

# L'AUTISME, MÉTHODE TEACCH ET MÉTHODE LOVAAS : ESSAI DE SYNTHÈSE

S. DALLA PIAZZA (1), D. FADANNI (2)

**RÉSUMÉ :** L'autisme constitue une forme de déficience et de handicap parmi les plus controversées. Les recherches sont nombreuses. Les techniques de soin et de rééducation sont légion. Pourtant, aucune jusqu'à présent n'a réellement apporté une contribution majeure à la compréhension de l'autisme et encore moins à sa "guérison". Parmi ces techniques, deux cependant disposent de caractéristiques d'allure scientifique. La méthode Teacch est connue dans nos pays francophones depuis une bonne décennie. Elle est surtout appliquée dans les écoles d'enseignement spécial. La méthode Lovaas est moins connue. Outre-Atlantique, ces deux techniques s'affrontent ou... s'ignorent. Certains pensent cependant qu'elles peuvent être toutes les deux utiles, voire complémentaires.

**AUTISM, TEACCH AND LOVAAS APPROACHES :  
TOWARDS A SYNTHESIS**

**SUMMARY :** Autism is a deficiency which remains controversial. Many therapies exist but none can really cure. Among different approaches, Lovaas and Teacch's are known in french speaking countries and seem antagonist. Some think they could be complementary. The purpose of this paper is to review this subject and prompt new thought and research.

**KEYWORDS :** *Autism - Lovaas - Teacch*

## BUT DE L'ARTICLE

Il y a autant de formes d'autisme qu'il y a d'autistes. Cet article vise à présenter deux grandes méthodes d'intervention appliquées spécifiquement à l'autisme et issues du courant comportementaliste : la méthode Teacch de Schopler et la méthode Lovaas, cette dernière du nom de son auteur (1, 2). Après avoir mis en évidence les points forts et les points faibles de ces deux types d'intervention, nous tenterons d'en faire une synthèse.

## L'AUTISME : DÉFINITION ET HISTORIQUE

Le mot autisme (du grec *autos* : soi-même) a été utilisé d'abord par Bleuler au début du 20<sup>ème</sup> siècle alors qu'il décrivait la schizophrénie. Mais, les premières observations des troubles autistiques chez l'enfant remontent à 1943 et ont été réalisées parallèlement à Baltimore par Léo Kanner (3) et à Vienne par Hans Asperger (4). Les deux auteurs évoquent une perturbation du contact et mettent en évidence les particularités de la communication et les difficultés d'adaptation sociale de ces enfants. Ils soulignent également les stéréotypies motrices et un fonctionnement intellectuel caractérisé, à la fois, par des lacunes et des aptitudes isolées.

Pour Kanner, les deux caractéristiques essentielles sont l'isolement autistique, visible à travers les comportements, et le désir obsessionnel d'immuabilité. Cet auteur a d'abord avancé l'idée d'une pathologie innée, constitutionnelle, biologique, puis, d'une origine psychogène, liée à une carence relationnelle, affective, mettant en

cause l'environnement. Finalement, il reviendra à sa première hypothèse. Asperger, quant à lui, a toujours pensé à une transmission génétique du handicap.

Dans les années 50 et 60, les tenants de l'autisme psychogène (courant psychanalytique essentiellement) en ont fait une pathologie en principe réversible. L'objectif était de pénétrer le sens des comportements. La psychothérapie devait rétablir une relation harmonieuse de l'enfant avec ses parents et avec l'environnement social, via le thérapeute. Pour eux, l'autisme avait une cause unique et évidente; une carence dans les relations précoces notamment avec la mère.

Plusieurs troubles sont associés aux symptômes dominants. Il s'agit notamment d'une déficience intellectuelle, de troubles du langage, de réactions anormales aux stimuli sensoriels, de gestes bizarres, de troubles du sommeil, de l'alimentation, de l'humeur, de l'attention et du comportement général. Différentes formes existent en fonction de la gravité des symptômes et de l'âge de la personne. La littérature actuelle insiste sur l'importance d'un diagnostic précoce afin d'intervenir le plus tôt possible. Cependant, poser un diagnostic précis n'est pas aisé en raison du jeune âge des patients, de l'hétérogénéité des manifestations et du manque d'outils. Le praticien doit donc essentiellement se baser sur des descriptions et des observations de comportements et de leur évolution. Le diagnostic requiert l'intervention d'une équipe multidisciplinaire et spécialisée.

On utilise le terme de "troubles du spectre autistique", pour marquer la diversité et le regroupement de plusieurs troubles de nature bien différente. L'incidence est d'environ 4-5 pour 10.000 naissances et est de trois à quatre fois plus élevée chez les garçons que chez les filles.

