

Quelques remarques à propos de la revue critique par Virginie Cruveiller de la littérature récente sur l'EIBI¹ auprès des enfants avec autisme

Graciela C. Crespin
Psychanalyste
Vice-Présidente de PREAUT

Dans la lignée de mon travail sur Victoria Shea, publié dans « Psychiatrie de l'Enfant » en 2009², il m'a semblé important, dans le cadre de cette année de l'autisme « cause nationale » de 2012, de refaire le point de la littérature récente sur l'application des méthodes comportementales intensives et précoces, dont les données publiées sont moins consensuelles qu'on pourrait le croire.

C'est le Dr V. Cruveiller qui a bien voulu s'en charger, qu'elle en soit ici remerciée. Avant de laisser le soin au lecteur de découvrir l'analyse détaillée et minutieuse qu'elle présente des publications scientifiques entre 2009 et 2012, je voudrais seulement revenir sur quelques points qui me semblent mériter que l'on s'y arrête.

L'examen attentif des principales études en faveur d'une efficacité significative de l'EIBI dégage un certain nombre d'aspects méthodologiques qui ne semblent pas présenter la solidité requise pour asseoir la scientificité revendiquée par les tenants de cette méthode.

EIBI versus « soins standard »

Un des premiers aspects intéressants tient à l'architecture même de ces études : les résultats de la méthode comportementale sont comparés à ceux d'un groupe témoin d'enfants qui reçoivent des « soins standard ».

Au-delà du fait qu'une méta-analyse³ portant sur 13 études randomisées de mars 2009 conclut que, comparée au « soin standard », *l'ABA n'améliore pas significativement les résultats cognitifs des enfants du groupe expérimental* (cf infra, V.Cruveiller 2.1), aucune étude ne compare les résultats de l'EIBI avec un autre programme thérapeutique suffisamment reconnu. Or, les dit « soins standard », ne sont pas suffisamment définis ni mesurés, et présentent la particularité d'être extrêmement variables, non seulement d'une institution à l'autre mais surtout d'un pays à l'autre.

¹ EIBI : Early Intensive Behavioral Intervention, mieux connue en France sous le nom d'ABA (Applied Behavior Analysis)

² Trad. française par G. C. Crespin in *Psychiatrie de l'Enfant*, LI, 1, 2009, p. 273-299, PUF, Paris de l'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

³ M. Sperckley et al., 2009

Ainsi, une étude multicentrique, menée en 2010⁴ sur 208 enfants suivis dans des centres pédopsychiatriques en France, en Suisse et au Luxembourg, suivis par des « soins standard » constitués principalement par des approches institutionnelles psychothérapiques intégratives et pluridisciplinaires, en usage dans nos pays, met en lumière que le profil d'évolution des enfants est stable. C'est-à-dire que, bien que la plupart des enfants progressent, les facteurs pronostiques quant à leur évolution semblent davantage liés aux caractéristiques de l'enfant à l'inclusion (niveau de langage, cognition sociale et aptitudes de communication) plutôt qu'au type d'intervention ou à son intensivité.

Intensivité versus prises en charge ciblées ?

Un autre aspect intéressant qui se dégage de cette analyse, est le fait que plusieurs études⁵ ne retrouvent pas de **corrélation significative entre intensité et efficacité** de l'intervention. Au-delà du fait que ceci bouscule un des arguments les plus répandus actuellement, le fait que l'efficacité soit davantage corrélée à la spécificité qu'à l'intensité semble plaider pour des prises en charge plus ciblées, adaptées à la situation et au profil de chaque enfant, ce qui s'approche davantage des pratiques qui nous sont familières.

Une grande variabilité interindividuelle à l'intérieur des groupes expérimentaux

Les variations interindividuelles restent considérables dans les groupes expérimentaux : certains enfants ne progressent pas du tout, d'autres font des progrès considérables.

Ce constat, qui par ailleurs nous est familier, semble traduire le fait que les facteurs retenus dans ces études pour mesurer l'évolution des enfants, à savoir le QI et le comportement adaptatif, ne recouvrent pas suffisamment le champ des TSA. En particulier, des facteurs tels que l'entrée dans le langage, et les compétences sociales et communicationnelles sont particulièrement négligés.

Ceci devrait encourager nos équipes à s'engager dans des études rigoureuses sur le plan méthodologique, non seulement plus attentives au profil de chaque enfant, mais qui tiennent davantage compte de ces facteurs qualitatifs, dont on ignore aujourd'hui l'impact.

16% à 23% d'amélioration comportementale à l'issue du traitement

Malgré les résultats avancés par les diverses études favorables à l'EIBI, nous sommes loin, en effet, des 47% de « guérisons » - au sens du retour à la norme développementale – annoncées par Lovaas dans son étude princeps de 1987.

16% à 23% d'améliorations – et pas seulement comportementales - sont des chiffres sur lesquels nous pourrions sans doute nous aligner en termes de résultats de nos approches psychothérapiques pluridisciplinaires et intégratives dans nos institutions ! Ce qui devrait nous encourager à entreprendre quelques études suffisamment rigoureuses pour pouvoir le montrer⁶.

⁴ Darou et al., 2010

⁵ Dont l'étude très favorable à l'EIBI d'Eldevik et al., de 2012

⁶ PREAUT, avec la collaboration de la Croix-Rouge Française, promeut actuellement une recherche-action sur 3 ans (2013-2016) portant sur l'évaluation d'un dispositif de classes expérimentales à pédagogie structurée au sein d'hôpitaux de jour et IMEs en France métropolitaine et d'outre-mer.

Sans davantage nous attarder sur les biais méthodologiques déjà connus – taille des échantillons expérimentaux, manque ou disparité des groupes témoins, protocoles insuffisamment détaillés - et sur l'évidence que les études avec des résultats peu satisfaisants ne sont probablement pas publiées dans les revues anglophones à *impact factor*, nous rejoignons les conclusions de l'étude de Reichow⁷, qui souligne qu'**aucun** traitement – pas plus l'EIBI qu'**aucun autre** - n'a été efficace pour **tous** les enfants souffrant de TSA, et qu'il conviendrait de s'intéresser de plus près aux enfants qui font « le plus de progrès », afin qu'ils nous enseignent les caractéristiques qu'il faudrait éventuellement privilégier.

Comme l'indique V. Cruveiller au terme de sa revue 2009 -2012, les réserves émises par Victoria Shea dès 2004 sont toujours d'actualité, à savoir que les conditions « de preuve suffisante » requises par les recommandations de l'HAS pour l'indication d'une prise en charge comportementale intensive et précoce pour tous les enfants autistes **ne sont toujours pas réunies**.

⁷ Reichow, 2012 ; Reichow et Wolery, 2009