INSERM RESEAU n° xxxxxxx

Coordonnateurs : Bruno FALISSARD et Jean-Michel THURIN

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

RAPPORT D'ÉTAPE à 4 ans

PÔLE AUTISME – juin 2013

Rapport Complet

Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques

Coordinateurs : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard
Institutions : Unité Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie
Support financier : Inserm, Direction Générale de la Santé et Fondation de France
Comité de Pilotage : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Mme Monique Thurin, Pr Bernard Golse, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier

Méthodologie et analyse des données : Bruno Falissard, Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib (U669)

http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/

Ce rapport est téléchargeable à l'adresse suivante :
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT_2013_v3.pdf

Le téléchargement permet de consulter des documents complémentaires dont les liens sont accessibles tout le long du rapport.

Les personnes intéressées peuvent demander un mot de passe pour y accéder à
jean-michel.thurin@inserm.fr

I. PRÉSENTATION DU RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES 12

II. INTRODUCTION DU RAPPORT 13

III. CONTEXTE INTERNATIONAL DES RÉSEAUX DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES17

- Définition des Réseaux de Recherches Fondées sur les Pratiques (RRFP).....17
- Principaux réseaux existant dans le champ de la santé mentale 18
  - Aux États Unis 18
    - Le réseau de l'Association Américaine de Psychiatrie 18
    - Le Pennsylvania Practice Research Network 18
    - Le réseau de pédopsychiatrie communautaire de San Diego 19
  - Dans le Royaume Uni, le Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) (UK) 19
  - En France, le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) 19
  - Au Canada, le Réseau de Recherche sur la Pratique Psychothérapique (PPRNet) 20
  - Le journal en ligne Pragmatic Case Studies (PCSP) 20
  - L'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT) 20

IV. RAPPEL DES OBJECTIFS DU RESEAU 21

V. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE DU RÉSEAU DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA PRATIQUE BASÉE SUR LA PREUVE 21

VI. MISE EN PLACE ET MODALITÉS DE TRAVAIL DU RÉSEAU 23

- Préparation de l'organisation du réseau et de son fonctionnement 23
- Présentation du réseau et appel à la participation aux études 23
- Souscription aux règles d'éthique, recueil, cotation et gestion des données 26
  - Information et consentement du patient 26
  - Cahier d'observation 26
  - Recueil et cotation des données 27
  - Réception, contrôle et stockage des données 27
  - Organisation des bases de données 28
- Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens inscrits dans les études 29
  - Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience 29
  - Les documents écrits 29
  - Le Site internet dédié au Réseau www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/30
  - Les échanges e.mail avec les cliniciens 30

- Les échanges par téléphone 31
- La reconnaissance du travail des cliniciens 31

- Agenda des réunions de formation, d'information et de retour d'expériences 31
- Publications relatives au réseau dans Pour la recherche 33

VII. MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES ET ANALYSE DES DONNÉES 34

- Méthodologie concernant le suivi du patient.....34
- Méthodologie concernant les évaluations 35
- Élaboration du plan d'analyse et outils statistiques 35
- Une analyse à 3 niveaux 36
  - cas individuel 36
  - ensemble des cas 37
  - cas comparés 38

VIII. EXEMPLE D'UNE ÉTUDE DE CAS : MERLIN 38

- Évaluation à Baseline 38
  - Vignette d'introduction 38
  - Modérateurs de la psychothérapie 38
  - Formulation de cas initiale 39
- Évaluation des changements manifestes entre 0, 2, 6 et 12 mois 39
  - Mesures 39
    - Instruments 39
    - Mesure à T0 des symptômes et comportements autistiques (ECA-R) 40
    - Mesure à T0 du développement et des aptitudes acquises (EPCA) 40
  - Changements 40
    - Symptômes et comportements autistiques (ECA-R) 40
    - Développement et gains d'aptitudes (EPCA) 41
    - Fonctionnement psychique et relation à la réalité (CPQ) 41
    - Score global de variation (SGV) et gain d'aptitudes (Δ Apt) 42
- Que se passe-t-il au niveau du processus ? 42
  - Les ~10 items les plus caractéristiques concernant l'enfant, le thérapeute et leur interaction (moyenne des scores ≤ -3 et ≥3) 42
  - Les éléments stables (2 ou -2) 43
  - Les médiateurs préconstruits et leur évolution 43
    - L'alliance et les médiateurs spécifiques 43

- L'approche théorique et pratique générale 44
- Évolution des médiateurs préconstruits chez Merlin 44

- Les modérateurs 45
- Discussion des résultats et conclusion. 45

IX. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 12 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE 46

- Apports de la formulation de cas 46
  - Âge et genre des 12 enfants 46
  - Diagnostic nosographique et comorbidités 46
  - Contexte de la prise en charge antérieure des enfants 46
  - Contexte du développement des enfants 46
  - Principaux troubles communs à tous les enfants 46
  - Objectifs et stratégies envisagés par le clinicien 47
    - Quatre grands domaines d'objectifs 47
    - Des stratégies envisagées à différents niveaux 47
- Changements manifestes (ECAR, EPCA) à 2, 6 et 12 mois 47
- Processus interne de la psychothérapie et son évolution (CPQ) 48
  - Items les plus caractéristiques 48
  - Médiateurs préconstruits 48
  - Facteurs émergents 51
- Comparaison de 3 cas dont l'alliance et les résultats manifestes sont très différents 51
  - Y001 51
  - X030 51
  - Y032 52
- Discussion 52

X. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 50 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE 53

- Introduction 53
- Rappel de la méthodologie des études, des évaluations et de l'analyse des données 54
  - Recueil et cotation des données 54
  - Fidélité interjuges 54
  - Cinq registres d'informations sont réunis dans chaque étude intensive de cas 55
  - Ils peuvent être étudiés à trois niveaux : cas isolé, cas regroupés, cas comparés. 55
- Apport des cas isolés 55
- Apports du regroupement des 50 cas 56

- Données générales à baseline 56
- Apports de la formulation de cas (FC) 56
  - Les principaux troubles communs à tous les enfants 56
    - Concernant les troubles du langage, 57
    - Concernant les troubles des interactions, 57
    - Concernant la réactivité forte de l'enfant à certaines situations, 57
  - Les objectifs et les stratégies envisagées par le clinicien 57
    - Concernant les objectifs, 57
    - Concernant les stratégies, 58
  - Les modérateurs 58
    - ✦ Repérage et prise en charge en psychothérapie 58
    - ✦ Contexte du développement précoce 58
    - ✦ Contexte potentiellement traumatique du développement précoce 59
    - ✦ Qualité du soutien familial 59
    - ✦ Relations psychosociales 59
    - ✦ Soutien de la psychothérapie par les parents 59
    - ✦ Comorbidité psychique 59
    - ✦ Comorbidité somatique 59
    - ✦ Qualité du plateau technique 59
    - ✦ Scolarisation 60
- Mesure et analyse des changements sur une année de psychothérapie 60
  - Changements manifestes 60
    - ✦ ECAR, EPCA et CPQ indicateurs 60
    - ✦ Un indicateur clinique issu de l'EPCA, le score d'aptitudes 61
    - ✦ constitution de scores généraux de variation 62
  - Le processus psychothérapique interne et son évolution (CPQ) 62
    - ✦ Modalités d'évaluation des changements dans le processus interne de la psychothérapie 62
    - ✦ éléments les plus caractéristiques 63
    - ✦ médiateurs préconstruits 65
      - Scores moyens des médiateurs préconstruits 65
      - Scores individuels moyens des médiateurs préconstruits 65
      - Recherche de profils de psychothérapies suivant l'activation des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois 66
      - Corrélations entre profils de psychothérapie à T02 et T12 et résultats 72
    - ✦ médiateurs émergents 72

- Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients 74
- Présentation des psychothérapies suivant 4 profils 75
- Corrélations entre profils de psychothérapie et résultats 75

▸ Cas regroupés, en résumé 77

- Tous les enfants s'améliorent et 42 enfants / 50 ont une amélioration de 25% ou plus. 78
- L'approche sensible, impliquée et contenante des psychothérapeutes d'enfants autistes est particulièrement ajustée aux difficultés et à l'évolution de l'enfant 78
- La gravité initiale du cas et la faiblesse initiale de l'engagement de l'enfant ne sont pas des obstacles infranchissables. 78
- La situation, la sévérité et le développement des cas traités par psychothérapies sont très divers. 79
- Ces éléments interviennent dans le processus psychothérapique. 80

• Apport de la comparaison des 50 cas 80

▸ Comparaison des trajectoires d'évolution de cas analogues 80

▸ Comparaison des 50 cas regroupés, 81

▸ Comparaisons dans 3 classes d'âge 82

- Enfants de 3 à 6 ans 83

✦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 3 à 6 ans 86

✦ Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ? 88

- Psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible 88
- Psychothérapies des enfants 3-6 ans avec gain d'aptitudes ≥ 6 durant l'année d'étude ou ≥ 12 à la fin de l'année d'étude 91

- Enfants âgés de 7 à 11 ans 96

✦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 7 à 11 ans 99

✦ Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ? 101

- Psychothérapies des enfants de 7-11 ans avec gain d'aptitudes faible 101
- Psychothérapies des enfants 7-11 ans avec gain d'aptitudes ≥ 5 durant l'année d'étude 104

- Enfants de 12 à 15 ans 107

✦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 12 à 15 ans 108

XI. RELATIONS INTERNATIONALES 112

XII. CONCLUSIONS 113

• Quelques aspects généraux 113

• Influence des théories et pratiques de référence 114

• À partir des cas isolés 114

- À partir des cas regroupés 115
- À partir des cas comparés 117
- Participation des praticiens à l'étude et impact sur la pratique 120
- Conclusions générales, résultats et perspectives 124

XIII. INTERVENTIONS, RÉUNIONS, COMMUNICATIONS, PUBLICATIONS 129

- 2013 129
- 2012 129
- 2011 130
- 2010 130

XIV. POSTERS ET PUBLICATIONS 131

- Madison SPR 2007 (USA, Wiscontin) 131
- Barcelone SPR EU 2008 (Espagne) 132
- Asilomar 1 SPR 2010 (USA, Californie) 133
- Asilomar 2 SPR 2010 (USA, Californie) 134
- Berne 1 SPR 2011 (Suisse) 135
- Berne 2 SPR 2011 (Suisse) 136
- Tours IRIA 2012 (France) 137
- Virginia Beach SPR 2012 (USA,) 138
- Publications dans Pour la recherche 139
- Autres publications récentes associées à l'étude 139

XV. RÉFÉRENCES 140

- Références associées à la définition et la présentation des réseaux au niveau international 140
- Références associées aux autres auteurs cités dans le rapport 141

XVI. ANNEXES 1 144

- Plan d'analyse des données 145
- Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens 147
- Description des instruments 149
- Définition des médiateurs préconstruits et indicateurs de changements du CPQ 157
  - Alliance 157
    - Patient 157

✦ Engagement/résistance du patient (EP) - (5 items) 157

✦ Participation du patient (PP) - (5 items) 157

✦ Transfert du patient (TP) - (9 items) 157

- Thérapeute 158

✦ Engagement du thérapeute (ET) - (6 items) 158

✦ Ajustement du thérapeute (AT) - (5 items) 158

- Interaction (IT) - (13 items) 158

▸ Approches générales et interventions pivots 159

- Actions se référant à une approche générale psychodynamique ou cognitivo-comportementale (20 items) 159

- Actions relatives aux fonctions pivots 159

✦ Expression et conscience des affects (ECA) - 6 items 159

✦ Communication, verbalisation et langage (CVL) – 7 items 160

✦ Interprétation/signification (IS) - 10 items 160

✦ Conseil et Comportement (CC) - 10 items 161

▸ Indicateurs de changement intrapsychique issus du CPQ. 161

- Insight (INS) - 5 items 161

- Amélioration de l'état Émotionnel et de son expression, réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD) - 9 items 161

- Relation au monde et aux autres (RMA) - 12 items 162

• Définition des modérateurs dans les études de cas autisme 164

• Tableau récapitulatif du plateau technique des 50 enfants 165

• Exemple de fiche de synthèse pour chaque patient 168

XVII. ANNEXE 2. TABLEAUX ET FEUILLES DE CALCUL 170

• Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants 173

• Histogrammes Age, IG et Napa 174

• test t ECAR EG.....175

• test t ECAR DR 176

• test t ECAR IM.....177

• Test t EPCA Pathologie 178

• Test t EPCA Développement.....179

• Test t CPQ INS.....180

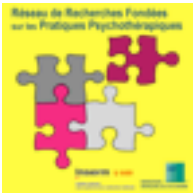
• Test t CPQ EAD 181

- Test t CPQ RMA.....182
- Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (1) 183
- Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (2) 184
- Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (3) 185
- Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans186
- Récapitulatif Tableau descriptif des données 189
- Quantiles % Δ EG 50 patients 190
- Quantiles % Δ Apt 50 patients 191
- variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice) 192
- variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement).....194
- variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA) 196
- Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL 198
- Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients ...200
- Données issues des prototypes d'approches psychothérapiques.....201
- CAH T02 facteurs préconstruits 202
- CAH T06 facteurs préconstruits 206
- CAH T12 facteurs préconstruits 211
- Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois 214
- Relation entre classes à T12 à partir des médiateurs préconstruits et Δ EG.....215
- Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax 216
- Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P 219
- Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax 220
- CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3.....224
- Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax.....226
- CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois 227
- Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes 231
- Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans 232
- Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans.....233

- Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans 234
- Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans 235
- Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans 236
- Statistiques descriptives des groupes forts 1 et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans 237
- CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans 238
- Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible 240
- Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes fort241
- Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude 242
- Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans 244
- Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans 245
- Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans 246
- Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans 247
- Statistiques descriptives des facteurs préconstruits et comparatif 7-11 et 3-6 248
- Description des 4 médiateurs émergents dans le groupe 7-11 avec gain d'aptitudes élevé249

XVIII. ANNEXES 3. ARTICLES ET TEXTES MANUSCRITS 250

- Article Counselling and Psychotherapy Research 250
- M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ. 257
- M. Thurin. PQS, CPQ et APQ, trois formats d'un instrument de processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent. 262
- Prototypes pour la psychothérapie Interpersonnelle (les 20 les plus caractéristiques)...306
- Sélection d'articles de A. Kazdin concernant la recherche sur les mécanismes de changement et recommandations la concernant. 310
- J. Barthe. Prototypes de séances psychothérapiques représentatives des principales approches 311
- Formulaire de consentement 327
- Livret d'évaluation 328



I. PRÉSENTATION DU RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques bénéficie d'une organisation qui permet la promotion et la mise en place des études, de leur suivi et de la diffusion des informations et de ses résultats. Chaque acteur ou groupe d'acteurs participant au réseau se décline suivant son rôle et ses compétences au sein du réseau même, d'une structure de soin ou d'une institution.

La structure "interne" du réseau est composée de Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard (coordonnateurs du réseau), de Monique Thurin (pour le suivi méthodologique et les relations avec les cliniciens), de Geneviève Haag, Catherine Barthélémy et Bernard Golse (référents du pôle autisme), de Bruno Falissard, Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh et Fadia Dib (pour le groupe méthodologique et l'analyse des données).

La structure "externe" du réseau est composée des différentes personnalités qui participent à la discussion et alimentent la dynamique autour des questions posées et/ou qui ont invité les responsables du réseau à venir en parler dans les manifestations scientifiques qu'ils ont organisées. C'est le cas de David Cohen, G Schmit, D Widlöcher, Dominique Amy, Françoise Moggio, Jean-Michel Baleyte, Sylvain Berdah, Marie-Frédérique Bacqué, B Gibello, ... ainsi que les nombreux chefs de service qui ont engagé les cliniciens de leur service à s'inscrire dans le réseau et à participer aux études.

La structure "réalisation des études" est composée de tous les cliniciens qui ont engagé un patient dans les études et se sont réunis en groupe de pairs pour mener l'évaluation de leur patient sur une année. Dans le pôle autisme, les cliniciens sont français et italiens. Il s'agit, pour le pôle des cliniciens italiens, de Ajmone Marsan Susanna, Amabili Barbara, Amenta Margherita, Ancona Anna, Badiali Anna Rosa, Bertan Ermenegilda, Cattelan Chiara, Cetti Elena, Ferri Barbara, Gatti Dana, Ghedin Vanda, Guerri Sonia, Jezzi Margherita, Jommi Rossana, Lanteri Attilia, Maione Susanna, Mastella Federica, Mastella Marco, Mattioli Rosa, Messeca Susanna, Morselli Cinzia, Nanni Chiara, Pasero Laura, Peroni Sylvia, Priori Mario, Rossi Angela, Vassallo Paolo, Zancanella Luisa. Pour le pôle des cliniciens français de Léonardo Arrieta , Mélina Avondes-Yvelin, Laurence Barrer, Radhia Benyoussef, Romuald Blanc, Catherine Brodin , Natalie Bouqueniaux , Jean-Michel Carbunar, Géraldine Cerf, Aviva Cohen, Didier Cohen-Salmon, Mashinka Cusco, Marine De Courcel, Natalie Defas, Annie Dilanian, Mabel Guibert, Geneviève Haag, Christine Jacomin, Cécile Jounieaux, Claire Jutard, Anja Kloeckner, Elodie Lauserie, Chantal Lemant, Marie Makdessi, Pascale Margot, Bruno Mauger, Marie Michelle Narzabal, Lisa Ouss, Anne-Sylvie Pelloux, Candide Perez, Agnès Petit, Pierrette Poyet, Sylvie Reignier, Christine Ritter, Magali Rochat, Patricia Rochut, Vélarie Roumengous, Olivier Rouvre, Flora Solans, Colette Tostivint, Hélène Tremblay.

La structure "relations internationales" est composée de chercheurs avec lesquels des relations directes et régulières se sont constituées à propos des études menées dans le réseau tels que J Barber (Pr psychologie, Adelphi University, USA), TD Eells (Pr psychologie, département de psychiatrie, Louisville, USA), D Fishman (Pr psychologie, Rutgers, USA), rédacteur en chef de la revue en ligne de l'APA Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, P Hoglend (Pr psychiatrie, Oslo, N), H Kächele (Pr psychiatrie, Ulm, D), N Midgley (U Essex, Anna Freud Centre, UK), D Orlinsky (Pr psychologie, Chicago, USA), C Schneider (U Berkeley, USA). M Amenta, S Messeca et P Vassallo sont les relais du pôle italien.

Le réseau a bénéficié du soutien financier de la Direction Générale de la Santé depuis la création du réseau jusqu'à ce rapport. La Fondation de France a soutenu le réseau à partir d'une réponse positive à un appel d'offre. Enfin l'INSERM a permis à ce réseau d'exister en le sélectionnant lors d'un appel d'offre en 2008 et en participant à son financement.

