



Commentaires de l'«Avis du conseil supérieur de la santé n°8747. Qualité de vie des jeunes enfants autistes et de leur famille»

L'EFFACEMENT DE LA CLINIQUE COMME MÉTHODE ET DU CLINICIEN COMME SUJET DE LA PRATIQUE

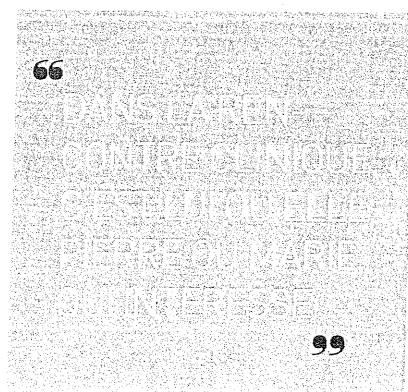
■ Professeur Mauricio García*

Compte tenu du fait que l'intervention de Jean-Claude Maleval relève déjà un nombre très important d'aspects pour susciter une discussion critique du rapport, je ne me livrerai pas à répéter certains points, même s'ils sont essentiels, mais je tenterai de prolonger la lecture du rapport à travers une réflexion sur deux aspects : a) le traitement ambigu qu'il en fait de la clinique en tant que méthode, et b) la confusion/différenciation entre la notion de «bonnes pratiques» et celle de «pratiques basées sur l'évidence» (EBP, en anglais). Les deux aspects me semblent comporter un certain effacement de l'importance du clinicien et de la délibération du praticien dans la prise en charge et le suivi des autistes et de leurs familles.

Le rapport explicite très tôt la méthode qui a été suivie pour son élaboration. Ce qui est dit, est construit à partir de :

- Une révision de la littérature scientifique ;
- L'audition de deux associations de parents (APEPA et VVA) ;
- L'audition des administrations : ONE, COCOF, VAPH, AWIPH ;
- L'audition de deux personnes travaillant au Ministère de l'enseignement ;
- L'audition d'une personne de l'INAMI ;
- Une réunion avec des représentants de structures psycho-socio-thérapeutiques ;
- L'analyse d'une enquête faite par courrier / courriel auprès des services compétents en autisme (Centre pour l'égalité de chances et de lutte contre le racisme plus un délégué aux droits de l'enfant) ;

- Une rencontre avec le Dr. Evrard, président du groupe de pilotage qui a produit le rapport de la Haute Autorité de la Santé en France ;
- La révision d'autres rapports / recommandations de bonnes pratiques ;
- Et finalement, la clinique...



En effet, il est dit que «les membres du groupe ont aussi tiré parti de leur expérience de clinicien tant dans le cadre de leurs activités cliniques au sein des centres de référence en autisme, que de leurs enseignements et recherches dans les universités belges» (p.8). Mais on ne voit à aucun moment argumenter quelque chose à partir de ladite expérience clinique. Tout est référé à la littérature, à l'*Evidence Based Practice*, à des études de résultats, bref, à des recherches à propos de la clinique, mais qui ne sont pas cliniques en elles-mêmes. Ce point de vue, essentiel pour ceux qui travaillent avec les autistes, est évacué par le rapport. A la place, il propose un savoir «expert» (pour autant qu'on puisse encore donner crédit à une telle ambition) qui ne se nourrit guère de la clinique, du singulier,

de l'imprévu (le non-su et le non-expertisable par définition), des échecs ou de la réussite partielle.

Une chose est de savoir ce qu'est l'autisme et son spectre et une autre est de se prononcer quant à savoir si Pierre, Christian, Lucy ou Marie présentent de l'autisme et sous quelle forme. Pour se prononcer là-dessus, il faut pratiquer la clinique, il ne suffit pas de connaître, même en détail, les «critères diagnostiques de classifications internationales» – comme insiste le rapport – ni d'être au courant des problèmes de diagnostic différentiel en cas de «trouble du langage ou un retard du développement». Ces savoirs



LE FORUM DES
PSYCHANALYSTES

n°4, Juin 2014
pp. 8-10

sont, bien sûr, utiles, mais à condition que quelqu'un puisse les mobiliser de manière pertinente.