Le DSM-IV (5) classe le "trouble autistique" parmi les troubles envahissants du développement. Pour un diagnostic, il faudrait retrouver au moins 6 signes parmi les 12 suivants dont au moins 2 de A, 1 de B et 1 de C (abrégé).

(1) Docteur en Psychologie, Maître de Stages, Université de Liège.

(2) Licenciée en Psychologie, Hôpital Neurologique de Fraiture.

*A. Altération de la qualité des interactions sociales*

A1. Altération marquée dans l'utilisation de comportements non verbaux multiples (contact oculaire, mimiques, postures, gestes).

A2. Incapacité à établir des relations selon le niveau de développement.

A3 Ne pas chercher à partager ses plaisirs, ses intérêts ou réussites (montrer, désigner ...).

A4. Manquer de réciprocité sociale ou émotionnelle.

*B. Altération qualitative de la communication verbale*

B1. Retard ou absence totale de développement du langage parlé.

B2. Même s'il y a langage, incapacité à engager ou soutenir une conversation.

B3. Usage stéréotypé et répétitif du langage.

B4. Absence du jeu de "faire semblant" varié et spontané ou du jeu d'imitation sociale.

*C. Caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités*

C1. Préoccupation circonscrite d'un ou plusieurs centres d'intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation.

C2. Adhésion inflexible à des habitudes ou des rituels.

C3. Maniérismes moteurs, stéréotypés et répétitifs (faire l'oiseau...).

C4. Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets.

*D. Début avant l'âge de 3 ans dans au moins les secteurs d'interaction sociale, de langage et les jeux symboliques ou d'imagination.**E. Exclusion d'un syndrome de Rett ou d'un trouble désintégratif de l'enfance.*

Le syndrome d'Asperger est fort similaire, mais les problèmes de langage sont nettement moins importants et, d'une façon générale, l'intelligence est conservée.

**TECHNIQUES DE TRAITEMENT**

Il en existe une multitude. Pour mémoire, citons les interventions basées sur le modèle psychodynamique (6), les thérapies d'échange et de développement (7), les thérapies d'intégration sensorielle, les thérapies pharmacologiques ... (8). Le mot thérapie est ici mal utilisé car aucune de ces méthodes ou techniques n'a un pouvoir de guérison.

En 1953, Fenichel introduisit un programme éducatif spécial adressé aux enfants autistes ou présentant un autre trouble sévère (9). Ce

programme était basé sur la discipline et la structuration, mis au point après l'évaluation des forces et faiblesses de l'enfant. Les tâches étaient individualisées et adaptées de façon à rencontrer les compétences de l'élève. Le projet TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) fait partie de ce groupe de programmes psychoéducatifs (10, 11).

La plupart des interventions comportementales appliquent les principes de l'apprentissage "opérant" pour comprendre et modifier le comportement (12). Ce type d'intervention remplit deux objectifs principaux: faire acquérir à la personne des comportements jugés socialement acceptables et faire disparaître ceux qui sont jugés inacceptables. De nombreuses interventions sont basées sur les méthodes comportementales, notamment la méthode Lovaas, décrite plus loin. Ces deux méthodes et techniques constituent, surtout aux Etats-Unis, les deux approches les plus répandues, mais aussi les plus étayées sur le plan scientifique et méthodologique.

**PRÉSENTATION, PRINCIPES DE BASE ET TECHNIQUES D'INTERVENTION DES DEUX MÉTHODES***A. Méthode Lovaas*

Dès le début des années soixante, Lovaas évalue, au Département de Psychologie de l'université de Los Angeles, le traitement d'enfants ayant un trouble envahissant du développement et, en particulier, un trouble autistique. D'abord, il observe qu'un enfant atteint apprend à lire quand on lui donne des renforçateurs alimentaires, plutôt que sociaux. Pour tenter de réduire la fréquence des comportements autodestructeurs, il applique alors une technique qui découle des travaux de Skinner (13) : ignorer ce type de comportements. Lovaas identifie cependant deux faiblesses au traitement : d'une part, les enfants présentent toujours un retard à l'issue du traitement et d'autre part, les acquis ne se maintiennent pas si celui-ci est interrompu (14-17).

En 1970, un deuxième projet est alors entrepris par le même groupe. Plusieurs critères sont appliqués; on choisit des *sujets plus jeunes* (âgés de deux à quatre ans) et le traitement est intensif. La thérapie a lieu à domicile. Tous les *parents* suivent un entraînement afin de faire partie intégrante de l'équipe thérapeutique.

