

Quelques remarques à propos de la revue commentée par Victoria Shea des articles consacrés à la méthode ABA de Lovaas

Graciela C. Crespin
Psychanalyste, Paris

Il y a quelques mois, j'ai eu le plaisir d'être autorisée par Victoria Shea à publier en France la traduction que j'avais faite de son article « A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism » paru en 2004 chez Sage Publications¹, aux Etats-Unis.

Lorsque j'ai eu connaissance de cet article, il m'a semblé important de le porter à la connaissance des professionnels et des familles concernés par la question de l'autisme en France.

En effet, cet article, d'une grande rigueur, traite avec objectivité d'un sujet difficile et de grande actualité : il passe en revue les publications américaines sur lesquelles s'appuient les résultats dont se prévaut la méthode ABA appliquée aux jeunes enfants avec autisme.

Nous connaissons tous l'ardeur des débats dont font encore aujourd'hui l'objet les différentes approches des troubles envahissants du développement. L'idée même que ces troubles puissent relever du soin est aujourd'hui sérieusement remise en question, en particulier par les tenants de la méthode ABA, pour lesquels seules les méthodes éducatives obtiendraient des résultats.

Notre position est certes plus nuancée, et si bien nous faisons une place à la pédagogie dans l'approche de ces troubles, nous restons convaincus que l'enfant avec autisme peut aussi tirer bénéfice d'une approche thérapeutique subjectivante, issue du courant psychodynamique.

C'est la raison pour laquelle j'ai considéré important de porter à la connaissance du public français cet article pourtant déjà un peu ancien, (2004), parce que précisément il jette un regard objectif dans la manière dont les équipes de Lovaas à l'Université de Californie à Los Angeles, où s'est développé le premier programme de la méthode ABA, ont traité et publié leurs résultats.

Je laisse le soin au public intéressé de découvrir plus loin l'article complet et me limiterai ici à quelques remarques que le travail nécessité par sa traduction m'a inspirées.

La position de V. Shea n'est pas de discuter la pertinence ou la qualité de la méthode ABA appliquée aux jeunes enfants avec autisme. La visée de son article est simplement celle d'analyser le bien fondé des résultats affichés par les tenants de cette méthode en faisant une analyse rigoureuse et approfondie des articles qu'ils ont – ou non - publiés au fil des années.

A l'issue de cette minutieuse revue, V. Shea conclut : *De nombreux aspects de la littérature consacrée à l'ABA (Applied Behaviour Analysis ; EIBI : Early Intensive Behavior Intervention) ont été mal interprétés par les partisans de cette méthode, ainsi que par la communauté scientifique, psychologique et éducative. Un examen attentif des études les plus fréquemment citées par les tenants de l'ABA suggère que le chiffre de 47% de réussite*

¹ Article original paru sous le titre "A perspective on the research literature related to early intensive behavioral intervention (Lovaas) for young children with autism" - Autism©2004 SAGE publications and the National Autistic Society Vol. 8(4) 349-367 ; 047223 – 1362-3613 (200412)8 : 4.

(comprise comme un retour au développement normal) des enfants traités par ABA est contestable².

Une première remarque s'impose : la taille de l'échantillon expérimental

Avant de m'attarder sur d'autres aspects que je voudrais dégager de l'analyse de V. Shea, je souhaite souligner que le chiffre sans cesse avancé de 47% des enfants qui ont « *atteint un développement intellectuel normal et un fonctionnement éducatif normal, avec un QI normal et une fréquentation normale des écoles primaires publiques* »³ -c'est-à-dire un critère clinique de **guérison des troubles** grâce à l'application de la méthode ABA, correspond à 47% de 19 enfants !

C'est-à-dire que ces résultats annoncés et sans cesse revendiqués portent sur l'évolution favorable de 9 enfants parmi 19.

Nombreux sont les praticiens qui, au bout d'un certain nombre d'années, peuvent se prévaloir d'avoir traité au moins 19 enfants. Dont un certain nombre ont connu une évolution favorable, sans que l'on n'ait jamais prétendu mener un enfant jusqu'à la **guérison des troubles**.

Notre visée est en général plus modeste, se limitant à constater, dans les évolutions favorables, une organisation subjective plus aménageable, une socialisation accrue, des compétences cognitives permettant un minimum d'autonomie dans la vie sociale.