II. INTRODUCTION DU RAPPORT

JM THURIN, B FALISSARD[1], M THURIN[2]

Voici le second rapport d'étape du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP). Il est réalisé *à partir de l'expérience des études déjà menées sur les psychothérapies dans le pôle autisme* et construit à partir de 2 axes : celui de la *constitution et des modalités de travail en réseau* et celui de la recherche proprement dite, la méthodologie des études, l'analyse des données et les premiers résultats qui en sont issus. Bien que ces deux registres puissent être théoriquement distingués, ils sont en fait très liés car ils sont mutuellement connectés dans la réalisation d'une nouvelle génération de recherches telles que celle qui est présentée ici.

Le rapport de mars 2010 avait présenté la mise en place du réseau et de ses réalisations jusqu'à la présentation des premières études de cas finalisées dans chacun des pôles au cours de la Journée de retour d'expérience du 22 janvier 2010.

Depuis cette date, le nombre des cas inclus et celui des cliniciens qui conduisent leurs psychothérapies dans le pôle autisme se sont beaucoup modifiés. Actuellement, 23 groupes de pairs sont en fonctionnement et 79 enfants sont engagés. Les inclusions restent ouvertes. Récemment, 1 nouveau groupe de pairs centré sur les autistes adultes a été constitué et de nouvelles demandes de participation nous parviennent, émanant des cliniciens ou des institutions.

Depuis l'année 2010, le plan d'analyse du processus a été approfondi. Le nombre croissant de cas terminés a permis de réaliser une analyse individuelle de l'évolution de chacun des enfants autistes participant à l'étude, plusieurs études des cas réunis (12 cas, 26 cas, 41 cas puis 50 cas) au fur et à mesure de leur terminaison, et une étude comparative inter cas «analogues»[3]. L'analyse des données est mixte. Elle intègre l'analyse quantitative et l'analyse qualitative.

La constitution du réseau et les études qui y ont déjà été menées permettent de souligner cinq aspects :

- le premier aspect est *le caractère adapté de la méthodologie aux conditions et aux objectifs de la clinique et de la recherche.* Il a permis l'implication de nombreux cliniciens et l'évolution tangible de leur position par rapport à la présentation et l'évaluation de leurs pratiques.

  Il s'agit d'études de cas individuels en conditions naturelles, dont sont mesurés et analysés à la fois les changements manifestes au cours d'une année de psychothérapie et les caractéristiques du processus interne à partir d'indicateurs concernant l'enfant, le thérapeute et leur interaction. Ces cas sont regroupés secondairement dans une base de données, ce qui permet l'étude du groupe et les études comparatives. L'étude intensive comprend une formulation de cas systématique initiale et terminale complétant la CIM et les bilans initiaux. Puis, des évaluations répétées des comportements autistiques et du développement des aptitudes psychosociales permettent de suivre à partir de différents indicateurs l'évolution des troubles, le développement et l'acquisition de nouvelles aptitudes individuelles et psychosociales qui participent à la santé mentale. Parallèlement, une description du processus interne de la psychothérapie permet d'en décrire les éléments les plus caractéristiques et les principaux médiateurs qui interviennent dans les changements de l'enfant.

  Le travail en groupes de pairs tient une place centrale dans la méthodologie. Il permet à la fois de renforcer la qualité des cotations (3 cotations individuelles + 1 réunion de confrontation et validation) et d'ouvrir des discussions cliniques à partir des données recueillies, ce qui a été très

---

1 Bruno Falissard. Inserm U669, Maison de Solenn, 97 Bld de Port Royal, 75679 Paris cedex 14

2 Jean-Michel Thurin & Monique Thurin. Inserm U 669 & Fédération Française de Psychiatrie. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques, 9 rue Brantome, 75003 PARIS, France. E-mail : jmthurin@techniques-psychotherapiques.org - www.techniques-psychotherapiques.org/reseau

3 Le contenu de ce terme sera précisé à partir des critères utilisés pour réunir les patients et de ceux issus de classifications et d'analyses factorielles

apprécié par les cliniciens. L'utilisation des NTCI[4] a rendu possible les formations et les réunions à distance.
L'organisation en réseau et la collaboration active des chercheurs et des cliniciens qui la sous-tend ont représenté un appui indispensable de part et d'autre pour réaliser des études rigoureuses et contrôlées qui apportent un bénéfice clinique et cognitif à ceux qui y participent. Le travail à partir des instruments et l'analyse des données ont également beaucoup bénéficié de cette collaboration ;

- le second aspect concerne *l'efficacité des psychothérapies chez les enfants autistes* réalisées par des professionnels expérimentés, dont *actuellement* 80% sont d'orientation psychanalytique, 10% d'orientation cognitivo-comportementale et 10% d'orientation psychomotrice ou autre. Les tailles d'effet globales sont significatives (2,1 pour la réduction de comportements autistiques et de 1,3 pour les gains développementaux). Leur traduction clinique, tant au niveau comportemental que des nouvelles aptitudes acquises, montre l'importance des changements obtenus ;
- le troisième aspect complète le second. Il concerne *la possibilité de décrire précisément la diversité des cas et des réponses aux interventions psychosociales dans l'autisme*, souvent soulignée mais peu abordée de façon systématique. Cette diversité a été approchée suivant différents critères (âge, dépistage, nombre d'années de psychothérapie, sévérité des troubles,…) en relation avec les trajectoires d'évolution. Les communautés et les différences de ces trajectoires associées à une définition précise des médiateurs et des facteurs environnementaux susceptibles de les expliquer ont permis d'aller très au delà des études classiques «avant-après» et de considérer différentes hypothèses sur la causalité des changements (médiateurs et mécanismes) et l'impact des modérateurs sur les effets du traitement ;
- le quatrième aspect, souligné par les cliniciens qui ont participé à la recherche, concerne *les questions théoriques qu'elle a suscité et l'impact qu'elle a eu sur la qualité de leurs pratiques*. Ces aspects ont été exprimés par les cliniciens aux cours des nombreuses réunions de retours d'expérience, dans l'enquête que nous avons réalisée à ce sujet[5] et dans le rapport des coordonnateurs du groupe italien[6]. Ces effets semblent être une conséquence de la conception de la recherche qui va bien au delà de la constatation d'un résultat. Elle interroge en permanence celui qui y participe non seulement sur la nature des changements, mais sur ce qui les sous-tend. L'importance générale de cette démarche et ses effets potentiels sur les pratiques ont été soulignés depuis déjà plusieurs années par Kazdin[7] et de nombreux auteurs.
- le cinquième aspect concerne *les processus de changement et leurs différents niveaux d'approche*. La définition précise, réalisée dans cette recherche, des médiateurs et des modérateurs qui interviennent dans les psychothérapies apporte des connaissances sur les modalités d'action et les mécanismes qui sous-tendent les effets des interventions psychosociales dans le spectre autistique. C'est aussi, comme le soulignent Lerner et al.[8], la première phase d'une approche plus fondamentale prenant en compte la diversité et la complexité des cas et considérant les différents marqueurs, y compris peut-être physiologiques et neuroanatomiques, qui associés à l'analyse clinique et fonctionnelle permettent de suivre et comprendre la variété de leurs évolutions.

---

4 Nouvelles Technologies de Communication et d'Information

5 Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. Counselling and Psychotherapy Research 2012; 12(3): 187-193.

6 Amenta M & Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74: 5-6.

7 Par exemple, Kazdin AE. Evidence-Based Treatment and Practice New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. American Psychologist 2008 ; 63 (3): 146–159.

8 Lerner MD, White SW, McPartland JC. Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. Dialogues Clin Neurosci 2012; 14: 307-418.

Ce Réseau est très actuel. Alors qu'il a été conçu en 2007 et sélectionné en 2008, ses travaux s'inscrivent tout à fait dans les recommandations de 2012 de la HAS concernant le développement des études de recherche[9] et dans la 4ème partie du plan autisme 2013 consacrée à la recherche[10].

- Les études de cas réalisées dans le cadre du réseau s'inscrivent comme des recherche-actions. Elles ont créé une dynamique d'ouverture des cliniciens à des actions de recherche. La création d'une base de données très riche permet que les données et les expériences recueillies dans le cadre de la mise en œuvre des interventions puissent contribuer à une meilleure connaissance des processus de changement chez les enfants autistes, de leurs besoins et des modalités d'interventions et d'accompagnement qui leur sont proposées.

- Cette recherche a également permis d'évaluer par des études très rigoureuses l'efficacité et la sécurité des pratiques non évaluées pour lesquelles il existe une divergence des avis des experts (ex: psychothérapies psychodynamiques), des interventions consensuelles, mais non évaluées par des études contrôlées (ex. thérapie d'échange et de développement, interventions débutées tardivement dans l'enfance ou mises en oeuvre auprès des adolescents, etc.).

- Les critères de jugement principaux de l'efficacité correspondent à des variables considérées comme essentielles pour l'amélioration de la participation de l'enfant/adolescent au sein de la société, tant au niveau comportemental que fonctionnel.

- Parallèlement, le suivi a postériori des enfants devrait permettre d'éclairer les effets à long terme des interventions réalisées. Ces interventions ont été décrites très précisément à partir de la description fine des caractéristiques de la psychothérapie et des actions thérapeutiques qui y sont menées, rendue possible par le questionnaire de processus psychothérapique, un instrument multi-théorique.

Le rapport présente dans une première partie le contexte international de la constitution des réseaux de recherches fondées sur les pratiques (*Practice-Based Research Network*) au début des années 2000, les objectifs, la méthodologie, la mise en place, les modalités de travail du RRFPP, ses actions internes (réunions de formation, d'information et de retour d'expérience avec les cliniciens, réunion hebdomadaire du groupe méthodologique) et externes (interventions, conférences, communications et publications). La seconde partie est consacrée aux études, à leur analyses à 3 niveaux : cas isolés, cas regroupés, cas comparés, aux premières conclusions qui en sont issues et aux perspectives.

Il est accompagné tout au long de documents complémentaires accessibles en annexe ou sur Internet, ainsi que des feuilles statistiques à partir desquelles les résultats présentés ont été réalisés.

Les résultats préliminaires ont fait l'objet en 2012 et début 2013 de nombreuses réunions internes, de 2 interventions radiophoniques et de 20 présentations dans des colloques et congrès, dont 14 après soumission dans des manifestations internationales.

Ce rapport fera l'objet d'une suite tant au niveau des résultats issus d'un nombre de cas plus important, que d'un approfondissement des méthodes d'analyse statistique dans le champ à la fois novateur et complexe qui est le sien.

Les commentaires et les questions seront les bienvenus.

Jean-Michel THURIN

---

[9] HAS et Anesm. *Actions futures : le développement des études de recherche. Recherche-action, Recherche clinique*. In Recommandations de bonne pratique pour Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Méthode Recommandations par consensus formalisé), mars 2012, p 44-47.

[10] Troisième Plan Autisme (2013-2017) présenté le jeudi 2 mai 2013 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et Marie-Arlette CARLOTTI, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf

Remerciements

Je remercie particulièrement

- Geneviève Haag qui a dynamisé la communauté des psychanalystes et qui a participé à toutes les réunions et séminaires d'information et de formation avec les cliniciens engagés dans le réseau, en y apportant notamment sa longue expérience clinique dans le domaine de l'autisme et son ouverture aux approches pluridisciplinaires et ouvertes sur le contexte éducatif et psychosocial des enfants

- Catherine Barthélémy qui a été présente dès la conception scientifique du projet et y a participé directement avec l'inclusion de cas de thérapies d'échange et de développement (plusieurs autres sont en cours d'analyse et d'inclusion). Sa présence très active aux journées de retour d'expérience et au comité scientifique a permis des discussions très fructueuses avec les cliniciens et les coordonnateurs du réseau. Sa disponibilité pour répondre à des questions ponctuelles ou générales a été d'une grande aide, ainsi que sa relecture très attentive du rapport et les propositions qu'elle a faites concernant sa mise en valeur et ses perspectives.

- Bruno Falissard qui s'est engagé dans ce projet à la fois ambitieux et risqué, a participé activement à son lancement et à sa diffusion lors de nombreuses réunions publiques. Il a ouvert et structuré des discussions de fond sur l'analyse statistique et mixte des données complexes qui sont loin d'être terminées et participent à la dynamique scientifique de fond du réseau.

- Monique Thurin qui s'est impliquée totalement dans le fonctionnement du réseau et les relations avec les cliniciens, le recueil , le contrôle de validité et l'organisation des données, les formations en réunions et par Internet. Elle a apporté également sa compétence spécifique à l'analyse qualitative du corpus présentée dans le rapport général et dans les nombreuses présentations qu'elle a faites au cours de congrès nationaux et internationaux.

- David Cohen, coordonnateur du pôle borderline adolescent du réseau et très impliqué dans les recherches sur l'autisme dont l'appui et les conseils ont beaucoup apporté au réseau et à ses perspectives.

- Bernard Golse qui a appuyé la mise en place du pôle autisme et qui est resté impliqué das sa promotion.

- les cliniciens qui se sont engagés dans la recherche avec rigueur, curiosité et compétence. Leur travail (bénévole) est considérable et les cas réunis constituent déjà une base de connaissances très importante. Leur participation active marque un tournant dans les idées reçues d'impossibilité et de refus de présenter et d'évaluer le processus psychothérapique et les changements qui l'accompagnent. J'ajouterai que ce travail s'est réalisé dans une atmosphère très professionnelle et dans une très bonne ambiance

- les différentes personnalités et chefs de service qui ont participé à la discussion, engagé les cliniciens de leur service à s'inscrire dans le réseau et à participer aux études, et alimenté la dynamique autour des questions posées et/ou qui ont invité les responsables du réseau à venir en parler dans les manifestations scientifiques qu'ils ont organisées.

- la Direction Générale de la Santé, l'Inserm et la Fondation de France qui ont soutenu financièrement la mise en place, l'animation du réseau et la réalisation des études.

III. CONTEXTE INTERNATIONAL DES RÉSEAUX DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES

Les réseaux de recherches fondées sur les pratiques (RRFP) sont une réponse au décalage qui peut exister entre l'abord des problèmes qui se posent en pratique et les réponses apportées par la recherche en laboratoire. Alors que cette recherche porte sur des objets très focalisés, dans la pratique de multiples facteurs sont impliqués qui ne peuvent être négligés ou dissociés du problème principal du patient. Ils incluent le caractère imbriqué de leurs pathologies, les particularités de leur histoire, de leurs vulnérabilités et de leur contexte de vie, l'hétérogénéité des cliniciens en terme de compétence et d'expérience des différents traitements. Tous ces aspects engendrent des questions cliniques qui se situent au-delà du champ des généralisations qu'il est légitime de faire à partir des essais cliniques. Cette situation est particulièrement cruciale dans le domaine des psychothérapies où la dimension interpersonnelle et la variabilité individuelle constituent un aspect essentiel de la conduite et de l'efficacité de la psychothérapie.

Ces réseaux ont commencé à exister dans les années 60 en Océanie et en Europe et ont pris de l'extension, notamment aux EU dans les années 90. Ils se sont développés dans des disciplines cliniques : médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, psychologie.

Des RRFP ont ainsi été institués en médecine générale, sous l'impulsion de l'*American Academy of Family Physicians*, qui a constitué en 1997 la *Federation of Practice Based Research Networks*. La présentation de ce réseau est complétée de 7 publications rapportant des expériences professionnelles qui lui sont liées. Ces réseaux se sont développés en pédiatrie, dans les hôpitaux ruraux, en soins de fin de vie et palliatifs (regroupant 205 hospices et centres de soins, dont 145 ont collecté des données et participé à 16 études en réseau), en psychiatrie, pour les pratiques psychothérapiques et communautaires.

La possibilité de travailler et de partager de l'information avec des personnes qui sont dans des lieux très différents est une partie inhérente du travail des RRFP. Idéalement, l'infrastructure doit inclure un système électronique de données et être capable non seulement de collecter, de transférer et de réunir des données de recherche primaire, mais également de communiquer rapidement une nouvelle recherche et de mesurer les changements consécutifs dans la clinique.

Définition des Réseaux de Recherches Fondées sur les Pratiques (RRFP)

Les réseaux font l'objet de définitions un peu différentes suivant leur fonctionnement et leurs objectifs particuliers. Leur caractère commun est que des cliniciens s'organisent pour conduire des recherches sur des questions liées à leur pratique.

- Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est « un groupe de cliniciens praticiens qui coopèrent pour collecter des données et conduire une variété de recherches » (Zarin, 1995). [réseau des psychiatres de l'Am. Psych. Ass].

- Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est « tout simplement un réseau de cliniciens qui collaborent pour conduire une recherche qui les informera à propos de leur pratique quotidienne » (Audin *et al.,* 2001) [réseau UK psychothérapies].

- « Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est défini comme un groupe de cliniciens, de pratiques, ou d'institutions qui consacrent une part essentielle de leur temps au soin du patient et qui sont affiliés les uns avec les autres de façon à travailler des questions liées à la pratique dans la communauté. Les réseaux sont habituellement des collaborations formalisées entre des praticiens installés dans la communauté et des institutions universitaires : les médecins recueillent des données de recherche et les institutions universitaires ont le personnel et les installations nécessaires pour la conception des études de recherche et analyser, interpréter et publier les données. Cette définition inclut un sens de l'engagement à l'effort de recherche, ainsi qu'une structure organisationnelle qui va au delà d'une seule étude. Pour être considéré comme un RRFP, les cliniciens et / ou des membres du staff du réseau doivent participer activement au processus de recherche ».(Kutner et al., 2005) [réseau soins palliatifs en référence à des réseaux de généralistes et pédiatres].

Principaux réseaux existant dans le champ de la santé mentale

Aux États Unis

- Le réseau de l'Association Américaine de Psychiatrie

Il a été créé en 1993 par Zarin, Pincus et al. Il est devenu l'American Psychiatric Institute for Research and Education's (APIRE) Practice Research Network (PRN). http://www.psychiatry.org/researchers/practice-research-network

L'institut psychiatrique américain pour la recherche et l'éducation (APIRE) Réseau de Recherches fondées sur la Pratique (PRN) est une initiative de recherches constituée d'un réseau de psychiatres répartis dans tout le pays qui coopèrent pour réunir des données et entreprendre des études de recherches sur une variété de questions cliniques et portant sur la délivrance des services de santé. Actuellement, le PRN est composé de près de 800 psychiatres. Quand il sera entièrement développé, il se composera de 1.000 psychiatres pratiquant dans la gamme complète des configurations publiques et privées de traitement.

