

Le présent manuel est une version modifiée de celui utilisé dans l'essai RUPP du réseau autisme, à utiliser comme intervention à part entière pour les enfants d'âge préscolaire présentant un TSA et des comportements perturbateurs. Une étude pilote sur 16 enfants (âgés de 3 à 6 ans) avec TSA a montré une forte acceptabilité par les parents et une bonne fidélité dans la dispense de l'intervention par les cliniciens (Bearss et al., 2013). Un essai multisites à grande échelle, de 180 enfants avec TSA de 3 à 7 ans, a ensuite testé ce manuel modifié. Les participants ont été assignés de façon aléatoire à un EP ou à un programme d'éducation parentale structuré pendant 6 mois. Les résultats étaient issus de mesures générées par les parents et par des évaluateurs indépendants, tous aveugles à la branche d'assignation des participants. En plus d'un diagnostic de TSA, les enfants devaient soit n'avoir aucune médication, soit une médication stable, et présenter au moins des niveaux modérés de comportements perturbateurs et de non-coopération. Les enfants du groupe EP ont montré des améliorations significatives aux échelles parentales de comportements perturbateurs et de non-coopération en comparaison du groupe contrôle. Les évaluateurs indépendants ont classé 69 % des enfants de la branche EP comme répondants positifs, comparés à 40 % dans le groupe éducation des parents (Bearss et al., 2015).

Utilisation de ce manuel

Dans nos études, les cliniciens avaient le niveau Master ou Doctorat en psychologie ou dans une discipline connexe. Les cliniciens possédaient des connaissances antérieures sur les principes du comportementalisme, ou avaient une expérience professionnelle préalable auprès d'enfants avec TSA, ou les deux. Ainsi, nous espérons que

ce manuel sera des plus utiles pour les cliniciens déjà familiers des principes de l'analyse appliquée du comportement ou ceux avec une expérience antérieure de travail auprès de jeunes enfants relevant d'un TSA. Le manuel apporte une structure pour enseigner aux parents des habiletés spécifiques nécessaires pour diminuer les comportements perturbateurs et pour enseigner des comportements alternatifs. Pour le clinicien expérimenté, le manuel peut servir au titre de grandes lignes générales à l'EP. En ce qui concerne les cliniciens novices, ils peuvent l'utiliser comme un guide étape par étape pour mettre en œuvre les sessions directement à partir du manuel.

Le manuel se présente selon un ordre recommandé, mais en tant que clinicien, vous pouvez introduire plus tôt certains concepts (ex. : la mise à l'écart de l'anglais *time out*) en vous appuyant sur les besoins des familles. Cette flexibilité est cohérente avec notre utilisation du manuel dans nos études. Chaque session inclut un script pour le clinicien (que l'on peut suivre étape par étape ou juste comme des indications générales), des vignettes vidéo (disponibles en compléments numériques). De plus, le manuel met également à disposition des fiches d'activités et des formulaires de tâches à domicile, que l'on trouve dans le manuel d'exercice pour les parents qui accompagne notre manuel. L'intention de ces fiches d'activité et de ces vignettes vidéo est de promouvoir des discussions informelles, mais focalisées, autour de la résolution de problème avec les parents. Les fiches d'activité guident les parents à travers les étapes élémentaires de la technique présentée dans chaque session. Par exemple, la Fiche d'activité #3 de la première session, que les parents doivent lire, présente de brèves vignettes pour identifier les antécédents de la situation décrite. Une vignette vidéo de la sixième session montre un parent, joué par un acteur, qui applique incorrectement une technique comportementale (ex. : parler à un enfant alors qu'il s'agit de mettre en œuvre l'ignorance planifiée). En session, le clinicien peut demander au parent d'identifier ce que l'acteur de la vidéo fait mal et ce qu'il pourrait faire différemment. Certains parents peuvent rencontrer des difficultés à établir des liens avec les vidéos parce que leur enfant ne présente pas le comportement problématique illustré. Mais il peut toujours être utile d'étudier le principe illustré car il peut s'avérer pertinent pour d'autres comportements de l'enfant, ou bien devenir pertinent pour cet enfant dans le futur. En prenant pour base l'âge de l'enfant, son niveau de fonctionnement et les comportements-cibles, il est possible d'ajuster le script du clinicien et les fiches d'activités. Le manuel comprend de nombreux exemples tirés de notre expérience d'administration de l'EP. Nous encourageons les cliniciens à construire leurs propres exemples au cours du temps.