Et nos témoignages cliniques – pas comptabilisés, mais pris en compte - ont toujours été nombreux sur les évolutions des enfants traités, qu'elles soient d'ailleurs favorables ou pas.

L'analyse de Victoria Shea

V. Shea analyse et discute minutieusement la taille de l'échantillon expérimental, sa représentativité, les comparaisons avec des sujets-témoins, les outils de mesure, les critères de « réussite » retenus ainsi que les termes employés pour les décrire (en particulier le terme de « guérison »), à la lumière des critères de validité de la méthodologie expérimentale en recherche scientifique.

Elle conclut qu'il y a de nombreux aspects de la méthodologie de Lovaas et ses collaborateurs qui laissent à désirer sur le plan de la rigueur scientifique.

Cependant, et au-delà de la rigueur avec laquelle se détermine la validité d'une méthodologie d'évaluation des résultats d'un traitement, il me semble, en tant que clinicienne, qu'un constat s'impose : à traitement égal, toutes les problématiques (des enfants traités) ne se valent pas, et la qualité des investissements humains (que ce soit les thérapeutes ou les parents !) ne se valent pas non plus.

Aussi, je ne retiendrai que deux aspects des remarques méthodologiques de V. Shea, parce qu'ils m'ont paru particulièrement importants au vu de la teneur des débats actuels concernant l'efficacité des différentes approches : d'une part, les résultats d'études **non publiés**, et d'autre part, l'objection méthodologique concernant la non-prise en compte de la **variable humaine** dans les résultats.

Les résultats non publiés

² Cf. « Résumé » de présentation de son article, p. 637.

³ Voir p. 640.

V. Shea répertorie un certain nombre d'études dont les résultats n'ont pas été intégrés dans les résultats publiés sur la méthode. Ces études portent pour la plupart sur des enfants présentant un tableau clinique avec d'autres composants - retard mental, syndrome de Rett, ou encore souffrant d'un trouble envahissant du développement non-spécifié (PDD-NOS).

Ainsi par exemple, l'étude de Smith et coll.(1997) qui décrit l'évolution de 11 enfants qui présentaient un PDD avec retard mental sévère, suivis selon la méthode de l'UCLA, « *mais qui avaient été exclus de l'échantillon de l'étude princeps de 1987 à cause de leur QI initial inférieur à 35* »⁴. Malgré l'intervention intensive d'ABA - 30 heures par semaine pendant deux ans environ -, le QI à l'issue du traitement reste très faible, et leurs scores à la Vineland⁵, lorsqu'ils sont disponibles, montrent que pour la majorité d'entre eux, (4 sur 6), ils restent stables voire se détériorent, ne montrant de l'amélioration que pour un seul des 11 enfants du groupe.

Une autre étude de la même équipe décrit trois enfants présentant un syndrome de Rett, dont l'état se serait tellement dégradé qu'ils ne seraient même « plus testables » à l'issue du traitement, amenant les auteurs à conclure « *le traitement comportemental ne semble pas indiqué dans le cas de syndrome de Rett* » (Smith et coll.,1995, p. 321 – cité par V.Shea)⁶.

Concernant enfin les enfants atteints de troubles envahissants du développement non-spécifiés (PDD-NOS), leurs résultats n'atteignent pas les standards requis par les statistiques de la méthode : un seul enfant qui évolue vers la « guérison », et les scores à la Vineland se sont détériorés entre le début et la fin du traitement. Il faut ajouter ici que les temps de traitement proposés étaient inférieurs à ceux appliqués habituellement aux enfants de l'échantillon de l'étude « princeps » de Lovaas de 1987⁷, ce qui ne va pas sans poser quelques questions d'éthique.

A la vue d'une telle manière de procéder, il va sans dire que la première idée qui nous vient à l'esprit en lisant ces lignes, c'est que pour le moins, de telles pratiques nous rappellent les statistiques affichées de 98% de réussite au Bac des lycées élitistes parisiens, sur une population à haute performance triée sur le volet !