Quand je suis face à quelqu'un en tant que clinicien, je ne peux pas me contenter de savoir que «dès l'âge de deux ans un diagnostic fiable peut être posé dans la majorité des cas» (p.18), car l'enfant que j'ai devant moi pourrait se trouver dans la minorité des cas. Dans la rencontre clinique c'est lui ou elle, Pierre ou Marie, qui intéresse et non la majorité des cas. Ce savoir peut être intéressant quand on planifie ou quand on essaye de construire une politique, mais non quand on réfléchit à un diagnostic ni quand on soigne. Ici je ne fais que relever des questions par rapport au diagnostic ; je laisse le lecteur deviner la complexité lorsqu'on se penche sur les pratiques et le traitement de l'autisme.

Par moments, le rapport me paraît «recommander» une quasi-démission de la clinique. Par exemple, lorsqu'il aborde, à la page 21, le niveau du «diagnostic axé sur l'action». Il est question des comorbidités et de leur poids sur la qualité de vie de l'autiste. Le rapport se réfère entre autres aux troubles de la communication et de l'apprentissage, au comportement oppositionnel avec provocation, à l'anxiété, à la dépression, aux problèmes de coordination motrice, aux tics, aux éventuels comportements obsessionnels compulsifs qui vont plus loin que les caractéristiques des troubles du spectre autiste. Il s'agit évidemment des comorbidités importantes à reconnaître. Mais sans qu'on puisse comprendre pourquoi, le rapport affirme qu'«une telle évaluation s'effectue principalement sur base d'instruments standardisés» (p.21). Cependant, qui va apprécier l'anxiété ou la dépression ? Qui va observer les tics ? Qui pourrait saisir l'intensité des comportements obsessionnels et compulsifs ? Un test standardisé ?

Comme le soutient le rapport (p. 22), que le diagnostic de l'autisme soit «pluridisciplinaire» n'est pas une mauvaise idée. Il en est de même par rapport au fait de comporter des volets où l'on applique des protocoles ou de tests. Mais supprimer le travail du clinicien attentif à la singularité du cas et de la situation est une réduction regrettable de ce qui peut être proposé aux enfants autistes et à leurs familles.

Quant à la manière dont le rapport mobilise les notions de «bonnes pratiques» et «pratiques basées sur l'évidence», il me semble que dans le texte on les voit par moments différenciées pour ensuite les confondre dans un même concept. L'enjeu n'est pas juste sémantique, car il me semble que la notion de «bonnes pratiques» laisse une place à la clinique, alors que celle de «pratiques basées sur l'évidence» plaide pour tout fonder sur la recherche savante et experte des résultats.

Dans le chapitre intitulé «guide de bonnes pratiques», le rapport va différencier les bonnes pratiques de celles qui sont fondées sur l'évidence en disant que les premières «sont mises en œuvre sur le terrain, par les praticiens du terrain, dans des services n'assurant pas la recherche et confrontés à des préoccupations de terrain» (p.25). Il y a une ambiguïté dans cette définition. Doit-on comprendre que les praticiens de terrain, qui connaissent les enjeux du terrain, peuvent légitimement choisir leur pratique, décider en fonction du contexte ce qui est «bon de faire» pour/avec l'enfant autiste et sa famille ? Ou alors doit-on comprendre que puisqu'ils collent aux préoccupations de terrain, les praticiens ne seraient pas en mesure d'évaluer si leur pratique est bonne ou pas ? La question est de savoir si on donne ou pas du crédit à la capacité des praticiens et des cliniciens à décider de ce qui est pertinent, bon ou pas. Ou alors on estime qu'une autorité (CSS ?) pourrait leur dire ce qu'ils ont à faire...