Outre l'information didactique, les fiches d'activité et les exemples vidéo, le clinicien recourt aux jeux de rôle avec le ou les parents pour réviser et pratiquer la compétence en question. Dans ce manuel, il est possible de délivrer l'EP en dehors de la présence de l'enfant. Dans certains cas vous pouvez encourager les parents à l'emmener lors d'une session pour réviser et montrer des techniques spécifiques. À chaque session, cependant, il convient de donner des tâches à faire au domicile pour appliquer les techniques vues ensemble et inviter les parents à discuter des résultats

de leurs efforts lors de la session suivante. Les sessions présentées offrent différentes options de tâches, en fonction de l'âge de l'enfant, des problèmes-cibles que les parents auront identifiés, et du niveau de maîtrise des parents. Ainsi, vous pouvez adapter sur mesure les tâches en fonction de l'enfant et de la famille. Les tâches (ex. : mise en place d'un *timer* pour alerter l'enfant des transitions imminentes ; utilisation des quatre étapes de la coopération guidée pour obtenir que l'enfant dépose son plat dans l'évier) permettent au parent d'accomplir des changements parfois petits, mais toujours significatifs, dans l'interaction parent-enfant. Le fait de revenir sur la tâche à domicile offre aussi une opportunité d'évaluer si le parent progresse ou non dans l'application de l'EP. Puisque la tâche à domicile est un élément clé de l'EP, celle-ci est passée en revue dans les 5-10 premières minutes de chaque session. L'incapacité à accomplir la tâche doit servir de base à une discussion sur ce qui a contribué à cet échec afin de résoudre le problème (ex. : manque de compréhension, semaine difficile ou scepticisme vis-à-vis d'une technique particulière). Si le parent réalise la tâche, vous pouvez féliciter sa réussite. En somme, la description des techniques de modification du comportement, l'accomplissement des fiches d'activité, le re-visionnage des vignettes vidéo, la pratique des jeux de rôle en session et l'accomplissement des tâches à domicile reflètent la simple notion que le fait de parler ne suffit pas. Ce qui importe réellement est de savoir si le parent apprend effectivement à utiliser les techniques dans les différents contextes de la vie quotidienne.

Tranche d'âge et problèmes-cibles

Bien que ce manuel soit à destination de parents d'enfants d'âge préscolaire présentant un TSA, les versions antérieures du manuel s'étaient appliquées avec succès auprès d'enfants de plus de 14 ans (Amman et al., 2009 ; Scahill et al., 2012) et dans un ECR d'EP et Atomoxetine pour le traitement du trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) chez des enfants avec un TSA entre 5 et 14 ans (Silverman et al., 2014). Dans toutes ces applications, les problème-cibles tels que les crises de colère ou de rage, l'agressivité, la non-coopération et les comportements impulsifs étaient similaires.

Ainsi, l'EP peut s'appliquer à des enfants d'âge préscolaire jusqu'à tous les âges scolaires. Pour mettre en œuvre le manuel en direction de ces derniers, vous aurez besoin de vous constituer un stock d'exemples appropriés à l'âge pour illustrer les principes et la pratique de l'EP. Par exemple, les problèmes auxquels les parents d'enfants d'âge scolaire font face impliquent souvent l'accomplissement des devoirs à la maison ou une augmentation de l'indépendance vis-à-vis des activités de la vie quotidienne, telles que se laver ou accomplir des obligations ménagères. Vous aurez aussi à considérer des renforçateurs plus appropriés à l'âge et la manière de modifier les stratégies, telle que la communication fonctionnelle, pour des enfants de ce niveau scolaire, clairement verbaux et à niveau de fonctionnement supérieur. De plus,

il conviendrait de tailler sur mesure les prescriptions de tâches à domicile et les interventions à l'égard de l'enfant et des aptitudes parentales. Le manuel offre des suggestions spécifiques vis-à-vis de la façon de présenter certaines techniques aux parents d'enfants d'âge scolaire.

Adhésion et fidélité au traitement

La plupart des interventions psychosociales pour enfants disposent de manuels destinés à guider l'administration du traitement (Perepletchokova & Kazdin, 2005). La réussite de ces interventions structurées suggère que la fidélité au traitement est liée à l'obtention de résultats cliniques positifs (Henggeler, 1997). Pour favoriser l'adhésion au manuel, nous avons inclus une série de listes de contrôle (*checklists*) de la fidélité au traitement qui énumèrent les thèmes centraux à couvrir à chaque session. Ces formulaires sont analogues à ceux que nous avons utilisés dans nos recherches pour superviser si les cliniciens administraient l'intervention telle que prévu. Ainsi, nous vous recommandons de remplir la liste de contrôle de la fidélité à chaque session pour vous assurer que vous avez abordé les sections pertinentes.