La méthode Lovaas est une forme de traitement aux multiples aspects. Les principes essentiels de cette approche sont :

- Un traitement intensif (quarante heures par semaine de soins en face à face pendant au moins deux ans);
- Plusieurs agents thérapeutiques (parents, étudiants...);
- Une application qui continue après la phase intensive;
- Une intervention dans différents milieux (domicile, école, hôpital...);
- Une complexification progressive des tâches;
- Une hiérarchisation des objectifs;
- Des priorités accordées aux réussites;
- La réduction le plus possible des échecs.

### B. Méthode TEACCH

La méthode TEACCH (18-20) a un fondement avant tout éducationnel. Les premières expériences concernant l'éducation des enfants présentant de graves perturbations comportementales datent de 1953, lorsque Fénichel met en place un programme d'éducation spécialisée. Ce programme, nous l'avons dit plus haut, était basé sur la discipline et la structure. Les tâches sont présentées individuellement et adaptées aux besoins de l'enfant. On prépare également les enfants à la vie en groupe. En 1966, un programme de traitement pour les enfants autistes est établi à l'université de Caroline du Nord par Schopler et Rechler. Ce programme est centré sur le traitement et l'éducation des enfants autistes ou présentant des problèmes apparents de communication. On lui donna le nom de Division TEACCH. La philosophie qui guide le modèle TEACCH concerne les parents. Ils ne doivent pas être considérés comme la cause du trouble de leur enfant mais, au contraire, comme partie intégrante de l'équipe de traitement. Cette collaboration entre parents et professionnels a toujours été jugée essentielle à la réussite et à la généralisation du traitement (21, 22).

La méthode TEACCH s'appuie sur :

- L'élaboration d'un programme éducatif individualisé.
- Un encadrement adéquat avec un personnel spécifiquement formé.

- La mise en place dans l'école de structures claires au plan spatial et temporel.
- Un système de communication alternatif, surtout visuel.
- Le développement de la socialisation et de l'autonomie.
- La collaboration avec les parents et le milieu extrascolaire.
- Une évaluation et un réajustement réguliers suivant l'évolution de l'enfant.

Les techniques mises en place pour favoriser les apprentissages sont basées sur une organisation et une structuration de l'espace et du temps. Les activités sont bien préparées et directement accessibles. L'objectif est que l'élève apprenne à travailler seul. Le programme éducatif tient compte du milieu scolaire, des priorités familiales, des émergences et des activités investies par l'enfant. Bref, il s'adapte à la réalité de chaque enfant.

Le tableau I rappelle les principes généraux comparatifs entre les deux méthodes. Beaucoup d'entre eux sont similaires.

### TENTATIVE D'ÉVALUATION

Les deux méthodes ont montré des résultats encourageants dans le traitement de l'autisme.

Les résultats spectaculaires décrits par Lovaas sont cependant remis en question par une série de chercheurs. Les critiques portent essentiellement sur les mesures utilisées pour évaluer l'efficacité du traitement, sur la validité du diagnostic des sujets du groupe expérimental, ainsi que sur l'assignation non aléatoire des sujets dans les groupes. Une reproduction de ces études semble nécessaire à l'heure actuelle. On peut néanmoins affirmer que, malgré ces limites, la méthode améliore le fonctionnement de certains enfants présentant un trouble grave du développement.

Loin des querelles d'écoles, nous voudrions montrer que les aspects positifs de chacune des deux méthodes sont combinables dans le but de mettre au point un programme d'intervention efficace.

TABLEAU I. PRINCIPES GÉNÉRAUX. COMPARAISON ENTRE LES DEUX MÉTHODES.

	Méthode Lovaas	Méthode TEACCH
Intensité	40 heures par semaine, un minimum de 24 heures.	Non déterminé
Durée	Plus de 2 ans.	Durant la scolarité.
Principes	Plusieurs thérapeutes, pas nécessairement spécialisés. Intervention dans les différents milieux de vie. Réduction des échecs  Accent sur le développement de la socialisation et de l'autonomie Implication des parents Adapter l'enfant à l'environnement	Personnel spécifiquement formé Surtout dans le cadre scolaire Mise en avant des capacités plutôt que des déficits Programme éducatif individualisé. Idem Collaboration des parents Adapter l'environnement à l'enfant

Une première variable est l'implication des parents dans la réalisation et l'application du programme. Cette collaboration permet notamment d'augmenter le temps d'application du programme. Cela demande cependant des aménagements considérables et un investissement important des parents, en temps et en énergie. Étendre le traitement dans les différents milieux de vie constitue un aspect essentiel pour l'efficacité du traitement. La généralisation des apprentissages dans plusieurs contextes sera ainsi favorisée. Troisièmement, le traitement débutera le plus précocement possible, dès l'annonce du diagnostic, si possible. L'intensité du traitement pose question, dans le sens où il peut paraître difficile, dans certains contextes, d'appliquer le programme à raison de quarante heures par semaine. Un cinquième critère d'efficacité est la structuration de l'espace et du temps. L'utilisation de supports visuels constitue un moyen efficace pour faciliter les apprentissages. La hiérarchisation et la décomposition des objectifs semblent nécessaires pour avancer pas à pas et permettre à l'enfant de progresser. Un des points essentiels est également de réaliser un travail individualisé, tant au niveau des objectifs que de leur concrétisation et de l'évaluation des résultats.