Loin de leurs laboratoires universitaires, quand on calcule les statistiques de succès ou d'échec de nos approches thérapeutiques pluridisciplinaires dans nos hôpitaux de jour et autres CMP en France, il ne nous est pas donné le loisir d'exclure les enfants dont les troubles autistiques se trouveraient complexifiés par quelque autre composante indésirable pour la bonne tenue de nos taux de réussite !

Il est sans doute souhaitable, et je pense que petit à petit nos équipes s'y mettent, d'évaluer avec un peu plus de fréquence et d'objectivité nos interventions thérapeutiques pluridisciplinaires, pour mieux les adapter à l'évolution de chaque enfant. Cependant, il n'est pas possible de continuer de raisonner en termes de « méthode qui réussit » et de « méthode qu'il faudrait mettre au rebut » pour cause d'inopérance. Un peu plus de recul et de prise en compte de la complexité de la situation thérapeutique seraient les bienvenus dans ce débat.

Le facteur humain dans le devenir d'un traitement

⁴ Shea, V., voir p 648.

⁵ Echelle mesurant les comportements adaptés

⁶ Shea, V. voir p 648.

⁷ 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.

Parmi les critiques et controverses relevées par V. Shea sur la validité de la méthode expérimentale utilisée par Lovaas et coll., il y en a une deuxième sur laquelle je voudrais m'attarder, parce qu'elle me semble aussi au cœur de la question qui nous occupe.

Il s'agit de « *la non prise en compte des facteurs humains (parents, thérapeutes) qui peuvent avoir influencé les résultats de manière significative* » ; et « *la prise en compte sans recul critique des appréciations des parents (Vineland, QI), qui peuvent avoir été influencés par l'implication des parents dans le traitement* »⁸.

En effet, les évaluations des traitements et leurs résultats tiennent compte de variables « objectives », telles que l'âge de l'enfant, son étiquette diagnostique, la durée, l'intensité et les modalités du traitement⁹, l'écart aux mesures standardisées de compétences intellectuelles (QI) et comportementales (Vineland) en début et en fin de traitement.

Le seul aspect où l'on pourrait considérer que Lovaas tient compte de la « qualité » des thérapeutes, c'est lorsqu'il s'inquiète de ce que sa méthode soit appliquée au pied de la lettre selon son manuel d'application du traitement, et par des thérapeutes formés dans les centres agréés qu'il contrôle et garantit personnellement. Il va jusqu'à désavouer, même lorsque des bonnes évolutions sont obtenues, des thérapeutes qui n'auraient pas été formés selon les règles définies et contrôlées par lui.

Nous ne pouvons pas nous empêcher de songer ici à la difficile question du transfert, qu'elle soit considérée du point de vue de l'enfant ou de celui des parents, dont on dit classiquement que sans « transfert positif » sur le thérapeute de l'enfant, le déroulement même du travail est menacé.

Par ailleurs, nous songeons aussi à la difficile question de la capacité de chaque famille à porter les difficultés de l'enfant, et à ses éventuelles qualités mais aussi à ses défaillances, et à tout le travail nécessaire, en parallèle du traitement de l'enfant, pour l'accompagner et la soutenir.

Bref, la difficile question du **chiffrage de la qualité de l'investissement humain**, que ce soit au niveau des thérapeutes ou des parents, dont chacun connaît pourtant la valeur déterminante dans le devenir d'un traitement.

Si l'on voulait inclure le « facteur humain » dans l'évaluation des traitements, qui nous inventera l'échelle à évaluer les « bons » thérapeutes, et les « incompetents » ? Sans parler de l'échelle à mesurer les « bonnes » - et les « mauvaises » - familles ...

Devant un tel programme, qui nous ramènerait des décennies en arrière, nous avons envie de suggérer un peu plus de mesure dans les critères retenus pour évaluer la valeur d'une approche, et un peu plus d'honnêteté scientifique et intellectuelle de la part des tenants des diverses méthodes.

Il nous semble certain qu'un enfant, et sa famille, bénéficieront tout d'abord, de l'accueil et de la qualité de l'investissement des thérapeutes, au delà de leur savoir-faire et des méthodes dont ils se réclament.

⁸ Shea, V., voir p 658.

⁹ Y compris les « réponses aversives » (crier ou fesser l'enfant) de la première version, qui ne furent pas maintenues sous la pression des critiques.