Les grandes lignes du programme d'entraînement des parents

Sessions		Habilités/activités
1	Principes comportementaux	Présenter les objectifs globaux du traitement. Introduire les concepts de fonctions du comportement, d'antécédents et de conséquences de celui-ci.
2	Stratégie de prévention	Discuter des antécédents aux comportements problèmes et développer des stratégies de prévention.
3	Emploi du temps journalier	Développer un emploi du temps quotidien et identifier les moments d'intervention (y compris l'usage d'agendas visuels) pour diminuer les comportements-problèmes.
4	Renforcement 1	Introduire le concept de renforçateurs – pour promouvoir la coopération, conforter les comportements désirés et enseigner de nouveaux comportements.
5	Renforcement 2	Présenter « Surprenez votre enfant en train de faire bien ». Enseigner les habiletés sociales et de jeu par le biais de jeux dirigés par les enfants.
6	Ignorance planifiée	Explorer l'usage systématique de l'extinction (via l'ignorance planifiée) pour réduire les problèmes de comportement.
7	Entraînement à la coopération	Instaurer des demandes parentales efficaces et l'usage de la coopération guidée pour augmenter le consentement et gérer les comportements non conformes.
8	Entraînement à la communication fonctionnelle	Grâce au renforcement systématique, enseigner des compétences de communication alternatives pour remplacer les comportements problématiques.
9	Enseigner des compétences 1	Utiliser l'analyse de tâche et le chaînage, fournir les outils pour remplacer les comportements problèmes par d'autres plus appropriés et aider à découvrir comment promouvoir de nouvelles compétences en matière d'adaptation, de confrontation et de loisirs.
10	Enseigner des compétences 2	Expliquer différentes procédures d'incitation à utiliser en même temps que vous enseignez des habiletés.
11	Généralisation et Maintien	Générer des stratégies pour consolider les changements positifs de comportement et généraliser les compétences nouvellement acquises.

Sessions		Habiletés/activités
	Visite à domicile ¹	Observer l'enfant dans son environnement naturel. Découvrir l'aménagement du domicile de l'enfant. Organiser la mise en pratique des stratégies.
	Relance téléphonique (Effet <i>Booster</i>)	Revoir ensemble la mise en œuvre des stratégies d'intervention. Développer des interventions pour toute nouvelle inquiétude concernant un comportement émergeant récemment.

Sessions supplémentaires		Compétences/activités
1	Les systèmes à économie de jetons	Cette session procure aux parents une information sur l'usage correct de l'économie de jetons, de bons points, et met le doigt sur des systèmes qui promeuvent un comportement positif à la maison et dans la communauté.
2	Problèmes d'alimentation	Cette session aide les parents à aborder une gamme de problèmes liés à l'alimentation (nourriture) que l'on rencontre généralement chez les enfants avec un TSA, tels que la sélectivité alimentaire, les problèmes du temps de repas, d'hyperphagie.
3	Compétences d'imitation	Cette session enseigne aux parents les capacités fondamentales pour aider leur enfant à apprendre à imiter autrui.
4	Problèmes de sommeil	Cette session vise à fournir des informations utiles sur la manière d'aborder les problèmes de coucher et de sommeil souvent observés chez les enfants avec un TSA, tels que des difficultés dans la routine de mise au lit, d'une phase d'endormissement prolongée, de réveils nocturnes, des problèmes associés au sommeil, et l'enfant qui se glisse dans le lit des parents.
5	Mise à l'écart (<i>time out</i>)	Cette session délivre les informations nécessaires sur la bonne utilisation et la mise à l'écart (<i>time out</i>), sur la manière de résoudre un problème s'il se pose, et de développer et mettre en œuvre un plan de « mise à l'écart » à la maison.
6	Entraînement à l'hygiène	Cette session aide les parents à se pencher sur toute une gamme de questionnements possibles relatifs à l'hygiène, tels que les rituels de couche, le refus d'utiliser les toilettes, des problèmes d'usage des toilettes la nuit.
7	Gestion des crises	Cette session fournit une opportunité de résoudre le problème de la gestion des comportements dangereux de l'enfant, des crises en famille, et les questions éducatives urgentes.

1. Des visites à domicile sont possibles en début ou en fin de traitement, c'est à la discrétion du clinicien (NdA).

Introduction au Plan de Soutien Comportemental

Le Plan de Soutien Comportemental (PSC) est un document d'organisation et un document à vivre. C'est l'endroit où suivre les progrès dans le programme d'entraînement parental (EP). Le clinicien et les parents le passent en revue et le révisent en temps réel à chaque session. L'objectif de celui-ci est de saisir ce qu'ensemble ils veulent accomplir, et comment ils vont s'y prendre pour le faire. Puisque le PSC se construit au cours du temps, le document final fournit une riche description des objectifs et des interventions spécifiques à l'enfant. Ce plan commence par une description des comportements problèmes cibles que les parents ont décrits à leur entrée. Au cours du temps, il met en exergue les diverses stratégies d'interventions qui ont été élaborées et mises en œuvre pour chaque enfant. Le PSC englobe les aspects suivants :