## DISCUSSION

Il s'agit de deux méthodes d'intervention, finalement fort voisines, issues toutes deux de l'approche comportementale. Elles ont l'avantage de fournir un cadre rigoureux aux interventions. Il ne s'agit cependant pas d'en faire des techniques "mécanistes" où l'individu est nié au profit de ses comportements. Au contraire, tenir compte des multiples facteurs humains et environnementaux est un gage de succès. Une des difficultés majeures réside dans le choix des parents comme collaborateurs ou intervenants.

Les risques de déception restent grands. L'approche Lovaas paraît avoir concerné des populations d'enfants plutôt favorisés sur le plan social et cognitif. L'approche TEACCH s'est adressée à des populations bien plus larges, retrouvées dans les différents cadres scolaires.

La mise en application d'un programme d'intervention dans ce domaine nécessite une formation spécialisée des intervenants et un entraînement des parents. Les mesures d'efficacité devront tenir compte des limites méthodologiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Maurice C.— *Let me hear your voice : a family's triumph over autism*. Knopf, New York, 1993.
2. Maurice C Ed.— *Behavioral intervention for young children with autism*. Pro-Ed, Austin (Tx), 1996.
3. Kanner L.— Autistic disturbance of affective contact. *Nervous Child*, 1943, 217-250.
4. Asperger H.— Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter. *Arch Psychiatr Nervenkr*, 1944, 117, 76-136.
5. DSM IV.— *Critères diagnostiques de l'American Psychiatric Association*. Masson, Paris, 1996.
6. Bettelheim B.— *La forteresse vide : l'autisme infantile et la naissance de soi*. Gallimard, Paris, 1969.
7. Barthelemy C.— Les thérapeutiques d'échange et de développement : méthodes et implications, in Lelord G, Muh JP, Sauvage D, *Autisme et trouble global du développement de l'enfant : recherche récente et perspective*. Expansion Scientifique Française, Paris, 1989, 203-211.
8. Terelle S.— *Stimulation précoce d'un enfant autiste en famille*. Mémoire de l'Université de Mons, Faculté des Sciences Psycho-pédagogique, Belgique 1997.
9. Fenichel C.— Special education as a basic therapeutic tool in treatment of severely disturbed children. *J Autism Child Schizophr*, 1974, 4, 177-186.
10. Panerai S, Ferrante L, Caputo V.— The TEACCH strategy in mentally retarded children with autism : A multidimensional assessment, a pilot study. *J Autism Dev Disord*, 1997, 27, 345-347.
11. Wall AJ.— Group home in North Carolina for children and adults with autism. *J Autism Dev Disord*, 1990, 20, 353-366.
12. Shapiro T, Hertzog M.— Applied behavioral analysis : Astonishing results ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34, 1255-1256.
13. Skinner BF.— *Science and human behavior*. McMillan, New York, 1953.
14. Boyd RD.— Sex as a possible source of group in equivalence in Lovaas. *J Autism Dev Disord*, 1998, 28, 211-215.
15. Gresham FM, MacMillan DL.— Early intervention project : can its claims be substantiated and its effects replicated ? *J Autism Dev Disord*, 1998, 28, 5-13.
16. Lovaas OI.— The development of a treatment-research project for developmentally disabled and autistic children. *J Appl Behav Anal*, 1993, 26, 617-630.
17. McEachin JJ, Smith T, Lovaas OI.— Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment *Am J Ment Retard*, 1993, 97, 359-372.
18. Schopler E.— Specific and non specific factors in the effectiveness of a treatment system. *Am Psychol*, 1987, 42, 376-383.
19. Schopler E.— Concerns about misinterpretation and uncritical acceptance of exaggerated claims. *Am Psychol*, 1988, 43, 658.
20. Schopler E, Short A, Mesibov G.— Relation of behavioral treatment to normal functioning. *J Consult Clin Psychol*, 1989, 57, 162-164.
21. Mesibov GB.— Treatment outcome is encouraging. *Am J Ment Retard*, 1993, 97, 379-380.
22. Ozonoff S, Cathcart K.— Effectiveness of a home program intervention for young children with autism. *J Autism Dev Disord*, 1998, 28, 25-32.

Les demandes de tirés à part sont à adresser à M. S. Dalla Piazza, 10, Rue Ferrer, 4130 Tilff.