L'APIRE a été fondé en 1998 pour constituer la direction de la contribution à la base scientifique de la pratique et de la politique psychiatrique, renforcer l'infrastructure de recherches dans ce domaine, viser à améliorer la qualité du soin psychiatrique en conduisant et en soutenant la recherche clinique sur les services de santé et les activités éducatives.

Ce réseau s'est mis en place à partir de la prise de conscience qu'il existait un besoin de recherches fondées sur la pratique dans le champ de la psychiatrie. Il est conçu pour compléter les méthodes traditionnelles de recherche en produisant de l'information à partir d'un large éventail des patients, de traitements, et de configurations de traitement. En conséquence, les résultats des recherches du réseau sont appropriés et généralisables à la *prise de décision clinique* au jour le jour.

Le réseau joue également un rôle essentiel à partir du recueil de données appropriées à la politique de santé. Etant donnés les changements rapides de l'organisation, du financement, et de la délivrance du soin psychiatrique, ce laboratoire continu de recherches fournit une ressource valable pour la conduite de ces types d'études. Une bibliographie des publications relatives à ce réseau est téléchargeable.

- Le Pennsylvania Practice Research Network

Initié par TD Borkovec (2001) et poursuivi notamment par L Castonguay, il constitue l'expérience la plus ancienne dans le champ des psychothérapies. Ce réseau s'est donné pour objectif la *création de programmes qui maximisent à la fois la validité interne par leur choix de méthodologies scientifiques rigoureuses et la validité externe en conduisant la recherche en psychothérapie dans les configurations actuelles où elle est appliquée*. Cet objectif s'est inscrit dans la perspective du NIMH de se centrer davantage sur la recherche dans le monde réel de la clinique. En quelques années, ce réseau a été à l'initiative de nombreuses recherches, la dernière portant sur les réponses thérapeutiques qui peuvent être apportées à la recrudescence de troubles mentaux sévères (dépression, anxiété, TCA, auto-mutilation, etc.) chez les étudiants. Ce réseau insiste particulièrement sur le développement d'une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs.

Bridging the divide between clinicians and academic researchers

"One of the most exciting extensions of our work at BHL is our collaboration between researchers and our extensive network of clinicians. Working with leading academics in the field, we are facilitating academic research in the real world. As clinicians, we have long expressed concern that academic studies have little relevance to ongoing clinical work. The PRN will benefit policy makers, administrators, clinicians and clients by providing research-based clinical solutions to real clinical problems".

Ce réseau, sous la direction de TD Borkovec, a publié un article dans lequel il relate les conditions de sa création et aborde différentes questions de recherche et propose quelques recommandations .

- Le réseau de pédopsychiatrie communautaire de San Diego

Il mène une étude observationnelle de psychothérapie pour des enfants âgés de 4 à 13 ans, présentant des problèmes de troubles des conduites dans 6 centres de soins publics à San Diego (CA, USA) (Garland *et al.* (2006)).

Dans le Royaume Uni, le Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) (UK)

Ce réseau est issu d'un groupe de la *Society for psychotherapy research*. Ses objectifs généraux sont de standardiser le recueil de données *en routine* à travers tous les sites participant et d'utiliser la base de données résultante pour comparer et différencier les pratiques dans leur contexte, le profil des cas et la pratique standard. La première initiative a été la sélection d'instruments d'évaluation et la définition des différentes méthodologies d'évaluation et de leur articulation (Audin *et al.* 2001, Barkham *et al.* 2003) ;

Objectifs : standardiser le recueil de données en routine à travers tous les sites participant et utiliser la base de données résultante pour comparer et différencier la fourniture de service, le profil des cas et la pratique standard. En tant que modèle de recherche facilitant le recueil de données d'efficacité réelle, l'approche PRN peut bénéficier au clinicien dans des domaines spécifiques telles que : efficience coût/ efficacité , développement et dissémination de la recherche, supprimer le fossé entre recherche et pratique, réduire la résistance à l'évaluation sur l'efficacité réelle, contribuer à l'implémentation et au développement d'une politique de santé. Le terme d'efficacité réelle devrait être également vu comme incluant des investigations sur les mécanismes de changement.

Organisation : des sous-groupes de cliniciens dans un PRN peuvent identifier des domaines particuliers d'intérêt de recherche et, en utilisant les données générées par le réseau comme un tout, collaborer à produire des publications, des rapports et des présentations.

Les cliniciens sont directement impliqués dans le choix des thèmes, la conception et l'implémentation du recueil des données avec leurs propres patients. Les études PRN sont ainsi plus à même de générer des données très pertinentes reflétant les besoins prioritaires des cliniciens, ce qui rend l'incoporation des résultats dans la pratique plus naturelle qu'avec les conceptions traditionnelles de recherche.

Réalisations : sélection d'instruments d'évaluation. Articles sur le CORE

En France, le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP)

Sa création est l'aboutissement d'un processus qui s'est mis en marche pendant de longues années sous l'impulsion de Jean-Michel Thurin. L'INSERM, en sélectionnant ce réseau en 2008 a voulu promouvoir un manque criant en France de connaissance des pratiques psychothérapiques. Deux objectifs généraux sous-tendent le RRFPP, d'une part, la connaissance des pratiques psychothérapiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ; d'autre part, le développement de l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles en approfondissant les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapique.

Sa méthodologie repose sur les études de cas et associe les approches qualitative et quantitative. Chaque étude respecte le processus naturel de la psychothérapie, prend en compte les différences individuelles et intègre les meilleurs critères de preuve. Cette recherche en réseau permet de réunir des cas analogues et d'interroger les différences et les communautés qui interviennent dans leurs trajectoires d'évolution.

Les cliniciens et les chercheurs travaillent en liaison étroite sur un objet commun et réduisent le fossé qui caractérisait auparavant leurs approches respectives.

Le Réseau a bénéficié du soutien financier de l'INSERM, de la Direction Générale de la Santé et la Fondation de France. Il fonctionne à partir de deux structures : Unité Inserm 669 (Pr B. Falissard) et La Fédération Française de Psychiatrie.

Au Canada, le Réseau de Recherche sur la Pratique Psychothérapique (PPRNet)

Le Réseau de recherche en pratique psychothérapique (PPRNet) est une grande collaboration interdisciplinaire Canadienne entre les psychothérapeutes cliniciens, les éducateurs, les chercheurs et les utilisateurs des connaissances engagés dans la recherche en psychothérapie axée sur la pratique. De telles collaborations conduisent à une recherche en psychothérapie informée par l'expertise combinée des cliniciens qui la pratiquent et de chercheurs. Son objectif est de faire progresser la recherche axée sur la pratique avec un objectif de traduction en excellence de la psychothérapie et d'amélioration du bien-être de notre communauté. Le PPRNet s'est engagé à maintenir le bien-être de la communauté en formant la prochaine génération de cliniciens et de chercheurs à une recherche collaborative en psychothérapie axée sur la pratique. Le PPRNet fonctionne en partie grâce au soutien généreux et le financement par l'Université d'Ottawa, l'Hôpital d'Ottawa, et les Instituts de recherche en santé du Canada. http://www.med.uottawa.ca/pprnet/eng/index.html#4

Le journal en ligne Pragmatic Case Studies (PCSP)

A l'initiative de D Fishman, il a été créé, sous l'égide de l'APA *(American Psychological Association)*, pour aborder les questions méthodologiques des études pragmatiques de cas[1] et réunir les publications qui les concernent. http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp

L'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)

Ce réseau est centré sur deux objectifs : la recherche fondée sur la pratique dans les sites de formation et l'évaluation de l'efficacité de la formation. http://www.experiential-researchers.org/ipeppt.html

IV. RAPPEL DES OBJECTIFS DU RESEAU

Les objectifs généraux du réseau sélectionné à partir de l'appel à projets 2007 de l'Inserm Réseaux de recherche clinique et en santé des populations sont décrits en détail dans le *Pour la recherche* 55 . Il s'agit :

- d'assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ;
- de développer l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles et d'approfondir les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapique.

Trois troubles prioritaires ont été sélectionnés pour les études du réseau : autisme et troubles envahissants du développement, borderline, Alzheimer et troubles apparentés.

Ce rapport est consacré aux études du pôle autisme qui sont centrées sur l'étude des émergences dans le processus de développement d'enfants autistes ou souffrant de dysharmonies évolutives au cours de thérapies d'échange et de développement, de psychothérapies psychodynamiques au autres.

V. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE DU RÉSEAU DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA PRATIQUE BASÉE SUR LA PREUVE

La méthodologie du RRFPP s'inscrit pleinement dans l'évolution générale de la recherche en psychothérapie qui s'est imposée depuis les années 2000 et s'est exprimée dans plusieurs rapports issus à la fois du NIMH (*National Institute of Mental Health*), de l'APA (American Psychological Association) et dans la recherche européenne.

Les enjeux qui accompagnent cette évolution sont

- réduire le fossé entre la recherche et la pratique (NIMH Rush AJ 1998, Insel, 2006 ; APA Levant 2006), notamment en développant des études sur ce qui marche dans la pratique.
- prendre en compte les limites des ECRs (*efficacy research*) de première génération (échantillons trop spécifiques, indicateurs trop réduits, durée réduite de l'étude, absence de prise en compte du contexte), ce qui réduit l'applicabilité de leurs résultats[11] ;
- se rapprocher de la recherche portant sur monde réel, c-a-d de mener des études dans des conditions naturelles (*effectiveness naturalistic studies*) et répondant aux questions des patients, des cliniciens, des services de santé et des assurances. Ce faisant, elle préconise également un décloisonnement des différentes recherches et des acteurs auxquels elles sont liées.

---

[11] « **Pourquoi des RRFP ?**
Des travaux récents réexaminant l'écologie des soins médicaux aux Etats-Unis ont mis en évidence les disparités entre les endroits où la plupart des gens reçoivent la plupart du temps des soins médicaux et les lieux dans lesquels la recherche médicale est effectuée. Les études réalisées dans l'environnement de soins tertiaires excluent souvent systématiquement l'environnement physique et psychosocial du patient, la relation patient-médecin, et les multiples effets des facteurs inhérents à l'organisation, la prestation et le financement des soins de santé. En outre, les problèmes couramment observés par ceux qui pratiquent les soins primaires sont souvent d'origine multifactorielle, se présentent avec une gamme de signes et de symptômes, et sont abordés par une variété de techniques sur plusieurs visites. La compréhension de ces problèmes est limitée, et ce que nous savons est souvent basé sur des sous-groupes de patients sélectionnés. La recherche effectuée en pratique ou dans des dispositifs communautaires est nécessaire pour fournir un aperçu et une compréhension du spectre clinique de la maladie car elle affecte la plupart les gens, la plupart du temps, dans le contexte de leur vie, de leurs normes et de leurs valeurs socioculturelles. Même la récente feuille de route des «Instituts Nationaux de Santé [américains] (NIH) » s'est faite le défenseur de nouveaux partenariats entre les communautés organisées de patients, les médecins travaillant dans la communauté et les chercheurs universitaires, notant que «l'efficacité et la productivité de l'entreprise de recherche clinique de la nation seront renforcées par la promotion de réseaux de recherche clinique capables de mener rapidement des études et des essais où de multiples questions de recherche clinique de grande qualité peuvent être abordées."» *In Kutner et al. 2005*

Concrètement, il s'agit de :

- développer des études cliniques de seconde génération avec le souci d'impliquer un plus grand nombre de patients et de les suivre plus longtemps, de prendre en compte les complexités diagnostiques (p.e. comorbidité et chronicité, sous-types de patients et leurs particularités) ; d'élargir les indicateurs de résultats à une normalisation fonctionnelle ; de prendre en compte et comparer les interventions qui sont réellement mises en oeuvre en pratique et leur effet sur le déroulement du traitement ; de considérer la réhabilitation comme une forme importante d'intervention et d'envisager comment les interventions agissent isolément ou en combinaison ;
- de réaliser des études multi-sites prenant en compte des contextes différents d'organisation des soins et l'existence de configurations particulières dans les variations de résultats.

Outre les évolutions générales présentées ci-dessus, qui étaient particulièrement attendues non seulement par les cliniciens, mais également par les chercheurs, une évolution majeure des recherches sur les psychothérapies au cours des dernières années a été de quitter la perspective globale des études de résultats en relation à des « marques » (*brand names*) pour s'intéresser de façon précise aux facteurs individuels et généraux de changement (et d'immobilité), à la forme concrète de leur intervention dans le processus de la psychothérapie (*médiateurs*) et à une mise en lien avec les mécanismes de changement. Cela, de façon générale et dans des situations précises.

L'axe général de la recherche en psychothérapie s'est ainsi déplacé de « *Est-ce que la psychothérapie* marche ? », « *Quelles sont les approches psychothérapiques générales qui marchent dans les différents troubles ?* » à « *Comment une psychothérapie agit-elle et dans quelles conditions ?* » (Kraemer et al. 2001, Séminaire du NIMH 2002, Kazdin & Nock 2003), « *Quels sont les facteurs qui contribuent à des résultats positifs dans chaque type de thérapie, dans différentes thérapies, et à travers les thérapies* » (Barber, 2007).

Cette évolution générale a impliqué un recentrage sur les pratiques et les études intensives de cas, et à une implication associée des cliniciens et des chercheurs. Cette évolution s'exprime dans les thèmes des congrès internationaux de la *Society for Psychotherapy Research* (SPR) et de la S*ociety for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) depuis 2010[12].

Ces principes méthodologiques expliquent l'importance donnée dans le réseau :

- aux études intensives de cas individuelles et aux analyses qualitatives et quantitatives qui les accompagnent ; en effet, ce n'est qu'à partir de données très étendues que l'on peut appréhender les médiateurs et les mécanismes de changement ;
- à l'expertise clinique initiale (jusqu'à la formulation de cas), concernant notamment le diagnostic psychopathologique (qui est particulièrement attentif aux sous-types cliniques et aux dysfonctionnements particuliers qui les accompagnent, ainsi qu'aux points d'appui) pour concevoir la stratégie initiale de la thérapie. Cette stratégie et les objectifs qui l'accompagnent prennent également en compte des variables particulières (p.e., sévérité du trouble) et de contexte (isolement social) : les *modérateurs ;*
- aux variables de processus (patient, thérapeute et sa technique et leurs interactions), qui interviennent initialement sur l'alliance thérapeutique (facteur majeur de résultat) et sur le déroulement de la thérapie, notamment dans le choix des interventions spécifiques.
- au fait que ces études de cas soient issues de pratiques dans le «monde réel» et qu'elles puissent être regroupées car aucun thérapeute ou même institution n'aurait la possibilité de mener seul le travail de recherche que ce programme requiert.

Et le choix d'une structure organisationnelle de réseau.

---

[12] "Going the Distance: From Psychotherapy Research to Practice and Back," (SPR, 2013) ; "Psychotherapy Integration: Researchers and Clinicians Working Together Towards Convergence" (SEPI 2013) ; "Change mechanisms in psychotherapy: State of the art, state of the science, and a bridge between them" (SPR 2012) ; "Change Process Research: Implications for Integrative Practice" (SEPI 2012) ; "Therapeutic Relationships & Psychotherapy Outcomes: Future Directions for Psychotherapy Research, Practice and Training" (SPR 2010)

VI. MISE EN PLACE ET MODALITÉS DE TRAVAIL DU RÉSEAU

1. Préparation de l'organisation du réseau et de son fonctionnement

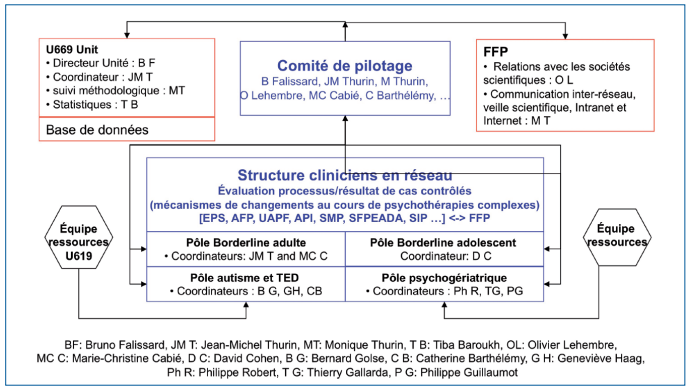
Dans la revue de littérature très étendue qui a précédé la mise en place du réseau, 2 articles nous ont beaucoup aidé car ils présentaient les réflexions et les recommandations d'auteurs à partir de leur expérience dans ce domaine. Ce sont ceux de Borkovec et al. au début de la mise en place du *Pennsylvania Practice Research Network* en 2000 et celui de Kutner et al. dans le cadre de la recherche sur le soin en fin de vie. Leur relecture montre à la fois que les objectifs, les questions centrales, les obstacles rencontrés et la façon de les dépasser qui y sont présentés restent très actuels et transdisciplinaires en ce qui concerne les principes et les modalités de travail.

2. Présentation du réseau et appel à la participation aux études

Un appel général à participation aux études a été lancé à partir de la publication dans *Pour la Recherche 55* de la méthodologie du réseau et des conditions pour participer à ses études. Une première réunion de présentation et de discussion a été organisée le 25 avril 2008. Cette réunion s'est tenue à l'Hôpital Ste Anne à Paris. Un compte rendu a été réalisé dans *Pour la Recherche 56* et toutes les présentations, accompagnées des questions des participants sont affichées sur le site internet. Cet appel a été largement relayé par les institutions, les services concernés et les manifestations scientifiques qui se sont tenues ultérieurement. Trois autres réunions d'appel à participation se sont déroulées dans la même année qui ont concerné les trois pôles du réseau : borderline, autisme et Alzheimer.

Une plaquette de présentation du réseau a été réalisée. Elle est régulièrement diffusée lors des manifestations scientifiques.

- **Coordinateurs :** Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard
- **Institutions :** Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie
- **Soutien et support financier :** Inserm, DGS et Fondation de France
- **Comité de Pilotage :** Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Monique Thurin, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Pr Bernard Golse, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier
- **Méthodologie et analyse des données :** Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib, Bruno Falissard (U669).



BF: Bruno Falissard, JM T: Jean-Michel Thurin, MT: Monique Thurin, T B: Tiba Baroukh, OL: Olivier Lehembre, MC C: Marie-Christine Cabié, D C: David Cohen, B G: Bernard Golse, C B: Catherine Barthélémy, G H: Geneviève Haag, Ph R: Philippe Robert, T G: Thierry Gallarda, P G: Philippe Guillaumot

- **Comment s'inscrire ?**

◆ Adresser un e.mail (mthurin@techniques-psychotherapiques.org) en faisant la demande d'inscription dans l'un des pôles du réseau (border-line, autisme et troubles envahissants du développement ou alzheimer et troubles apparentés).

◆ Le clinicien évaluera le suivi psychothérapique d'un de ses patients dans le cadre d'un groupe de pairs (avec deux autres cliniciens).