- **Comportements cibles et évaluation fonctionnelle :** Les premières entrées dans le PSC sont les problèmes comportementaux qui font l'objet du traitement, les situations ou les événements antérieurs associés auxdits comportements problématiques, et la fonction hypothétique de ces derniers. Les procédures de collecte de données sur les comportements cibles sont également documentées. Les éléments de ce PSC initial se fondent sur toutes les informations disponibles, y compris les entretiens avec les parents, les interactions entre les parents et l'observation de l'enfant, les mesures parentales standardisées et la discussion au cours de la première session d'EP. Ce PSC est ensuite mis à jour autant que nécessaire lors des sessions suivantes.
- **Renforceurs :** On peut inclure dans le PSC les items et les activités préférés de l'enfant. Il convient de lister également les stratégies de renforcement qui lui sont spécifiques, identifiées et révisées au cours du programme EP.
- **Stratégies de prévention :** L'usage d'emplois du temps visuels et autres stratégies réussies de gestion des antécédents vient s'ajouter au PSC.
- **Stratégies d'enseignement :** Le PSC rassemble aussi les stratégies d'enseignement spécifiques à l'enfant. Ces stratégies personnalisées pourraient inclure les approches utilisées pour faciliter la communication fonctionnelle et les compétences dans la vie quotidienne. Y figurent les analyses de tâche, les incitations spécifiques que le parent met en œuvre, aussi bien que toute autre procédure d'enseignement spécifique à l'enfant et leurs révisions.

Un programme complet d'accompagnement des parents pour répondre aux comportements perturbateurs des enfants TSA ou présentant des troubles du comportement.

Structuré autour d'objectifs, d'une méthode d'analyse appliquée du comportement et de scripts détaillés, le programme RUBI aide les parents à donner une réponse adaptée aux comportements perturbateurs des enfants TSA ou des enfants présentant des troubles du comportement.

Ce livre contient :

- le manuel du clinicien, avec 11 sessions de base ;
- de nombreux outils pratiques (fiches de contrôle, formulaires d'observation et d'évolution, plan de soutien comportemental) ;
- un manuel d'exercice pour les parents (en complément numérique) ;
- des sessions supplémentaires portant sur des comportements spécifiques (en complément numérique) ;
- des vidéos à partir desquelles travailler les habiletés enseignées.

Les auteurs

Karen BEARSS, PhD, est professeur assistante en psychiatrie et sciences du comportement (Université de Washington) et dirige la clinique RUBI du Centre de l'autisme de l'enfant (Seattle Children's Autism Center).

Eric BUTTER, PhD, est pédopsychologue, professeur associé de pédiatrie et psychologie (Université de l'État de l'Ohio), chef de psychologie à l'Hôpital des enfants dans tout le pays (Columbus, Ohio).

Benjamin L. HANDEN, PhD, est professeur de psychiatrie et de pédiatrie (Université de l'École de médecine de Pittsburgh) et directeur des Services cliniques et recherches au Centre de l'autisme et des troubles neurodéveloppementaux (Clinique et institut psychiatriques de l'Ouest).

Cynthia R. JOHNSON, PhD, est directrice du Centre clinique de Cleveland pour l'autisme et de la faculté du collège Lerner de médecine (Case Western Reserve University).

Luc LECAVALIER, PhD, est un psychologue clinicien et professeur de psychologie et psychiatrie (Université d'État de l'Ohio).

Lawrence SCAHILL, MSN, PhD, est professeur de pédiatrie de l'École universitaire Emory de Médecine et directeur des essais cliniques au centre Marcus de l'autisme (Atlanta).

Tristan SMITH, PhD, est psychologue, analyste du comportement certifié par le conseil d'administration et professeur de recherche sur le développement et le comportement pédiatrique au Centre médical de l'Université de Rochester.

Jérôme A. LAPASSET est psychomotricien D.E., titulaire d'un DEA « Sciences du mouvement humain » et travaille au sein du CEDA du département SUNRISE (pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) du Centre hospitalier du Vinatier à Bron.

Marie-Maude GEOFFRAY est psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, docteur en santé publique, recherche clinique, innovation thérapeutique et diagnostique, responsable du département SUNRISE (pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) du Centre hospitalier du Vinatier à Bron.

ISBN 978-2-8073-5119-6



deboeck
SUPÉRIEUR B

www.deboecksuperieur.com

Publics

- Psychomotriciens
- Psychologues
- Éducateurs
- Infirmiers
- Travailleurs sociaux