Plus tard, dans le même chapitre, la distinction entre les deux notions s'efface car le rapport va subordonner la notion de «bonnes pratiques» à celle de «pratiques basées sur l'évidence», en disant que la bonne pratique tient compte de critères suivants :

1. D'abord «elle doit s'appuyer sur des données fournies par la recherche», selon des critères définis préalablement par le rapport et qui sont ceux du paradigme de l'EBP. Donc, finie la prise en compte du terrain, de la singularité, il faudrait s'en remettre à l'EBP, au sein de laquelle seules des méthodes et des techniques telles qu'ABA, Teach, et quelques autres, trouvent des formes de validation. Ceci implique une négation de la clinique en tant que celle-ci est toujours délibérative.
2. Ensuite, la bonne pratique «doit être utilisée par un intervenant disposant d'une expertise clinique». Dans cette proposition, le rapport réintroduit la nécessité de la clinique qu'il venait de chasser par la fenêtre. Mais la clinique est présentée comme subordonnée au paradigme méthodo-

gique de l'EBP. Donc, on laisse entendre qu'on est clinicien avec expertise qu'à condition de pratiquer l'ABA, TEACH, etc. Les auteurs ne conçoivent apparemment pas que l'expertise clinique peut impliquer de juger qu'à un moment donné il vaut mieux s'abstenir, laisser l'enfant tranquille, le suivre mais ne pas lui imposer un protocole, ni une stratégie.

Cette ambiguïté dans la manière de situer le travail du clinicien dans le cadre des troubles du spectre autistique se prolonge lorsque le rapport tente de caractériser un peu plus, entre parenthèses, en quoi consiste ce qu'ils appellent «l'expertise clinique» (p.25) en détaillant un peu de quoi devrait être capable un clinicien. Je vais en faire un bref commentaire, point par point :

- *Préparer un plan d'intervention et le mettre en œuvre.* Ceci paraît une évidence et peut être largement partagé, bien qu'un clinicien devrait avoir la capacité de «changer de plan» quand cela s'impose et aussi de pouvoir accueillir un sujet ou intervenir même s'il ne s'y est pas préparé.
- *Évaluer l'évolution de l'enfant avec des observations et/ou des outils valides et fiables....* on comprend bien, des outils «basés sur l'évidence». Mais observer, prêter attention à un enfant autiste, implique d'accepter parfois que quand il rate une tâche éducative ou de testing il s'agit d'une réussite du point de vue subjectif. Ceci n'est pas une position purement psychanalytique, même Piaget acceptait que l'erreur était très révélatrice des progrès de l'enfant !
- *Disposer d'une expertise interpersonnelle, notamment pour conclure une alliance avec la personne.* Le rapport ne dit rien quant au comment se construit cette expertise, mais il me semble que les auteurs sont conscients que ni le modèle des «pratiques basées sur les résultats», ni la littérature, ni la recherche ne suffisent pour construire une clinique concernant cette aptitude... Il s'agit d'une question qui met au centre la subjectivité du clinicien, bien entendu et qui laisse entrevoir que ce n'est pas le savoir expert qui opère, mais le sujet/clinicien avec ce qu'il est et ce qu'il n'est pas, avec ce qu'il a et ce qu'il n'a pas.
- *Continuer à se former.* Il me semble que sur ce point tout le monde est d'accord, au-delà des subtilités et des malentendus quant à ce qu'on estime être une «formation», et qu'il s'agit pour un clinicien de «se former» et pas seulement «d'être formé».
- *Évaluer et utiliser les résultats de la recherche.* Le singulier «la recherche», comme s'il n'y en avait qu'une, ne fait qu'insister sur l'allégeance des auteurs au paradigme de l'EBP, en occultant d'autres méthodes pour faire de la recherche clinique et sur l'autisme, notamment les études de cas ou les approches phénoménologiques. On ne décide pas si l'évaluation doit être faite de l'extérieur ou par le praticien lui-même. Une pratique clinique est évaluée de fait par les destinataires, notamment la famille dans le cas de l'autisme, lorsque on continue à confier le suivi de l'enfant à telle ou telle institution. Si des familles estiment pertinentes et utiles des méthodes autres que celles qui sont prônées par l'EBP, pourquoi ne pas accepter cette évaluation ? Il faudrait aussi concevoir que le praticien peut lui-même évaluer son action et qu'il le fait. Il n'y a aucune raison intellectuelle valable pour dissocier action et évaluation.
- *Comprendre l'influence des différences individuelles, culturelles et contextuelles sur l'intervention.* De nouveau un point qui touche à la formation des praticiens et sur lequel on ne pourrait que marquer son accord. Mais il me semble qu'il faudrait quand même prendre la mesure du fait que comprendre et intégrer dans le travail clinique des différences culturelles et contextuelles pousse parfois le clinicien à ne pas utiliser certaines méthodes «réputées valides ou fiables» et ce travail fait partie d'une nécessaire délibération clinique qui se soucie de la pertinence des outils.
- *Avoir un rationnel pour choisir les stratégies.* C'est le dernier point dans le rapport pour caractériser «l'expertise clinique». Il est essentiel, et pose la question du choix, de la délibération du clinicien, ce que le rapport nie d'une certaine manière chaque fois qu'il insiste en précisant que seules les méthodes «basées sur l'évidence» seraient pertinentes.