◆ Le clinicien désirant s'engager dans les études peut consulter le site internet, poser des questions et participer aux réunions régulières qui se tiennent sur le réseau. Concernant ces dernières, un agenda est affiché sur le site à l'adresse suivante :

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

Fédération Française de Psychiatrie
Unité Inserm U669

Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques



FFP - Hôpital Sainte Anne 1, rue Cabanis - Bât. B - 75014 PARIS
U669 - Maison de Solenn - 97 Boulevard de Port Royal - 75014 Paris
(33) 1 48 04 32 22 - jmthurin@techniques-psychotherapiques.org
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

Qu'est ce que le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) ?

◆ Ce réseau constitue le cadre innovateur d'une recherche clinique en psychiatrie ayant vocation à répondre aux questions qui se posent aux cliniciens dans leurs pratiques quotidiennes. Il est coordonné par B. Falissard (U669) et JM. Thurin (FFP & U669). La recherche porte sur les psychothérapies, un traitement majeur en psychiatrie et en santé mentale.

◆ Les méthodologies développées permettent de mener des études rigoureuses dans des conditions réelles. Elles ouvrent des voies tout à fait prometteuses, tant au niveau des connaissances que des pratiques.

◆ Actuellement, près de 200 cliniciens participent aux études. Des collaborations internationales très dynamiques sont d'ores et déjà établies.

◆ Issue d'une sélection très compétitive par l'Inserm, cette recherche bénéficie du soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation de France.

En quoi ce réseau est-il novateur ?

◆ Sa méthodologie repose sur les études de cas de troisième génération (études pragmatiques de cas) et l'organisation du travail en réseau.

◆ Cette méthodologie associe les approches qualitative et quantitative. Elle permet de décrire effectivement le processus d'approches thérapeutiques qui étaient mises antérieurement hors jeu de la recherche empirique en raison de leur complexité (par exemple, thérapie de jeu, psychothérapie psychodynamique, thérapie psychanalytique).

◆ Chaque étude respecte le processus naturel de la psychothérapie, prend en compte les différences individuelles et intègre les meilleurs critères de preuve.

◆ A partir d'une formulation psychopathologique initiale accompagnée d'objectifs et d'une stratégie de départ pour les atteindre, chaque cas bénéficie d'une observation longitudinale de ses changements manifestes (symptômes, comportements et fonctionnements) et du processus interne de la psychothérapie qui les sous-tend. Il en résulte une vision multidimensionnelle et systématique du processus de changement qui ouvre à une compréhension de ses causes et de ses mécanismes.

◆ La recherche en réseau permet de réunir des cas analogues et d'interroger les différences et les communautés qui interviennent dans leurs trajectoires d'évolution. Le caractère individuel ou plus général des résultats est pris en considération.

◆ Les cliniciens et les chercheurs travaillent en liaison étroite sur un objet commun et réduisent le fossé qui caractérisait auparavant leurs approches respectives.

◆ Le réseau utilise pleinement les nouvelles technologies de communication.

Comment fonctionne-t-il ?

◆ Trois cliniciens se réunissent en groupe de pairs (GP).

◆ Chaque clinicien suit l'évolution de l'un de ses cas pendant un an, à partir des données qu'il recueille au cours des 3 premiers entretiens, puis de 2 entretiens à 3 mois, 6 mois et 12 mois. Les évaluations sont réalisées individuellement. Les cotations sont comparées et discutées en GP jusqu'à accord.

◆ La formation à la recherche est réalisée à partir :

- de présentations de la méthodologie et des instruments sur le site Internet du réseau : www.techniques-psychotherapiques.org/reseau ;
- de formations ciblées ; de réunions de retours d'expériences ;
- d'un accompagnement par mail et éventuellement téléphonique du groupe de pairs.

◆ L'analyse des données de son cas est transmise au clinicien.

Qu'apporte le réseau au clinicien qui y participe ?

◆ Une réduction de son isolement, la possibilité de partager des questions cliniques et théoriques avec une méthodologie solide pour y répondre.

◆ Une connaissance de l'efficacité générale et dimensionnelle de la thérapie qu'il anime.

◆ Un enrichissement de ses outils d'observation clinique et de compréhension des ressorts de l'interaction thérapeutique.

◆ Une possibilité de décrire son approche, les principales actions thérapeutiques qu'il met en œuvre et leur évolution au cours du processus psychothérapique.

◆ Une base de formation à la recherche et la validation de ses obligations d'EPP / DPC.

Quels sont ses premiers résultats ?

◆ Les pratiques ne correspondent pas aux stéréotypes. Les thérapeutes adoptent une attitude empathique et ajustent leur approche à l'état de base et aux évolutions de leurs patients.

◆ Les modérateurs (sévérité des troubles, alliance familiale,....) interviennent dans les résultats.

◆ L'alliance est un facteur essentiel, avec des convergences ou des « rattrapages » entre le patient et le thérapeute.

◆ D'autres facteurs, tels que l'Insight, l'amélioration des relations interpersonnelles constituent des facteurs importants de l'évolution du patient.

3. Souscription aux règles d'éthique, recueil, cotation et gestion des données

a) Information et consentement du patient

Une présentation générale des règles éthiques concernant les études observationnelles telles qu'elles sont conduites dans le RRFPP a été réalisée en avril 2008 par JC Thalabard (diaporama en ligne).

Une demande initiale a été formulée au CCTIR qui a donné son accord, puis à la CNIL qui l'a donné également dans les conditions suivantes :

- Chaque praticien, participant à l'étude RRFPP, Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques et désirant inclure un patient, informe sa famille qui le représente sur l'objet de l'étude.
- En cas d'accord de principe de la famille, le soignant lui remet un formulaire de consentement à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies comprenant une information relative au droit d'accès et de rectification aux informations, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.
- À la réception de l'accord formel du représentant du patient, le soignant contacte Monique Thurin (MT), psychologue clinicienne, responsable des données d'identification, pour obtenir un code patient. Lorsqu'il s'agit d'un premier patient pour ce soignant, un code soignant lui est également attribué. Pour pouvoir participer à l'étude, le soignant doit avoir également désigné deux pairs qui évalueront la psychothérapie de son patient avec les mêmes outils.
- Le *code soignant* est un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement par MT, au fur et à mesure de l'inclusion de leur premier patient par les soignants : 001, 002, … Ce numéro attribué au soignant est unique. Il est noté sur un cahier réservé spécifiquement à cet objet avec les noms et prénoms du soignant. C'est ce code qui lui servira d'identifiant pendant toute la durée de l'étude et permettra son anonymisation. De même, les *codes patients* sont établis séquentiellement, au fur et à mesure de leurs inclusions dans l'étude. De manière à distinguer facilement les codes patients et les codes soignants, les codes patients sont définis de la manière suivante : X, suivi d'un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement, au fur et à mesure de l'inclusion des patients de sexe féminin: X001, X002 …; Y, suivi d'un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement, au fur et à mesure de l'inclusion des patients de sexe masculin: Y001, Y002… . Pour les patients italien un i est inclus dans le code sous la forme Xi01, Xi02 … .

b) Cahier d'observation

- Dès l'attribution du code patient, un livret d'évaluation du patient, anonymisé et relatif à sa pathologie, est remis au soignant sous format *Word* dématérialisé au format *rtf*. C'est ce livret qui permettra au clinicien de réunir les données associées à l'étude de la psychothérapie mise en œuvre avec le patient durant 1 an. La délivrance des codes soignant et patient, ainsi que celle du livret d'évaluation vierge de toute information mise à part l'information pôle, font suite à la requête du soignant, par mail envoyé au responsable des données d'identification.
- À réception du livret d'évaluation, le soignant alimente les informations code et âge du patient, date de début du traitement, code soignant, codes soignants des deux pairs. Il établit ensuite au cours des trois premiers entretiens cliniques, une évaluation qualitative du patient, diagnostic, objectif, stratégie suivant la méthode de formulation de cas, ainsi qu'une évaluation quantitative de sa pathologie à l'aide de scores par utilisation de questionnaires spécifiques à celle-ci. Chaque entretien clinique est également examiné par les deux autres pairs et les scores aux questionnaires pour les trois soignants sont confrontés pour aboutir à une validation globale du diagnostic. Les trois pairs communiquent entre eux par mails sécurisés, par téléphone, ou encore au cours de réunions par Internet ou présentielles.
- A l'issue de cette étape, le soignant transmet l'évaluation initiale, première partie du livret, identifiée par le code patient, validée par le groupe de pairs, par mail sécurisé, au responsable des données d'identification. Si des tests préalables à l'étude ont été réalisés, le clinicien en fait état en complément de la formulation de cas.

c) Recueil et cotation des données

Les données sont issues des notes extensives prise par le clinicien durant ou immédiatement après les séances. Elles sont accompagnées, quand c'est possible, d'enregistrements vidéos issus des 3 premières séances, puis de 2 séances à 2, 6 et 12 mois. Elles sont aussi complètes que possible et contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses comportements, ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce que le thérapeute pense pendant la séance et l'atmosphère de la séance, dans l'ordre chronologique du déroulement.

Ces données sont transmises sous forme électronique aux 2 autres membres du groupe de pairs[13] (non présents durant la séance). Chaque clinicien réalise une cotation individuelle à partir des instruments utilisés dans l'étude, puis une réunion du groupe de pairs (en général par vidéoconférence) permet d'établir la cotation définitive après discussion des écarts de cotation en référence aux données.

La question de la fidélité interjuge, centrale en raison de la composante multicentrique de l'étude, a fait l'objet d'une attention particulière. La procédure d'accord interjuges a été conçue en trois étapes. La première étape est celle d'une cotation individuelle des données par chaque juge, à partir d'instruments validés. La seconde étape est une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global réalisée en groupe de pairs. Cette méthode a été utilisée pour améliorer la fiabilité des cotations d'instruments qui peuvent demander une période d'adaptation pour des cliniciens qui sont isolés et ne les connaissent pas parfaitement, notamment en repérant les biais de cotation et pour formaliser les causes rationnelles de divergence. Le score global n'est jamais obtenu en moyennant les 3 scores mais par discussion à partir des données. Les scores de chaque étape sont conservés.

Ces deux étapes relatives à chaque cas sont complétées par la réalisation régulière de réunions de retours d'expérience dont un des temps est systématiquement consacré aux difficultés éventuelles rencontrées dans les cotations. Des précisions sont données oralement aux participants, généralement en référence aux manuels de cotation. Chaque fois que c'est nécessaire, des instructions complémentaires sont réalisées et affichées sur le site du réseau.

d) Réception, contrôle et stockage des données

Une fois les cotations réalisées et le consensus obtenu pour chacune d'elles, les données sont transmises à MT pour être intégrées et stockées dans les bases de données.

- À réception des évaluations, la responsable des données d'identification, MT, informe le technicien en statistique et Jean-Michel Thurin, psychiatre, responsable du réseau RRFPP, de la disponibilité des données. Les données qualitatives, textuelles sont stockées sur un serveur Mac OS Server X 10.5. Les données quantitatives sont stockées sur un deuxième serveur Mac OS Server X 10.5 localisé au Centre Inserm P Broca. Elles sont alors intégrées dans la base de données du réseau RRFPP, gérée par le logiciel de gestion de fichiers FileMaker Pro.

- MT vérifie que le démarrage de la procédure de suivi du patient est conforme à la méthodologie de l'étude, plus particulièrement que les différentes rubriques sont correctement remplies. Un contrôle de contenu et de cohérence des données quantitatives est ensuite effectué par MT. L'accès à distance aux deux serveurs Mac OS Server est sécurisé au moyen du logiciel File Maker Pro Server et du protocole de partage de fichiers utilisé par Macintosh, AFP (*Apple Filing Protocol*).

- File Maker Pro Server permet de crypter toutes les communications entre les clients équipés de FileMaker Pro et le serveur Mac OS Server X 10.5 à l'aide du cryptage SSL sécurisé. Il permet de désigner un ensemble d'utilisateurs avec des permissions POSIX, inspiré du système de liste d'utilisateurs UNIX et de les surveiller en temps réel au moyen de l'Admin Console. Dans cette étude, la liste des utilisateurs très réduite : Monique et Jean-Michel Thurin, ainsi que le technicien en statistique.

En cas de données incomplètes ou aberrantes, MT le notifie au soignant en l'informant par mail de manière à compléter ou réexaminer les données.

---

13 Les cliniciens travaillent par groupes de 3 pairs.

La date de réception des données fait courir une plage de 2 mois, à l'issue de laquelle, le soignant envoie son évaluation essentiellement quantitative (scores à des questionnaires), validée par son groupe de pairs, suivant la procédure décrite à la deuxième étape. En cas de non réception de celui-ci, MT sollicite son envoi par mail auprès du soignant.

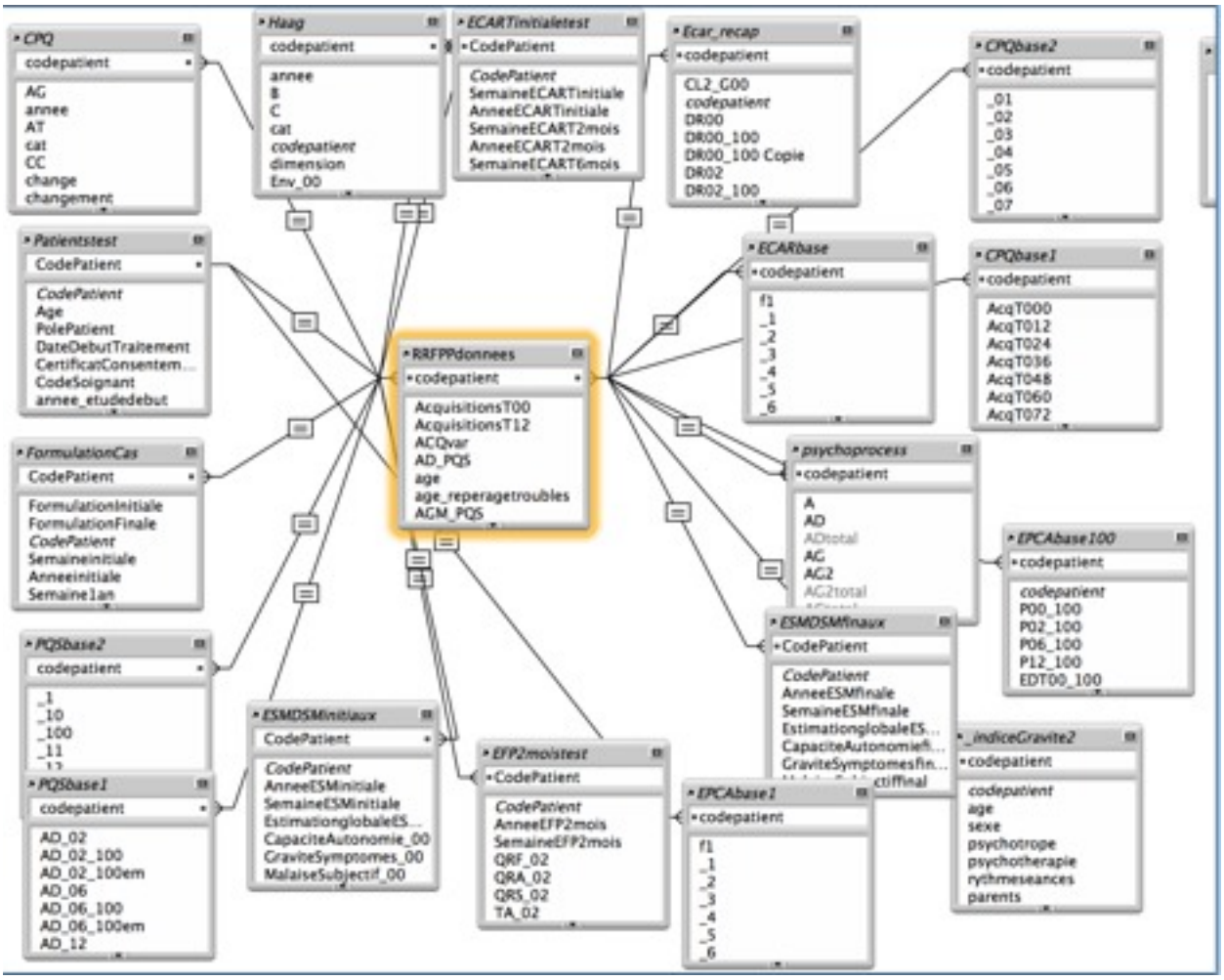
Les procédures à 6 mois, (9 mois si possible) et à 12 mois se déroulent de la même manière : le soignant transmet son évaluation, MT la réceptionne et en contrôle le contenu et la cohérence avant de l'intégrer dans la base.

L'évaluation à 12 mois établit à nouveau un diagnostic du patient, ainsi qu'une formulation de cas, validée par le groupe de pairs. Les données sont transmises une dernière fois à MT et après validation des données, le dossier du cas est clôturé et ne doit plus être modifié.

e) Organisation des bases de données

Les données sont organisées à partir de 12 bases de données, réalisées à partir du logiciel Filemaker Pro, centrées sur les cas individualisés, les indicateurs de résultats, les indicateurs de processus et les cas réunis.

Le graphe de leur organisation est présenté ci-dessous. L'accès au données et leurs présentations sous des formes permettant déjà d'opérer classements, extraits, etc. sous différents formats du cas à l'ensemble des cas ont permis une approche directe et des aperçus rapides qui ont été consolidés par les outils statistiques.



Graphe des bases de données et de leur organisation

4. Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens inscrits dans les études

Le soutien des membres du réseau a une importance majeure. C'est un des aspects sur lesquels Kutner et al. insistent le plus, à partir de leur expérience étendue dans le domaine[14].

Dans le RRFPP, le soutien des cliniciens pour participer au Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, comprendre la méthodologie et utiliser les outils nécessaires s'est organisé autour de six modalités principales : les journées d'information, de formation et de retour d'expérience ; les documents écrits ; le site internet dédié au réseau et les échanges par téléphone ; la reconnaissance de leur travail.

a) Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience

- Celles-ci se déroulent suivant deux modalités
    - Les *Journées* où sont réunis tous les cliniciens de tous les pôles du réseau et le public intéressé.
    - Les *Séminaires* consacrés à chacun des pôles et qui concernent le travail des cliniciens, discuté et présenté autour des résultats.

b) Les documents écrits

- Le livret d'évaluation, spécifique à chaque pôle
    - Il est adressé à chacun des cliniciens dès leur engagement dans le réseau. Il reprend pas à pas la méthodologie avec les fiches d'évaluation
- Les publications de *Pour la Recherche*

---

[14] « **Soutenir le Réseau**
Les RRFP ont, par définition, ont une vie indépendante des études individuelles. Afin de maintenir un RRFP au fil du temps, une attention particulière doit être accordée aux besoins des membres du réseau. Les besoins des membres du réseau peuvent être traités de diverses manières: (1) Fournir les résultats propres de chaque site et les résultats agrégés en temps opportun pour les sites participants, avec leur interprétation et suggestions pour leur traduction dans la pratique clinique - le retour intellectuel d'un projet peut être la meilleure récompense pour leurs efforts. Le fait de ne pas recevoir en temps opportun un retour sur les résultats d'une étude peut créer du ressentiment et réduire l'intérêt pour les projets de recherche futurs ; (2) Aider à l'utilisation des données de l'étude du réseau pour l'amélioration de la qualité / des projets d'assurance qualité ; (3) Fournir sur place des services se rapportant - aux études du réseau ; (4) Mener des revues de littérature - pour les membres du réseau - et fournir des articles pertinents ; (5) Tenir compte des intérêts de recherche des membres. Ceux qui pensent que le projet est sans importance ou ne concerne pas leur population de patients sont peu susceptibles d'être d'une grande aide ; (6) adapter le projet aux routines cliniques. Un projet de recherche clinique située dans un cadre communautaire doit s'intégrer harmonieusement dans le fonctionnement quotidien de la pratique. S'il apparaît qu'un projet interfère de façon significative avec le soin des patients, l'investigateur doit être prêt à faire des changements dans la conception ou la mise en œuvre de la recherche, y compris le lieu ou le mode de recrutement des patients, la durée de passation des instruments d'étude, la méthode et les fréquences de suivi, la source de données de l'étude ; (7) limiter la charge sur les personnes en maintenant des exigences proportionnées au temps qu'ils ont actuellement à consacrer au projet.
L'équipe de recherche doit rester consciente et reconnaître les exigences concurrentes rencontrées par les cliniciens. Le maintien de l'intérêt que les membres RRFP portent à la recherche en général et la possibilité de générer leur intérêt à participer à des études particulières nécessite un contact personnel continu et fréquent entre l'équipe de recherche et les membres du réseau via des appels téléphoniques, des visites de sites, des messages e-mail, lettres, etc. En outre, l'équipe de recherche devrait fournir à ses sites membres les moyens d'établir des relations publiques, de donner des informations via des communiqués de presse, de gérer la paternité (ou au moins la reconnaissance dans les publications), et les mentionner dans les bulletins de la société et professionnels. Le RRFP devrait continuellement rechercher comment augmenter le respect et la réputation du réseau parmi les sites participants, les organisations professionnelles et les collègues.
Des mesures incitatives pour les sites participants et les individus sont appréciées et aident la participation à l'étude et son achèvement. Notre réseau a utilisé des certificats reconnaissant l'activité des personnes, des marques de reconnaissance des organisations pour leurs contributions à l'étude, des logos, des stylos, des abonnements à des revues et des réunions festives pour remercier ses membres pour leurs contributions aux études ». In Kutner et al. 2005.

- Plusieurs numéros ont été consacrés à la méthodologie générale, la méthodologie de chacun des pôles et des synthèses de retour d'expérience.

- Les rapports d'étape du réseau et leur discussion.

c) Le Site internet dédié au Réseau www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

Il comprend

- Une information générale des conditions pour devenir membre : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Candidatures.html

- Le coffre à outils des membres du réseau : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html

  - ce lien propose une page où le clinicien peut consulter la méthodologie générale du réseau dans toutes ses composantes sous formes de textes, de diaporamas

  - le clinicien peut facilement télécharger les outils informatiques utiles pour la lecture des vidéo présentées (*Quicktime*) ou pour la communication à distance en groupe de pairs (*Skype*)

  - la marche à suivre pour débuter les études

  - cette page propose également des liens concernant les informations pour chacun des pôles : description générale des outils et le lien de la méthodologie spécifique à chacun d'entre eux.

  - A partir de cette page les cliniciens concernés par l'un des pôles peuvent accéder à des formations aux instruments, et réaliser des passations en ligne[15].

- Le calendrier des activités du réseau http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Calendrier.html

  - Il est très utile aux cliniciens qui peuvent consulter les dates des réunions mais aussi qui y trouvent le compte rendu des réunions antérieures (diaporamas et vidéos)[24].

- La veille bibliographique concernant les thèmes prioritaires de recherche http://www.psydoc-france.fr/Phorum5/list.php?10

  - Des résumés des recherches récentes concernant les thèmes du réseau sont consultables.

- Le site techniques-psychotherapiques.org : http://www.techniques-psychotherapiques.org/

  - Véritable source documentaire sur l'évaluation des psychothérapies

d) Les échanges e.mail avec les cliniciens

- Prise de contact : inscription dans le réseau

  - Les échanges e.mail avec le clinicien commencent avec sa demande de participation. En retour une fiche de renseignements le concernant lui est adressée. Elle contient son nom, son adresse professionnelle, les modalités de prises en charge psychothérapique de ses patients (privée, institutionnelle, etc), ses bases théoriques (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, etc). À cette occasion, il est demandé au clinicien l'âge, le sexe et la date de la première séance de psychothérapie du patient qu'il engage dans les

[15] ce niveau est accessible avec mot de passe, distribué à chacun des cliniciens qui s'inscrit dans le réseau.

études (à partir de laquelle l'évaluation commencera). En retour de ces informations, le clinicien reçoit un code pour lui, un code pour son patient (anonymisation des données cliniques) et le livret d'évaluation relatif au pôle dans lequel il s'inscrit.

- Aide à la prise en main de la méthodologie
    - A partir de ces préalables de nombreux échanges ont lieu pour répondre aux questions du clinicien, pour expliquer à nouveau un point méthodologique, pour aider à la passation d'instrument…
- Les évaluations
    - Les fiches d'évaluation des différents instruments sont adressées par e.mail à un seul correspondant (M Thurin) qui les vérifie. Le cas échéant elle demande des précisions au clinicien ou de revoir en groupe de pairs des éléments non précisés. Pour chacun des cas suivis, l'évaluation définitive est constituée de 23 fichiers : 9 contiennent les données de base (notes exhaustives des séances), 2 contiennent les formulations de cas initiale et à 12 mois correspondant à un diagnostic psychopathologique de l'enfant, ses problèmes mais aussi ses atouts, 1 fichier contient les modérateurs, les 11 autres contiennent les évaluations réalisées avec les différents outils : 1. évaluant les symptômes et comportements, 2. le développement et 3. le processus interne de la psychothérapie.
    - Un point régulier est réalisé avec les groupes de pairs. Il permet de vérifier que les données sont bien arrivées et de dynamiser le travail des cliniciens.

e) Les échanges par téléphone

- Le clinicien peut appeler tous les lundis de 21h à 22h. D'autres rendez-vous téléphoniques pour discuter de la méthodologie ou d'un point difficile à résoudre par le clinicien sont pris individuellement.

f) La reconnaissance du travail des cliniciens

Elle se fait, comme proposé dans l'article de Kutner par référence à leur travail dans les présentations, articles, conférences. Le groupe italien a demandé des certificats à l'occasion d'une de ses Journées, ce qui a été réalisé.

5. Agenda des réunions de formation, d'information et de retour d'expériences

Durant les années 2008-2012, 28 réunions générales et du pôle autisme ont eu lieu. Plusieurs d'entre elles ont été publiées dans *Pour la Recherche.*

2008

- 12 février 2008. Présentation du réseau. Service du Pr Cohen Pitié Salpétrière (Paris)
- 25 avril 2008. Présentation du réseau et échanges pour sa mise en oeuvre. actes
- 19 mai 2008. Réunion (1) du groupe de pilotage du pôle Autisme
- 13 juin 2008. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 10 juillet 2008. Réunion (2) du groupe de pilotage du pôle Autisme
- 5 septembre 2008. Réunion d'information générale du pôle Autisme - actes
- 22 septembre 2008. Présentation du réseau. Service du Pr Schmit (Reims)
- 25 octobre 2008. Réunion de formation pour le pôle Autisme - programme
- 5 décembre 2008. Journée d'étape et de retours d'expérience - actes

2009

- 9 février. Réunion du groupe de pilotage du réseau

- 6 mars. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : pôle autisme
- 13 juin. Présentation et discussion de la méthodologie du réseau (autisme) avec comités Italien et Anglais
- 13 juin. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : pôle autisme
- 15 juin. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 7 septembre. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 25 septembre. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : réunion commune
- 12 décembre. Réunion méthodologique du Pôle autisme Italien

2010

- 22 Janvier 2010 Journée d'étape et de retours d'expérience *PLR n° 63 (Décembre 2009)*
- 29 mai 2010. Séminaire de travail avec le groupe italien
- 3 juillet 2010. Pôle autisme : Séminaire autour des évaluations dans les groupes de pairs
- 1er octobre 2010. Groupe de travail sur le Questionnaire classé de Processus Psychothérapique de l'Enfant (*Child Psychotherapy Process Q-sort*)
- 13 novembre 2010. Réunion méthodologique du pôle autisme italien.
- 29 novembre 2010. Comité de pilotage - analyse des données (U669)
- 4 décembre 2010. Séminaire pôle autisme (Formulation de cas et Grille EPCA)

2011

- 4 mars 2011 : Séminaire pôle autisme
- 2 avril 2011 : Conférence internationale Rome avec le groupe italien *PLR* n° 68-69 *(Mars-Juin 2009)*
- 14 mai 2011 : Présentation de cas
- 9-10 septembre 2011 : U669 atelier d'écriture article
- 30 septembre 2011 : Journée du Réseau à Paris de 9h à 17h centrée le matin sur le pôle autisme.

2012

- 29 septembre 2012. Conférence internationale Gènes avec le groupe italien *PLR* n° 72-73
- 8 décembre 2012 : Journée du Pôle autisme à Paris de 9h à 17h.

Compte rendu du séminaire avec les cliniciens du pôle autisme du 8 décembre 2012.
Ce séminaire s'est tenu au petit Amphi de la CMME à l'hopital St Anne de 9h45 à 17h. Le déjeuner s'est tenu à la Fiap avec les participants (rue Cabanis - 75014 Paris).

Cette journée séminaire avait pour objectif de réunir l'ensemble des participants du pôle autisme (cliniciens et responsables) pour une discussion approfondie autour de deux points principaux :

1. Un point sur les interventions faites à partir du pôle autisme (présentations dans diverses manifestations scientifiques, nationales et internationales, que nous avons mises en ligne et qui peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.techniques-psychotherapiques.org/reseau/calendrier.html (avec un login et mot de passe pour entrer) ;

2. Questions des cliniciens et réflexion sur les publications et les différents formats envisagés.

Étaient présents à cette journée un représentant au moins de chaque groupe de pairs des cliniciens, le Pr Catherine Barthélémy et le Dr Geneviève Haag, responsables du pôle autisme, le Dr Jean-Michel Thurin (U669 - FFP), coordonnateur du Réseau, Monique Thurin pour l'animation et la méthodologie en relation avec les cliniciens, Tiba Baroukh et Fadia Dib pour l'Unité 669 concernant l'aide à l'analyse statistique.

Les présentations réalisées lors des différents congrès ont été largement discutées par les participants. Les questions et propositions ont permis une ouverture sur des points à préciser dans le rapport d'étape 2013 du réseau.
Ces présentations concernaient les posters affichés et discutés à Virginia Beach (niveaux 2 et 3 de l'analyse), ceux présentées au congrès international de Tours (IRIA) sous le titre «La thérapie est-elle ajustée aux spécificités des patients. Groupe de patient se caractérisant par son insuffisance de régulation émotionnelle. Les trois interventions présentées au congrès IACAPAP : 1. apport des études de cas individuels, leurs limites, dispersion des cas, mais aussi précision des données ; 2. étude des groupes (stats) ; 3. Comparaison de groupe. La présentation à l'ANCRA de Catherine Brodin (clinicien dans un groupe de pairs du réseau - Caen, service du Pr Baleyte).

À la suite de ces interventions a été abordée en détail la question des modérateurs introduits dans le cadre des évaluations. Les cliniciens ont beaucoup apprécié les précisions apportées sur ce concept clé nécessairement pris en compte pour aborder le travail psychothérapique. Les cliniciens ont bien relevé que contredisant le discours actuel, il s'avère que la prise en charge précoce est majoritaire chez les patients qui ont été évalués ainsi que leur suivi scolaire présent sous une forme ou une autre (intégration complète avec ou sans AVS, demies journées, quelques heures...).

Des tableaux réunissants les données des 50 premiers cas terminées ont été présentés qui ont permis d'appréhender avec les participants des points essentiels, notamment les groupes d'âge en relation aux différents instruments d'évaluation et surtout sur les différentes dimensions qu'ils abordent.

La deuxième partie de la journée a été consacrée d'abord aux questions spécifiques des cliniciens : les questions éthiques, la formulation de cas et les autres instruments d'évaluation. Il faut rappeler ici que tous les cliniciens ne sont pas au même temps de leur formation aux outils et à la compréhension de la méthodologie, certains ayant intégré le réseau plus récemment.

La dernière partie de cette journée a porté sur une réflexion sur les publications et les points importants à communiquer à la communauté clinique et scientifique.

Les cliniciens ont reformulé l'importance pour eux de ce travail dans leur approche des enfants autistes. À partir des points abordés et des réponses apportées, deux groupes de pairs ont souhaité s'inscrire dans le réseau. Ils ont aujourd'hui commencé les évaluations.

2013

- 22 avril 2013. Présentation du réseau. Service du Dr Chambry Fondation Vallée (Gentilly)

6. Publications relatives au réseau dans *Pour la recherche*

- n° 55 (décembre 2007). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Publication de la réponse à l'appel d'offre Inserm.
- n° 56 (mars 2008). RRFPP (2). Compte rendu des questions posées au cours de la journée du 25 avril 2008.
- n° 57 (juin 2008). RRFPP (3). Point sur le pôle autisme.
- n° 58 (septembre 2008). RRFPP (4). Point sur le pôle borderline.
- n° 59 (décembre 2008). RRFPP (5). Point sur le pôle Alzheimer.
- n° 60 (mars 2009). RRFPP (6). Journée d'étape du 5 décembre 2008.
- n° 61 (juin 2009). Traduction et manuel d'utilisation du PQS (Psychotherapy Process Q-Set).
- n° 63 (Décembre 2009) Journée d'étape du Réseau. 22 janvier 2010
- n° 66 (Septembre 2010). Questionnaire de configuration du processus psychothérapique (version enfant)

- n° 68-69 (Mars-Juin 2011). Compte rendu de la conférence internationale de Rome (Pôle autisme Italien du réseau).
- n° 71-72 (Décembre 2011-Mars 2012). L'autisme, Grande Cause Nationale 2012.
- n° 73-74 (Décembre 2012). Compte rendu de la conférence internationale de Gènes (Pôle autisme Italien du réseau).

VII. MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES ET ANALYSE DES DONNÉES

1. Méthodologie concernant le suivi du patient

À partir du temps T (soit un début de psychothérapie, soit une psychothérapie en cours), le psychothérapeute prend en notes extensives les trois premières séances qui serviront de base à l'évaluation. Puis trois nouvelles évaluations seront faites à 2 mois, 6 mois et 12 mois où deux séances sont prises à nouveau en notes extensives.

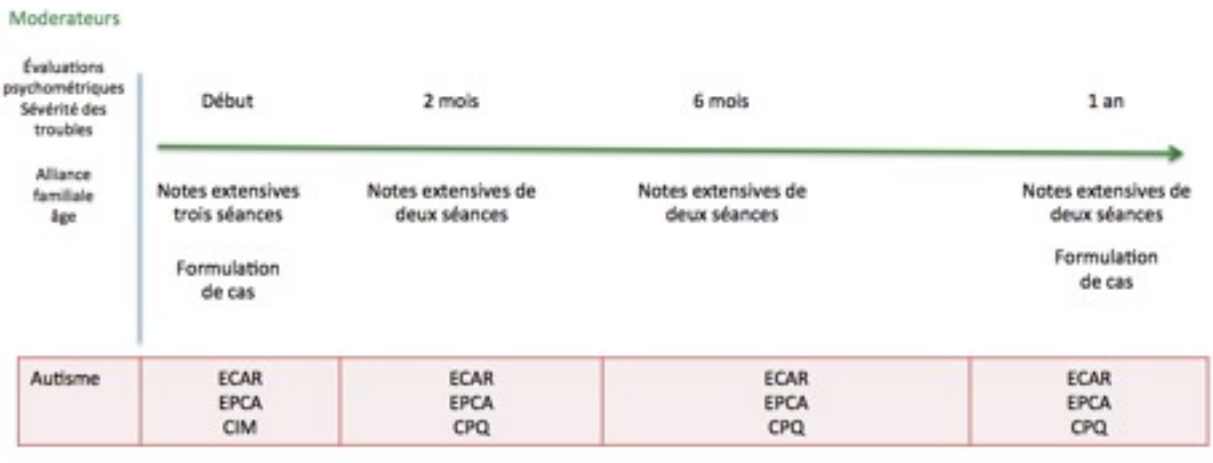


SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES PAR LES CLINICIENS

Pourquoi des notes extensives ? La méthodologie proposée dans le réseau repose sur des études pragmatiques de cas, c'est-à-dire des études en situations naturelles. De ce fait, les évaluations ne doivent pas interférer dans le cours de la séance et c'est à partir de données cliniques écrites que les grilles seront remplies par le clinicien et les pairs. C'est donc au final sur une évaluation d'une dizaine de séances de psychothérapie prises à des temps différents que les changements qui se sont produits pourront être appréhendés à partir de trois principaux types d'outils :

- La formulation du cas, la ligne de base des évaluations pour les trois pathologies concernées. Il s'agit d'établir une définition des problèmes et un diagnostic psychopathologique du patient qui conduisent à formuler des objectifs et une stratégie pour les atteindre. Elle est proposée en quatre points dans la méthodologie de réseau :

  1. Problèmes actuels du patient et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement
  2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies, …)
  3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne. Éléments favorables ; éléments repérés comme manquant

4. Première définition du but et des objectifs intermédiaires de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre (modalité psychothérapique utilisée).

- Les outils évaluant la sévérité des symptômes et le fonctionnement du patient ECAR-t (Barthélémy, Lelord, 1997) et la Grille de Repérage des Etapes Evolutives de l'Autisme Infantile (EPCA, Haag et al. 1995) pour le pôle autisme).