Le dressage expert des méthodes «valides et fiables» pour le traitement de l'autisme est une démarche qui ne laisse le choix ni aux familles ni aux praticiens. A mon sens, il se loge là un des grands problèmes de ce rapport. Il faut laisser le choix et, pour ce faire, il faut accepter que les praticiens des institutions et les cliniciens puissent délibérer, discuter, raisonner et choisir au contact des autistes et de leurs familles. Il me semble qu'il y a un accord assez large aujourd'hui pour accepter qu'a été préjudiciable pour les enfants autistes cette idée – née aux Etats-Unis – de séparer l'autiste

de sa famille pour pouvoir le traiter. Se passer de la famille a été en effet une erreur monumentale. Il en serait de même s'il s'agissait de se passer du clinicien aujourd'hui en le réduisant à un applicateur de techniques au nom d'un savoir expert. Il est vrai qu'il demeure nécessaire que la psychanalyse et les cliniciens qui s'en inspirent expliquent encore en quoi la position de «non savoir» est pertinente pour la clinique et le travail avec l'autisme. Cette position ne va pas de soi et mérite explicitation. Mais, pour l'instant, je voudrais juste faire remarquer que, de plus en plus, au nom de l'objectivité, certains praticiens sont invités à renier ce qu'ils font et même à se défaire du savoir auquel ils se réfèrent, ce qui ne peut qu'appauvrir ce qu'ils peuvent offrir aux autistes et à leurs familles.

Accepter le caractère non tout à fait planifiable de la clinique et sa résistance à la standardisation n'implique pas de faire l'apologie de l'insouciance sur la méthode ni de l'ignorance. Le travail de terrain et clinique doit se donner des exigences critiques. C'est ce qui différencie un empirisme naïf d'un empirisme raisonné et attentif à ses imprécisions inévitables et à ses échecs, qu'il faudra expliciter et non pas occulter derrière des tableaux statistiques. Cette double exigence situe les cliniciens dans une sorte d'ambivalence épistémologique, car tout en exigeant une conscience critique et méthodique de leurs procédures et résultats, ils acceptent de tolérer une part d'artisanat, de contingence et d'incertitude, configurant ainsi des modèles nécessairement flexibles.

Sans nier l'intérêt de la recherche d'«évidences» pour fonder le travail avec les autistes sur l'évidence, il faudrait aussi rappeler l'intérêt d'une «méthode». Le concept de méthode renvoie à l'idée d'une direction définissable et suivie régulièrement par une opération de l'esprit¹. Un débat doctrinal majeur, qui a traversé toute la philosophie autour de ce concept, a concerné le fait de savoir si une méthode peut être déterminée *a priori*, indépendamment de son application, ou si elle devait être déterminée *a posteriori*, cas où la formulation d'une méthode serait seulement utile lorsqu'elle est découverte dans une opération effective de l'esprit (du sujet). Ainsi, la formulation de la méthode serait le schéma plus ou moins simplifié de l'opération effectuée. Ce débat, encore ouvert, concerne la manière d'où l'on pense la position du clinicien. Il me semble que celui-ci, tout en se munissant d'instruments critiques et des dispositifs préalables à la rencontre du terrain et du cas, ne parvient jamais à formuler vraiment une méthodologie *a priori*, mais s'efforce de traiter méthodiquement ce qu'il rencontre, entreprise quand même très différente et aujourd'hui, plus que jamais, nécessaire. ■

* Psychanalyste & Docteur en Psychologie. Professeur à l'Université Saint Louis - Bruxelles, professeur invité Université Catholique de Louvain et membre de l'Ecole Belge de Psychanalyse :

1 Lalande, André : *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, Paris, PUF, 1997, p.264.