  L'évaluation du fonctionnement est établie à partir d'indicateurs, par exemple pour le pôle autisme : Autonomie, Gravité des symptômes, Déficience relationnelle, Malaise et détresse subjective, Utilisation par l'enfant de ses capacités notamment dans le jeu, l'apprentissage et le langage, Qualité de la communication, Exploration de l'espace et des objets, nature et diversité des intérêts de l'enfant, Expression et tolérance émotionnelle, Insight, Résolution de problème et capacité adaptation …

  Ces indicateurs permettent donc d'appréhender des évolutions intrapsychiques et intersubjectives, et de prendre en compte des indices de santé. Les outils qui permettent de les recueillir sont très proches de la clinique et simple à utiliser.

- Un outil d'évaluation du processus, le CPQ. Cet instrument décrit le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Il permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement les interactions thérapeute-patient. L'étude des processus de changement, à partir de l'évolution des configurations caractéristiques de la thérapie, n'est pas seulement une comparaison de tableaux statiques, mais prend en compte la dynamique de leur variation dans leur contexte d'expression.

2. Méthodologie concernant les évaluations

Un des points importants des études est que le clinicien participe aux évaluations. Cela lui permet d'approfondir la connaissance du processus de la psychothérapie qu'il conduit et de ses résultats. Il travaille avec deux autres cliniciens, ce qui permet de promouvoir la discussion clinique et d'obtenir une validité « inter juges » : les codages des différents instruments sont réalisés par chacun des membres du groupe de pairs. Une réunion de consensus avec retour aux données quand il y a divergence conduit à une cotation définitive. La cotation de chaque item est ainsi validée non seulement par le clinicien en charge du patient mais également par deux de ses pairs

. En résumé, trois cliniciens constituent un groupe de pairs. Ils ont trois patients en psychothérapie dont les données cliniques seront évaluées par chacun et validées au cours de réunions de discussion. Ces réunions peuvent se tenir en présence directe ou par internet (via skype).

3. Élaboration du plan d'analyse et outils statistiques

Le plan d'analyse a été élaboré à partir du second semestre de fonctionnement du réseau au cours d'une réunion hebdomadaire par JM Thurin, M Thurin et T Baroukh. Il est issu, au niveau général, des chapitres méthodologiques 2 et 5 de l'expertise collective Inserm publiée en 2004[16] et des publications auxquelles elle se réfère. Cette analyse de la littérature a été complétée par les articles parus depuis les années 2002 centrés les nouvelles approches et la nécessaire collaboration entre cliniciens et chercheurs. Ces travaux sont présentés dans une série d'articles publiés par JM Thurin[17] et M Thurin[18]. Les questions relatives aux réseaux ont également été approfondies au cours des congrès internationaux.

---

[16] Inserm. Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris : Inserm, 2004.

[17] Publications de JM Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies : http://www.techniques-psychotherapiques.org/PublicationsPsychothJMTvfr.html

18 Publications de M Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies http://www.techniques-psychotherapiques.org/administrationsite/CVMThurin.htm

Différents ouvrages et articles ont particulièrement participé à la mise au point du plan d'analyse. Parmi les ouvrages, il faut citer ceux de A Kazdin[19], W Shadish[20] B Falissard[21] et McLeod[22]. Ceux concernant la création et l'utilisation du *Psychotherapy Process Q-set* et du *Child Psychotherapy Process Q-set* ont été particulièrement utiles. Ils sont regroupés dans une revue de littérature de M Thurin (en annexe accompagnée d'un tableau récapitulatif). Certains d'entre eux ont été traduits et sont en ligne sur www.techniques-psychotherapiques.org. Parmi les articles plus généraux, nous nous soulignons le numéro spécial de la revue *Psychotherapy Research*[23], celui de la *Clinical Psychology Review*[24], la revue en ligne *Pragmatic Case Studies* de Fishman[25] et en particulier le numéro consacré à la méthode d'étude comparative de cas[26], les nombreux articles publiés par AE Kazdin sur les questions méthodologiques et les recommandations de recherche associées à l'étude des mécanismes de changement (en annexe), ainsi que l'article de Kraemer et al[27].

Les calculs statistiques ont été réalisés parallèlement par programmation sur *R* et à partir des différents modules de *XLSTAT* développés depuis plus de dix ans dans le but de rendre accessible au plus grand nombre un outil d'analyse de données et de statistique à la fois puissant, complet et convivial.

4. Une analyse à 3 niveaux

L'analyse des données issues des études de cas d'enfants autistes est réalisée à trois niveaux suivant le plan suivant :

a) cas individuel

La méthodologie mise en œuvre est celle d'études de cas isolés contrôlées.

Le diagnostic est établi à partir de la CIM 10 et d'une formulation structurée du cas. Il est complété par les différents bilans réalisés et l'identification des principaux *modérateurs* potentiels[28].

---

[19] Kazdin A E. Single case Research Designs. N.Y. Oxford, Oxford University Press, 1982.

20 Shadish, W., Cook, T. & Campbell, D (2002) Experimental & Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference. Boston: Houghton Mifflin.

[21] Falissard B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Paris, Masson 2005.

[22] Single case studies, second, McLeod J. The role of case studies in the development of theory and practice in counselling and psychotherapy. London, SAGE bacsp, 2010

[23] Special Issue; Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research. *Psychotherapy research* 2009 ; 4-5 : 369-615

[24] Special Issue. New Approaches to the Study of Change in Cognitive Behavioral Therapies. Edited by Debra A. Hope and Adele M. Hayes. *Clinical Psychology Review*. Volume 27, Issue 6, Pages 679-768 (July 2007)

25 Fishman D. The "Individual-Case-Comparison" Method for systematically comparing good-outcome and poor-outcome RCT clients: editor's introduction. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, http://pcsp.libraries.rutgers.edu 2011 ; 7(2), Article 1, pp. 242-245, 06-05-11.

[26] Fishman D. The «Individual-Case-Comparison» Mehtod for systematically comparing good-outcome and poor-outcome RCT clients: Editor's Introduction. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 2011 ; 7(2): 241-245.

[27] Kraemer H, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry* 2001 ; 6:158:6.

28 Modérateurs : Âge de l'enfant et genre, Sévérité de l'autisme, Début manifestations et de la prise en charge, Comorbidités somatiques ?, Plateau technique (type de psychothérapie, nombre de séances/semaine, autres médiations thérapeutiques), Psychotropes ?, Soutien de l'enfant par sa famille, Collaboration avec la famille, Scolarisation ?, Contextes (événements de vie, familial et psychosocial) et autres éléments.

Les changements manifestes et leur chronologie sont étudiés à partir de deux instruments ECAR[29] (comportements autistiques) et EPCA[30] (réduction des comportements pathologiques, développement des représentations psychiques et acquisitions d'aptitudes). Ils sont complétés par 3 indicateurs issus du CPQ concernant l'insight, l'état émotionnel, son expression et l'évolution des défenses, la relation au monde.

L'analyse du processus est réalisée à partir du *Child Psychotherapy Q-set* (CPQ)[31] . Le CPQ comprend 100 items dont la cotation de -4 à +4 doit respecter une distribution normalisée.

a. Sélection des items *les plus caractéristiques*, à 2 mois, 6 mois, 12 mois et en moyenne sur l'année, de ceux *restés stables aux valeurs centrales* (-2 et +2), et enfin des items r*estés à une valeur neutre* (-1, 0 et +1).

b. Définition du poids respectif des facteurs potentiels de changement (*médiateurs*[32]). Les médiateurs sont issus d'une configuration fixe (préconstruite)[33] ou émergente[34] d'items du CPQ.

c. Les changements manifestes, leur intensité et leur chronologie sont mis en relation avec les médiateurs de changement et avec les modérateurs (voir présentations dans PLR 60, pp 7-8) et 63). Les relations réciproques entre le tableau clinique, les médiateurs activés et la chronologie de leur activation sont examinés.

d. Un rapport synthétique est réalisé pour chaque patient.

b) ensemble des cas

Les changements manifestes de l'ensemble des *n* cas regroupés entre T0 et T12 et leur chronologie sont présentés.

---

[29] Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B.,Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. Journal of Autism and Developmental Disorders, 27, 2, 139-153.

[30] Haag G., Botbol M., Graignic R.,Perez- Diaz F., Bronsard G., Kermarrec S.,, Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S. : Haag G., Tordjman S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S, Guilé J.M., Cohen D., Tordjman S., The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, *Journal of Physiology,* Vol. 104- N° 6, p. 323-336.

[31] Schneider C et Jones E. *Child Psychotherapy process Q-set* (CPQ). Traduction française : M Thurin, JM Thurin et C Schneider. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. *Pour la Recherche 2010 ; 66* (3) :1-12.

32 Médiateur : une variable intermédiaire qui peut expliquer (statistiquement) la relation entre les variables indépendantes et dépendantes. Quelque chose qui médiatise le changement peut ne pas nécessairement expliquer le processus suivant lequel le changement s'est produit. En outre, le médiateur peut être le représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être un concept général qui n'est pas nécessairement destiné à expliquer les mécanismes du changement. Un médiateur peut être un guide qui indique les mécanismes possibles, mais n'est pas nécessairement un mécanisme.
Mécanisme : ce qui produit l'effet, à savoir, les processus ou les événements qui sont responsables du changement ; les raisons pour lesquelles le changement s'est produit ou la façon dont le changement est arrivé. (Kazdin AE. Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy. Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007; 3:1-27)

33 Les facteurs préconstruits concernent l'alliance thérapeutique et quatre configurations thérapeutiques relatives aux principales fonctions pivots potentiellement impliquées dans les changements : expression et conscience des affects, communication et verbalisation, interprétation de la signification des comportements, conseils et interventions à propos des comportements. L'alliance thérapeutique est considérée globalement, et à partir de sous-facteurs concernant le patient (engagement vs résistance, participation aux activités, relation transférentielle avec thérapeute), le thérapeute (engagement et ajustement technique) et leur interaction (incluant les thèmes abordés avec le thérapeute).

34 Les facteurs émergents sont issus de l'analyse factorielle de l'ensemble des valeurs moyennes de chacun des 100 items (à partir des 3 cotations 2, 6 et 12 mois) chez chaque patient (pour 50 patients, 50 valeurs moyennes de 100 items). Ils permettent de distinguer un facteur commun et plusieurs facteurs spécifiques qui sont identifiés par leur thématique générale. Le profil de la psychothérapie de chaque patient est caractérisé par la valeur propre de chacun de ces facteurs (présentation ci-dessous)

Le profil général du processus interne de la psychothérapie des *n* cas regroupés est décrit à partir de leurs 20 items les plus caractéristiques et des médiateurs qui y participent, des items restés stables aux valeurs centrales ou neutres.

Une classification des trajectoires est réalisée à partir des situations initiales et des effets constatés à 12 mois dans les domaines du comportement et du développement (scores ECAR et EPCA) de façon générale.

Les situations cliniques spécifiques initiales extrêmes sont distinguées (par exemple, sévérité ou caractère modéré du trouble, déficit important de la régulation émotionnelle, déficience relationnelle et de l'engagement, déficit d'aptitudes, etc.). Leur incidence est étudiée à la fois au niveau des résultats et de l'ajustement de la thérapie par rapport au groupe moyen qui fonctionne comme groupe témoin.

Les spécificités du processus correspondant à des spécificités cliniques sont recherchées et décrites (ajustement de la thérapie aux spécificités).

c) cas comparés

Comparaison des variations du patient avec celles du groupe sur les 3 périodes et dans toutes les dimensions.

Les cas analogues sont regroupés et leurs trajectoires sont comparées. Les facteurs potentiellement impliqués dans des trajectoires atypiques sont systématiquement recherchés.

Ces trois étapes sont précisées dans le plan d'analyse décrit en annexe. Elles seront présentées en détail dans les chapitres correspondants du rapport.

VIII. EXEMPLE D'UNE ÉTUDE DE CAS : MERLIN

1. Évaluation à Baseline

a) Vignette d'introduction

Les parents de Merlin (Y001 dans l'étude), très inquiets de son développement atypique, ont contacté directement la psychothérapeute. Ils avaient refusé l'hospitalisation à 40 km de chez eux et le traitement psychotrope proposé contre l'agitation. Le diagnostic d'autisme modéré a été établi pour Merlin. Il souffre également d'une maladie somatique importante qui a nécessité plusieurs hospitalisations. Il a vécu une période compliquée au moment de sa naissance car sa mère a été brutalement hospitalisée alors qu'il avait 15 jours.

Lors de la première séance l'enfant passe son temps à coller et décoller des étiquettes qu'il empile ensuite sur sa main. Son regard ne croise pas celui de la psychothérapeute. Il frôle les murs et s'y accroche, comme collé ; il se provoque des stimulations visuelles en appuyant sur ses globes oculaires. Il jette beaucoup les objets et agresse sa mère en la mordant, la frappant et la griffant. Il est très agité et ne peut être intégré dans un groupe avec des enfants de son âge.

Merlin a 4 ans au moment de son inclusion dans l'étude. Il est en psychothérapie depuis 2 ans (2 séances par semaine, de 45 mn) au moment de son entrée dans l'étude. Il est noté qu'il ne possède pas le langage, qu'il présente une absence d'autonomie, a des problèmes d'alimentation et de comportement (agressivité, agitation, stéréotypies) et un important retrait dans la relation.

b) Modérateurs de la psychothérapie

Merlin a commencé sa psychothérapie à deux ans et demi. Il bénéficie d'un très bon soutien familial. Les parents s'entendent très bien. Il a en outre un très bon plateau technique (école, thérapeute, orthophoniste, etc...) qui sont en bonne alliance associant les parents. Le début de vie a été difficile pour cet enfant dont la maman a du être hospitalisée lorsqu'il avait 15 jours, puis c'est lui qui a déclaré une maladie grave des reins qui a rendu des hospitalisations régulières indispensables. Le travail de la thérapeute avec les parents est très positif et vise à lever les angoisses liées à sa maladie (rencontre avec la pédiatre), aux acquisitions, etc. Elle rencontre également la fratrie quand un problème se pose avec Y001.

L'indice de sévérité contextuelle (IG) a été évalué à 2/10 (contexte précoce difficile et comorbidité somatique)

c) Formulation de cas initiale

1. Symptômes et problèmes actuels de l'enfant

Absence d'autonomie, Langage très restreint, Troubles alimentaires, Troubles du comportement (agressivité, agitation, stéréotypies), Retrait dans la relation.
Evénements stressant : maladie somatique entraînant de nombreuses hospitalisations et fractures.
Éléments favorables : prise en charge orthophonique, scolarisation (2 matinées/semaine), soutien parental à la psychothérapie et bonne collaboration avec les autres intervenants.

2. facteurs non dynamiques

Mère hospitalisée 15 j après la naissance, confié à sa grand-mère dépressive.
Maladie des reins et des os.

3. Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant

Impact respectif des problèmes médicaux précoces, du sevrage brutal, des hospitalisations à répétition, des fréquentes séparations.

4. Objectifs

Gagner le niveau de communication compréhensive à partir des démonstrations de l'enfant permettant d'ouvrir le champ de son développement et de son autonomie (image du corps, propreté, langage, activités ludiques et relationnelles).

5. Stratégie de départ

Jeux avec l'eau (transvasement travaillant la contenance et évoluant vers l'imitation dans des activités de ménage, par ex). Jeux de balle travaillant sur la qualité de la communication.
Approche psychodynamique (2 séances (45mn)/semaine). Rencontres trimestrielles avec les parents.

2. Évaluation des changements manifestes entre 0, 2, 6 et 12 mois

a) Mesures

1. Instruments

L'évolution de Merlin est décrite dans trois dimensions : symptomatique et comportementale (ECA-R), développementale (EPCA), et à partir certains traits de son fonctionnement psychique (CPQ).

L'ECA-R (Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques)[35] comporte 29 items cotés de 0 à 4 en fonction de leur fréquence d'apparition. Elle permet d'explorer l'enfant autiste dans différents domaines de son comportement : retrait social, troubles de la communication verbale et non verbale, adaptation aux situations environnementales, troubles du tonus, motricité perturbée, réactions affectives, troubles des grandes fonctions instinctives, troubles de l'attention, des perceptions et des fonctions intellectuelles. Elle indique, pour les différents comportements observés, les variables spontanées au cours du temps et les améliorations induites par les thérapeutiques et les rééducations. Les données quantifiées recueillies à partir de l'échelle sont par ailleurs utilisables en tant que variables cliniques pour la recherche d'éventuelles relations avec d'autres variables. Il est ainsi possible de suivre l'évolution de la « déficience relationnelle » (DR) et de « l'insuffisance modulatrice » (IM) à partir de scores récapitulatifs spécifiques qui complètent l'évolution globale (EG).

[35] Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B.,Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 139-153.

L'EPCA (Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme)[36] permet de suivre le développement de l'enfant autiste dans sept dimensions au cours de cinq étapes évolutives : expressions émotionnelles dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives. L'axe théorique sous jacent est que la constitution de l'image du corps est au cœur de la situation subjective et de sa symbolisation. La relation à l'environnement et à l'autre peut être abordée à partir de l'évolution du regard, du langage, de l'exploration et des manifestations agressives. Les 147 items sont répartir suivant 3 aspects : Pathologie (P), Développement (D) et Développement Temporaire (EDT).

Le CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set) (Questionnaire (classé) de configuration du Processus de la Psychothérapie chez l'Enfant)[37] *constitue un langage commun* pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.

L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Le CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacune des 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0).

2. Mesure à T0 des symptômes et comportements autistiques (ECA-R)

CP	âge	EG00				DR00				IM00			
Y001	5	52				50				67			
EM		15				7				30			

EG00 : score général à T0, DR00 : déficience relationnelle à T00, IM00 : insuffisance modulation émotionnelle
EM : écart à la moyenne calculée pour le groupe de 50 enfants

3. Mesure à T0 du développement et des aptitudes acquises (EPCA)

CP	âge	Dev00								Apt00			
Y001	5	40								7			
EM		5								3			

Dev00 : score de développement à T0, Apt00 : aptitudes acquises à T0.

b) Changements

1. Symptômes et comportements autistiques (ECA-R)

CP	âge	EG00	EG02	EG06	EG12	DR00	DR02	DR06	DR12	IM00	IM02	IM06	IM12
Y001	5	52	29	22	8	50	23	17	0	67	25	17	25
EM		15	3	-1	-11	7	-8	-9	-23	30	-1	-7	5

[36] Haag G., Botbol M., Graignic R.,Perez- Diaz F., Bronsard G., Kermarrec S.,, Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S. : Haag G., Tordjman S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S, Guilé J.M., Cohen D., Tordjman S., The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, Journal of Physiology 2010 ; 104 (6): 323-336.

[37] Schneider C et Jones E. *Child Psychotherapy process Q-set* (CPQ). Traduction française : M Thurin, JM Thurin et C Schneider. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. *Pour la Recherche 2010 ; 66* (3) :1-12.

Le suivi longitudinal de baseline à 12 mois montre une évolution régulière de l'amélioration tant au niveau global (52, 29, 22, 8)[38], qu'au niveau de l'insuffisance de modulation émotionnelle (67, 25, 17, 25) et de la déficience relationnelle (50, 23, 17, 0). L'écart à la moyenne (simple) de l'ensemble des 50 patients, initialement plus élevé que celui des autres cas se réduit progressivement et même s'inverse dans le sens de l'amélioration au niveau de score global et de la déficience relationnelle. Cette amélioration se retrouve, avec une inversion instable pour l'insuffisance de modulation affective.

Les variations et tailles d'effet[39] entre baseline et 12 mois sont les suivantes :

CP	âge	var EG	TE EG		var DR	TE DR		var IM	TE IM	
Y001	5	85 %	3,4		100 %	2,6		62 %	2,5	
EM		37 %	2,0		53 %	1,6		17 %	1,5	

2. Développement et gains d'aptitudes (EPCA)

Les scores de pathologie se réduisent (21, 11, 13, 6), les scores de développement s'accroissent (40, 38, 50, 62), les scores d'EDT sont très variables. En relation à la moyenne des 50 cas, le score pathologie s'éloigne de la moyenne en se réduisant, le score développement s'éloigne de la moyenne en augmentant.

	P 00	P 02	P 06	P 12	EDT00	EDT02	EDT06	EDT12	Dev00	Dev02	Dev06	Dev12
Y001	21	11	13	6	24	14	26	15	40	38	50	62
EM	2	-4	0	-5	8	-2	9	-1	5	0	8	14

On observe, du point de vue de l'acquisition d'aptitudes pivot, les éléments saillants suivants.

Acquisitions :

Aptitudes développementales	**T0**	**T12**	**Δ**
16. (relation) Recherche de vrais échanges relationnels.	2	3	1
33. (regard) Regard avec bonne tonalité d'échange.	3	3	0
34. (regard) Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe.	2	3	1
35. (regard) Développement du pointage proto déclaratif.	0	3	3
55. (image du corps) Propreté sphinctérienne acquise ou intégrée	0	3	3
62. (image du corps) Stade du miroir se confirme.	0	2	2
85. (langage verbal) Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir…).	3	3	0
67. (langage verbal) Langage existant	3	3	0
80. (langage verbal) Apparition du NON	0	2	2
85. (langage verbal) Perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents)	3	3	0
87. (graphisme) Graphisme existant	0	3	3
99. (graphisme) Fermeture du cercle.	0	3	3
124. (stéréotypies) Quasi disparition des stéréotypies et apparition des jeux symboliques	1	2	1
138. (temporalité) Notion d'écoulement du temps. Meilleures tolérance à la séparation.	2	2	0

À un an, les 14 aptitudes pivot sont acquises (score 3) ou très près de l'être (score 2).

3. Fonctionnement psychique et relation à la réalité (CPQ)

L'insight s'accroit (10, 25, 25), l'enfant est à l'aise avec ses sentiments et leur expression. Il ne recourt pas à des mécanismes de défense importants (36, 33, 36). Il est confiant, tranquille et curieux (29, 48, 37)

[38] Scores normalisés (sur 100)

[39] Taille d'effet = (variation entre baseline et 12 mois / sd moyenne du groupe à baseline)

	INS02	INS06	INS12	EAD02	EAD06	EAD12	REE02	REE06	REE12	INSvar	EADvar	REEvar
Y001	10	25	25	36	33	36	29	48	38	15	0	8
EM	25	37	32	23	15	18	21	36	21	8	5	8

Les variations et tailles d'effet[40] entre baseline et 12 mois sont les suivantes :

CP	âge	var INS	TE INS		var EAD	TE EAD		var REE	TE REE	
Y001	5	150 %	0,5		0 %	0,0		28 %	0,4	
EM		97 %	0,2		-37 %	-0,4		84 %	0,0	

4. Score global de variation (SGV) et gain d'aptitudes (Δ Apt)

Le score global de variation est la somme de la réduction des comportements autistiques et de la majoration du score de développement)

Pour Merlin, SGV = 66 (moy = 31 ; sd = 16) et Δ Apt = 7 (moy = 4 ; sd = 3)

3. Que se passe-t-il au niveau du processus ?

a) Les ~10 items[41] les plus caractéristiques concernant l'enfant, le thérapeute et leur interaction (moyenne des scores ≤ -3 et ≥3)

item	Formulation	MsY001
9	(R. Le thérapeute est impliqué affectivement).	-3,00
24	(R le thérapeute ne répond pas personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-3,67
40	(R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-3,00
41	(R l'enfant exprime que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-3,00
44	(R. l'enfant se sent confiant et en sécurité).	-3,00
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	3,67
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.	3,67
61	(R. L'enfant ne semble pas embarrassé, est assuré, à l'aise ou sûr de lui).	-3,00
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu.	3,33
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire.	3,67
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément	3,33

Les formulations entre parenthèses et précédées de R. correspondent à la définition de l'item quand la cotation est négative

Au niveau du processus, les items les plus caractéristiques durant l'année concernent d'une part l'action du thérapeute, d'autre part l'expression par l'enfant de sa relation avec lui ou ses affects, ses sentiments et son jeu.

Le thérapeute est impliqué affectivement, il ne répond pas personnellement à la provocation de l'enfant, il tolère ses affects ou ses pulsions violentes, il interprète la signification de son jeu et souligne ses sentiments pour l'aider à les éprouver plus profondément.

L'enfant exprime que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments, ses communications sont chargées d'affect, il se sent confiant et en sécurité, il apparaît plutôt assuré, il s'engage dans le jeu du faire croire et inclut le thérapeute dans son jeu.

---

[40] Taille d'effet = (variation entre baseline et 12 mois / sd moyenne du groupe à baseline)

[41] ~ 10 items : le nombre d'items est autour de 10 prenant en compte les items qui ont la même moyenne.

Parmi ces 11 items les plus caractéristiques, 4 d'entre eux restent à un score ≥3 ou ≤ -3 dans chacune des 3 cotations (2, 6 et 12 mois) : items 24, 45, 46 et 71..

b) Les éléments stables (2 ou -2)

Trois items caractérisent l'enfant de façon stable à un niveau médian durant l'année :

49	L'enfant exprime des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute	2,00
73	L'enfant semble calme, courageux, même lorsque quelque chose est effrayant ou déconcertant.	2,00
84	(R. L'enfant évite délibément d'exprimer des sentiments conséquents de colère ou d'agressivité).	-2,00

c) Les médiateurs préconstruits et leur évolution

1. L'alliance et les médiateurs spécifiques

	EP	PP	TP	AL	ET	AT	IT	ECA	CLV	IS	CC
Y001	30	20	41	28	39	37	15	24	13	27	-25
Moyenne	14	3	41	19	46	26	4	18	17	7	-6
EM	16	17	0	10	-7	10	11	6	-4	19	-19

EP = Engagement du patient ; PP = Participation Patient ; TP = Transfert Patient ; AL = Alliance globale ; ET = Engagement Thérapeute ; AT= Ajustement Thérapeute ; IT : Interaction patient/thérapeute ; ECA= Expression, conscience des affects ; CVL=Communication, verbalisation, langage ; IS= Interprétation/signification ; CC= Conseil et comportement.

La ligne supérieure décrit la moyenne des scores des différents médiateurs d'alliance et techniques à 02, 06 et 12 mois. La ligne inférieure présente, pour chaque facteur, l'écart à la moyenne simple (EM) de chaque score par rapport à celui de l'ensemble des 50 cas réunis.

	EP02	EP06	EP12	PP02	PP06	PP12	TP02	TP06	TP12	ET02	ET06	ET12	AT02	AT06	AT12	IT02	IT06	IT12
Y001	30	25	35	35	20	5	31	53	39	42	54	21	40	50	20	17	15	13
EM	19	9	20	35	16	0	-9	12	-2	-3	6	-23	11	25	-6	-1	-5	-7

Les scores d'engagement et de participation de Merlin à la psychothérapie sont très au dessus de la moyenne de ceux des autres enfants, de même que ceux de l'interaction et de l'ajustement de sa thérapeute à 2 et 6 mois.

	ECA02	ECA06	ECA12	CVL02	CVL06	CVL12	IS02	IS06	IS12	CC02	CC06	CC12
Y001	13	25	33	29	7	4	10	30	40	-43	-8	-25
EM	-1	5	14	15	-10	-15	4	22	31	-39	-3	-15

Les interventions techniques dont les scores sont significativement au dessus de ceux des autres enfants sont la CVL[42] à 2 mois, l'ECA[43] à 6 et 12 mois et l'IS[44], de façon croissante à 2, 6 et 12 mois. Les interventions CC[45] ont des scores négatifs.

2. L'approche théorique et pratique générale

	PPD 02	PPD 06	PPD 12	TCC 02	TCC 06	TCC 12	Moy PPD	Moy TCC
Y001	70	53	83	-29	-14	-24	69	-22
Moyenne	42	43	47	3	3	-3	44	1

L'approche psychothérapique de Merlin est psychodynamique suivant une proportion avec les critères typiques de cette psychothérapie qui va de 0,70 à 2 mois à 0,83 à 12 mois, en passant par 0,53 à 6 mois. Elle est très éloignée de l'approche cognitivo-comportementale avec des scores qui oscillent entre -14 et -29.

3. Évolution des médiateurs préconstruits chez Merlin

On note parmi les médiateurs « alliance » de la psychothérapie une réduction de la participation de Merlin à 12 mois qui se retrouve dans les scores d'engagement et d'ajustement de sa thérapeute, et dans l'interaction entre Merlin et sa thérapeute. Cette dimension présente un pic à 6 mois et se réduit ensuite. *Il est à noter que, parallèlement, à 12 mois, l'expression et contenance des affects (ECA) d'une part, et l'interprétation de la signification de l'expérience et de la conduite de Merlin (IS) prennent une place très importante.*

Les médiateurs « techniques » : L'ECA s'élève (12, 25, 33) ainsi que l'IS (10, 30, 40), tandis que la CVL diminue CVL (29, 7, 4). La CC reste dans le négatif.

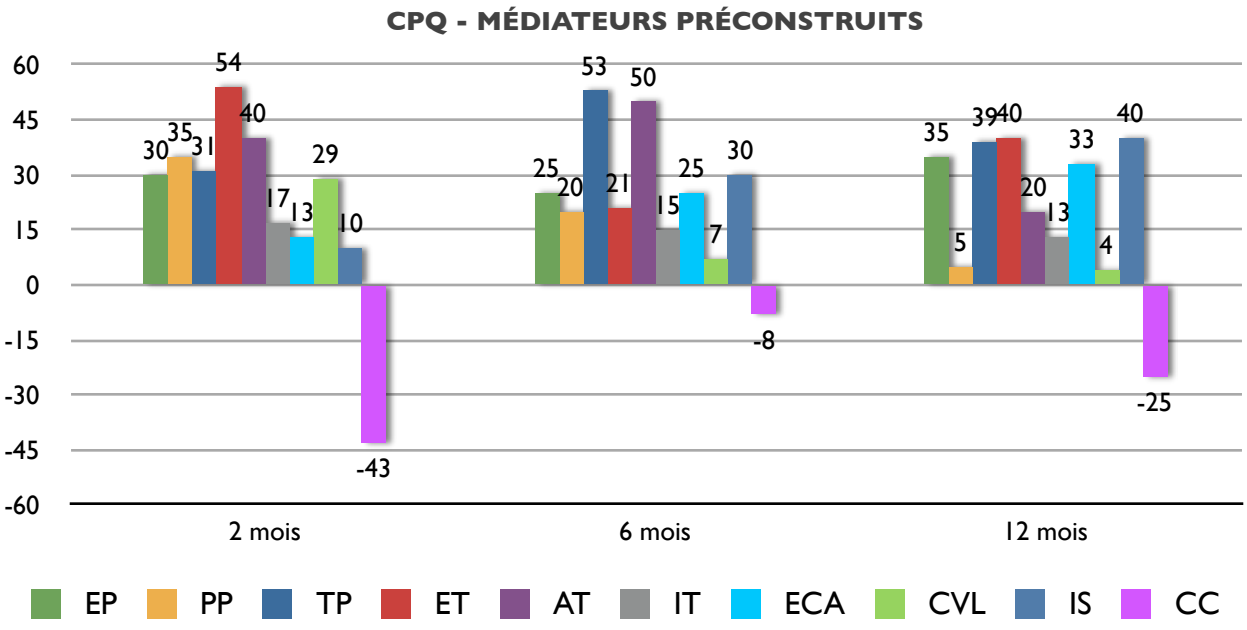
Les évolutions précédentes sont représentées dans le graphe suivant :

[42] CVL (Communication Verbalisation Langage) : ce facteur regroupe les items reliés aux actions du thérapeute destinées à faciliter l'expression verbale de l'enfant. Sont inclus dans ce cadre, les items qui, dans cette perspective, se rapportent au style et à l'adaptation du thérapeute au discours de l'enfant, ceux qui concernent les informations et explications qu'il lui donne, les clarifications ou reformulations qu'il introduit ou la discussion du cadre de la psychothérapie.

[43] ECA (Expression et contenance des affects) : ce facteur regroupe les items décrivant l'attitude du thérapeute et sa technique pour aider l'enfant à prendre conscience de ses affects, de ses sentiments et de ses changements d'humeur, à les exprimer et à les contrôler.

[44] IS (Interprétation/Signification) : Ce facteur regroupe les items où le thérapeute interprète, établit des liens ou pointe un aspect particulier de son fonctionnement, de son expérience ou de sa conduite pour mener l'enfant à l'interprétation de leur signification.

[45] CC (Conseil et Comportement) : Ce facteur regroupe les items où le travail de la séance est focalisé plus particulièrement sur le comportement de l'enfant. Il décrit les actions du thérapeute et les moyens qu'il utilise pour amener une modification des comportements non souhaitables.



4. Les modérateurs

Les modérateurs sont les éléments de contexte, pré existant au début de la psychothérapie, qui sont susceptibles d'en influencer le cours et les résultats. Certains des modérateurs sont fixes, comme une somatisation chronique ou un retard de diagnostic et/ou de prise en charge, d'autres sont dynamiques comme le soutien et l'accord familial ou l'existence de relations psychosociales extérieures à la famille (école, notamment).

Pour évaluer ce facteur, nous avons dressé, à partir de la littérature et de l'expérience clinique, une liste de 10 éléments qui sont cotés 1 s'ils sont présents et 0 s'ils sont absents. Ces éléments sont : 1. retard de prise en charge, 2. comorbidité somatique ; 3. contexte développemental précoce difficile ; 4. antécédent de traumatisme ; 5. faiblesse du soutien familial ; 6. absence de relations avec des pairs ; 7. soutien des parents à la psychothérapie ; 8. plateau technique ; 9. scolarisation ; 10. comorbidité psychique.

Dans le cas de Merlin, le diagnostic et sa prise en charge ont été très précoces, il bénéficie d'un fort soutien familial et d'un bon réseau psychosocial. En revanche, il a vécu un sevrage brutal dû à l'hospitalisation de sa mère lorsqu'il avait 15 jours et il a traversé lui-même plusieurs hospitalisations. Le score retenu est 2.

5. Discussion des résultats et conclusion.

L'évolution de Merlin est importante, tant dans le domaine de la réduction de sa pathologie que des progrès dans son développement, en partant d'un score à l'ECAR assez élevé (52)[46].

Les éléments saillants du processus sont son engagement, sa participation et sa très bonne interaction avec sa thérapeute. Au niveau de l'approche générale, la psychothérapie est nettement psychodynamique avec un score initial de 0,70 qui s'élève à 12 mois à 0,83 (cet enfant est déjà en psychothérapie avec la même personne depuis 1 an ½ au début de l'étude). Cette dimension se retrouve dans le score du médiateur Interprétation/Signification. Par ailleurs, la technique spécifique s'est orientée plutôt vers l'expression et la contenance des affects, en relation avec modulation initiale des émotions très réduite.

Les modérateurs sont contrastés. D'un côté on relève des problèmes médicaux précoces qui ont concerné à la fois l'enfant et sa mère et qui se sont poursuivis chez l'enfant. De l'autre, le dépistage précoce, la prise en charge rapide, le soutien familial fort et la bonne insertion psychosociale de l'enfant

[46] Score normalisé

ont été des point d'appui majeurs de la psychothérapie psychanalytique qui s'est développée en relation à une grande activité, investissement et interaction de l'enfant et de son thérapeute.

Concernant les 4 facteurs émergents (présentés plus loin) Merlin est un des seuls enfants dont les valeurs sont élevées dans le facteur commun (F1) et positif dans les 3 autres facteurs spécifiques.

IX. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 12 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE

Le texte qui suit, réalisé en janvier 2011, est présenté ici car il peut servir de repère par rapport à la fois à la stabilité des résultats et à la complexification des analyses avec l'augmentation du nombre des cas.

1. Apports de la formulation de cas

La formulation de cas demandée au groupe de pairs comme ligne de base de la psychothérapie (à l'issue des trois premières séances) est essentielle pour organiser les données cliniques et évaluer l'état du patient, son fonctionnement et son organisation psychologique, la gravité de ses troubles, décrire leur contexte actuel et leur histoire. Nous rapportons ci-dessous certains de ces éléments dans une pré-analyse qui a été présentée et discutée lors d'un séminaire avec les cliniciens du réseau.

a) Âge et genre des 12 enfants

Les 12 patients dont il est question dans ce rapport d'étape ont entre 4 et 14 ans. La répartition de ces âges s'organise en trois groupes : 8 patients ont entre 4 et 6 ans (66%), 2 entre 9 et 10 ans (16,5%) et 2 entre 12 et 14 ans (16,5%). 10 sont des garçons et 2 sont des filles.

b) Diagnostic nosographique et comorbidités

Tous les enfants ont été diagnostiqués autistes. Ce dernier point devra être complété par l'âge de repérage des troubles. Nous notons des comorbidités somatiques chez 4 d'entre eux, ce dernier point devra être ré interrogé pour inclure les complications éventuelles à la naissance.

c) Contexte de la prise en charge antérieure des enfants

Quelque soit l'âge de départ de la psychothérapie, tous les enfants avaient été pris en charge auparavant. Ce dernier élément devra être précisé. Par exemple, dans le contexte précis de la prise en charge, s'agit-il d'une psychothérapique (institutionnelle ou non), d'une prise en charge en hôpital de jour, etc. ?

d) Contexte du développement des enfants

Le contexte du développement chez ces 12 patients est empreint de nombreux événements déstabilisants pour plusieurs d'entre eux (événement familial stressant, instabilité du cadre familial, déménagement, maladie dans la famille, précarité, autre...) et, pour certains, de stress ou de trauma précoces.

e) Principaux troubles communs à tous les enfants

Tous les enfants ont des troubles de développement du langage mais à des stades différents : pour 4 d'entre eux on note un retard de développement, pour 2 une pauvreté du langage, pour 4 une absence de langage, pour 1 une expression limitée par une inhibition émotionnelle et pour le dernier une difficulté d'élocution. Ces troubles sont évalués, notamment à partir de l'EPCA.

Un autre élément commun à tous les enfants est le trouble des interactions qui sont décrits par les cliniciens de différentes façons : trouble du contact visuel, pas d'échange, absence d'interaction réciproque, difficulté d'interaction avec les pairs, socialisation difficile, évitement de la relation et du regard, difficulté de contact avec les autres, pauvreté de la mimique faciale, visage vide, absence de sourire, très peu expressif, indifférent aux sollicitations. Ces troubles sont évalués, notamment à partir de l'ECAR.

Un élément encore commun à tous les enfants est leur réactivité forte à certaines situations : séparations, frustration, confrontation à une personne, changements. Cette réactivité s'exprime par des angoisses intenses produites par la proximité avec autrui, une auto agressivité et des automutilations. Ces troubles sont évalués, notamment à partir de l'EPCA.

f) Objectifs et stratégies envisagés par le clinicien

Les cliniciens avaient à élaborer des hypothèses de traitement lors de la formulation de cas au départ. Notamment les objectifs qu'ils pouvaient envisager à ce moment précis de début de psychothérapie et les stratégies pour les atteindre. Les principaux éléments qui ressortent d'une première analyse de ces éléments sont les suivants :

1. Quatre grands domaines d'objectifs

Ce sont : améliorer la communication et les interactions, diminuer l'intolérance et la frustration, associer le corporel et le psychique dans le travail psychothérapique, permettre des acquisitions. Le tableau ci-dessous rend compte de ces éléments.

Communication/interaction	Intolérance/frustration	Travail corporo psychique	Acquisitions
• Développer la communication (langage et interactions sociales) • Réduire l'isolement et le retrait défensif de l'enfant avec son entourage • Susciter les initiatives de communication • Maintenir un climat de sécurité permettant une meilleure interaction	• Diminuer l'intolérance à la frustration et les angoisses de séparation • Favoriser la régulation motrice et émotionnelle	• Travailler les enveloppes psychiques (dedans/dehors) • Travailler l'étape individuation/séparation • Diminuer les angoisses orales, anales • Consolider la contenance corporo-psychique et le sentiment de soi	• Acquisition de la propreté • Acquisition du langage

2. Des stratégies envisagées à différents niveaux

D'une part, celles relatives à l'action du thérapeute, dont on peut repérer 4 modalités :

- Favoriser l'expression des émotions, la capacité d'échange, la verbalisation ; Interpréter au sens large du terme (nommer, donner une signification à,…) ; Utiliser le jeu. Ces éléments sont évalués, notamment à partir des médiateurs préconstruits Communication Verbalisation Langage (CVL), Expression et contenance des affects (ECA) et Interprétation/Signification (IS) du CPQ.
- D'autre part, celles concernant le cadre de la psychothérapie proprement dit où l'on peut repérer 2 axes spécifiques : *l'ambiance de la séance* (empathie, holding, contenance) et *les liens avec les partenaires* (rencontres régulières avec les parents et avec les groupes de vie de l'enfant. Ces éléments sont évalués, notamment à partir des médiateurs préconstruits Engagement Thérapeute (ET) et Ajustement Thérapeute (AT) du CPQ.

2. Changements manifestes (ECAR, EPCA) à 2, 6 et 12 mois

Les scores de l'ECAR se rapportent à 3 dimensions : globale, relationnelle, et émotionnelle/ psychomotrice. Les scores moyens globaux de cette échelle se réduisent progressivement de plus de la moitié (44 -21). Il existe également une réduction de 56 à 27 du score de déficience relationnelle et de 42 à 15 de l'insuffisance modulatrice. L'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée ($p < 0,0001$).

Les scores de l'EPCA se rapportent à 3 dimensions : la pathologie persistante, le développement acquis et le développement temporaire. Cette dernière dimension est constituée d'items qui décrivent des manifestations qui peuvent sembler pathologiques, mais qui traduisent un processus de développement en cours (*Émergence Développementale Temporaire*).

Les scores de la dimension pathologie passent progressivement de 24,4 à 14,0; ceux de la dimension développement acquis de 32 à 46. L'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée ($p <$

0,0001). Le score de développement temporaire, qui est un indicateur de la dynamique développementale, reste sensiblement stable de 19 à 20.

ECAR	score global		déficience relationnelle		modulation émotionnelle	
	T0	**T12**	**T0**	**T12**	**T0**	**T12**
	44	21	56	27	42	15
EPCA	pathologie		développement temporaire		développement	
	T0	**T12**	**T0**	**T12**	**T0**	**T12**
	24	14	19	20	32	46

3. Processus interne de la psychothérapie et son évolution (CPQ)

a) Items les plus caractéristiques

En relation à différents articles utilisant le PQS et le CPQ pour leurs analyses, nous avons choisi de sélectionner les 10 items les plus caractéristiques en moyenne et pour chaque séance évaluée.

Les 10 items les plus caractéristiques du CPQ sur une période d'un an pour les 12 patients autistes sont les suivants :

9	Le thérapeute est impliqué affectivement.	2,7
24	Le thérapeute s'abstient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant	2,6
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	2,5
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	2,3
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	2
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,9
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	1,9
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,8
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.	1,6
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	1,6

Quatre médiateurs principaux apparaissent dans ces 10 items : le *cadre* (confiance et assurance, implication affective et sensibilité du thérapeute aux sentiments de l'enfant), *développement du langage* (items 3 et 2), *expression et contenance affective* (items 81 et 24) et *ajustement du thérapeute* (items 77 et 28)

b) Médiateurs préconstruits

Ces médiateurs ont été construits à partir de sous-groupes d'items du CPQ décrivant : 1) l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute, dont il a été démontré l'importance dans les processus de changement. Cette alliance prend en compte l'engagement du patient, sa participation aux activités de la psychothérapie, sa relation transférentielle avec le thérapeute l'engagement du thérapeute, l'ajustement de sa pratique et enfin l'interaction entre l'enfant et le thérapeute, générale et concernant les thèmes abordés… ; 2) les principales approches psychothérapiques (psychodynamique ou cognitivo-comportementale)[47] ; 3) les actions pivots relatives aux fonctions les plus perturbées et déficientes dans l'autisme (expression et contenance affective, communication, verbalisation et langage ; 4) certaines actions spécifiques en relation aux approches psychothérapeutiques (interprétation-signification d'une part, conseils et comportements, d'autre part).
Accès au descriptif des médiateurs préconstruits

[47] Ces médiateurs ont été élaborés par Schneider et Jones (in Thèse C Schneider (2009) et in Schneider et al. Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set, p 72-84 in Midgley et al. ed. *Child Psychotherapy and Research, Routledge 2009*, à partir de la méthode de construction des prototypes développée par Ablon et Jones (description dans *Am. Journal of Psychiatry* 2002; 159:775–783)

Les scores moyens relatifs aux médiateurs (incluant les sous-facteurs relatifs à l'alliance thérapeutique) sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	EP	PP	TP	AL	ET	AT	IT	ECA	CLV	IS	CC
Moyenne	9,4	3,5	34	21,3	45,5	33,9	-1,2	17,8	10,5	0	3,7
Max	30,0	36,7	44,4	34,8	62,5	61,7	25	40,3	29,8	33,3	30
Min	-21,7	-23,3	28,7	6,7	30,6	0	-29,9	-1,4	-2,4	-29,2	-26,7
sd (n-1)	18,4	16,3	5,3	9,6	10,5	16,6	16,4	13,2	9,2	24,8	22,4

EP = Engagement du patient ; PP = Participation Patient ; TP = Transfert Patient ; AL = Alliance globale ; ET = Engagement Thérapeute ; AT= Ajustement Thérapeute ; IT : Interaction patient/thérapeute ; ECA= Expression, conscience des affects ; CVL=Communication, verbalisation, langage ; IS= Interprétation/signification ; CC= Conseil et comportement.

Trois scores sont toujours positifs et atteignent des niveaux élevés : la relation transférentielle de l'enfant (TP), l'engagement et l'ajustement du thérapeute (ET et AT), et par extension l'alliance (AL). La différence entre scores maximum et minimum pour les autres médiateurs montre leur variabilité d'un enfant à l'autre. Les scores IS et CC arrivent à une moyenne nulle ou quasi du fait de leur évaluation de l'utilisation de techniques dans 2 groupes de thérapeutes respectivement d'orientation psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Le tableau suivant fait apparaître que ces scores moyens recouvrent en fait des cas très différents.

Patients	EP	PP	TP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
X005	26,7	13,3	28,7	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7
X030	-1,7	-23,3	36,1	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0
Y001	30,0	20,0	40,7	28	38,9	36,7	14,6	23,6	13,1	26,7	-25,0
Y003	15,0	5,0	44,4	28,6	48,6	61,7	12,5	26,4	14,3	17,5	-15,8
Y009	30,0	36,7	31,5	34,8	61,1	38,3	7,6	30,6	29,8	0	-22,5
Y012	30,0	0,0	42,6	22,1	55,6	31,7	-6,9	31,9	10,7	23,3	2,5
Y018	-21,7	-20,0	43,5	10,5	62,5	26,7	4,9	40,3	-2,4	24,2	4,2
Y022	3,3	-1,7	39,8	10,6	38,9	0,0	12,5	11,1	-1,2	20,8	-4,2
Y030	21,7	6,7	41,7	21,4	47,2	41,7	-10,4	6,9	4,8	-22,5	19,2
Y031	-1,7	-6,7	38	7,5	30,6	45	-29,9	12,5	8,3	-29,2	29,2
Y032	-13,3	3,3	31,5	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5
Y033	-5,0	8,3	41,7	14,8	48,6	31,7	-9,7	-1,4	20,2	-25,8	25,8
Moyenne	9,4	3,5	34	21,3	45,5	33,1	-1,2	17,8	10,5	1,9	3,7

Ce tableau fait déjà apparaître plusieurs éléments :

- l'engagement du thérapeute (ET) est toujours élevé, y compris quand l'engagement de l'enfant (EP) est bas, voire négatif
- l'ajustement du thérapeute (AT) est significativement très haut, excepté pour deux patients ; l'un d'entre eux a des scores d'engagement et de participation négatifs, l'autre est au contraire très avancé et à même d'organiser la séance
- le facteur alliance (AL) a un score moyen toujours positif. Nous avons cependant vu plus haut que les cinq sous facteurs constituant l'alliance (EP, TP, PP ET, AT) sont variables d'un enfant à l'autre.
- la relation transférentielle de l'enfant envers le thérapeute (TP) est active chez tous les enfants dans des proportions assez hautes (de 28,7 à 44,4)
- l'interaction apparait négative dans la moitié des cas. Cette situation étonnante peut être due au fait que les items proposés pour ce facteur dans le CPQ incluent les discussions relatives à un thème et que la plupart des 12 enfants n'ont pas acquis le langage ou que ce dernier est limité

- le second facteur qui émerge est l'ECA (items relatifs à l'expression des affects et à l'attitude du thérapeute en rapport au cours de la séance). Il fait apparaître trois groupes d'enfants : l'un en dessous d'un score à 7 (entre -1,4 à 6,9), l'autre au dessus de 26 (26,4 à 40,3), et un groupe intermédiaire.
- le troisième facteur émergeant CVL (communication, verbalisation, langage) distingue également trois groupes d'enfants, l'un en dessous de 5 (de -2,4 à 4,8), l'autre au dessus de 14 (de 14,3 à 29,8) et un groupe intermédiaire.

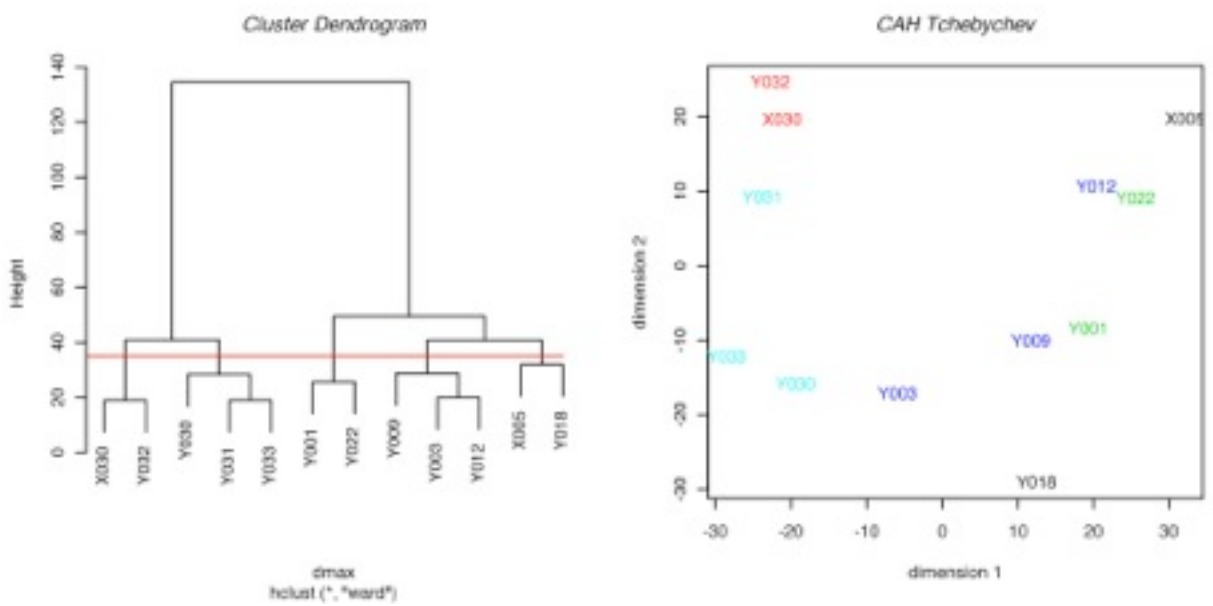
Un enfant est concerné par les scores les plus bas à la fois dans ECA et CVL ; 2 enfants sont concernés par les scores hauts, à la fois dans ECA et CVL.

Un premier travail a été réalisé concernant l'activation particulière du médiateur ECA chez les enfants présentant un déficit de modulation des émotions (DME) particulièrement important et ses effets[48]. Un autre travail, présenté au congrès du IACAPAP[49] a complété cette question en montrant l'impact du contexte externe sur la modulation émotionnelle et ses conséquences sur le travail psychothérapique. Des relations en chaîne sont ainsi susceptibles de s'établir dont le diagnostic peut permettre de développer des actions psychothérapiques ajustées à la cause principale plutôt que seulement à ses effets.

Les facteurs interprétation/signification et conseils/comportement différencient clairement 2 groupes dans lesquels lorsque l'un de ces facteurs est très positif, l'autre est très négatif. Chez 2 enfants, les deux scores sont positifs, chez 1 enfant les deux scores sont négatifs.

Le tri sur la réduction du score global de l'ECAR permet de distinguer plusieurs groupes de résultats : groupe 1 (Y001, Y030 et Y018) avec réduction des scores de -51 à -43 qui est associée à des scores élevés de développement ; groupe 2 (Y009, Y022, Y012, X030 et Y033) avec réduction des scores de -31 à -23 associés chez Y009, Y022, Y033 à des scores moyens de développement et chez X030 et Y012 à des scores faibles de développement ; groupe 3 Y031, X005 et Y032 avec une baisse faible de l'ECAR qui n'est pas corrélée à une augmentation du développement. Chez un patient (Y003), une baisse faible à l'ECAR est corrélée à un développement moyen.

Une définition plus générale des groupes à partir des différents facteurs du CPQ et des variations mesurées avec l'ECAR et l'EPCA est présentée dans le schéma ci-dessous.



48 Thurin JM et al. *High emotional modulation insufficiency and ajustment of the therapist's attitude for children suffering from autistic disorder* (ICD 10 F84.0). Poster Congrès IRIA, Tours 2012.

[49] Thurin JM. What did we learn from the comparison of change trajectories for initially «similar» cases? IACAPAP 20th World Congress - Paris 2012.

c) Facteurs émergents

Les facteurs émergents sont issus d'analyses factorielles en facteurs principaux sans rotation varimax secondaire car l'instrument a été construit de telle façon qu'il assure une indépendance entre les items qui le composent et une absence de structure factorielle latente[50]. Cependant, il est possible d'extraire les sous-groupes d'items placés aux extrêmes ou dans l'intervalle central du continuum s'ils ont une faible variabilité[51]. [Les facteurs émergents ont été utilisés dans un second temps et ne sont donc pas présentés pour ces 12 cas].

4. Comparaison de 3 cas dont l'alliance et les résultats manifestes sont très différents

Nous allons prendre 3 exemples pour approfondir l'analyse comparative ; Y001 (5 ans) un enfant qui a un niveau d'alliance avec sa thérapeute important et qui a été présenté en détail ci-dessus et deux enfants qui présentent un niveau d'alliance très faible X030 (6 ans) et Y032 (4 ans).

Ces trois enfants ont respectivement les scores initiaux de pathologie suivants à l'ECAR[52] : Y001 : 51,7 ; X030 : 60,3 et Y032 : 44,0 et à l'EPCA : Y001 : 21,1; X030 : 33,3 et Y032 : 23,1.

a) Y001

Chez l'enfant Y001, on observe une courbe régulièrement descendante à l'ECAR passant de 51,7 à 7,8 en global. À l'EPCA la pathologie se réduit de 21,1 à 6,1 et le développement acquis s'élève de 37,6 à 59,6.

Au CPQ, l'alliance globale est assez élevée (28) et elle implique de façon relativement homogène le patient, le thérapeute et leur interaction. En relation aux autres cas, les médiateurs d'action thérapeutique centrés sur les affects (23,6) et l'interprétation (26,7) sont élevés, le facteur communication verbalisation langage est moyen (13,1), le facteur conseils et comportement est négatif (-25).

Concernant les modérateurs, l'enfant a été pris en charge très tôt, il existe une très bonne collaboration avec les partenaires médico-sociaux et avec les parents …

b) X030

Chez l'enfant X030, on observe une courbe descendante à l'ECAR à 2 et 6 mois (60, 3 à 26,7), mais qui remonte à 12 mois (39,7). À l'EPCA, la pathologie se réduit peu (33,3 à 29,9) et le développement acquis ne s'améliore que légèrement (de 22,7 à 30,5).

Au CPQ, l'alliance globale est faible (8) avec une implication du patient et une interaction patient thérapeute qui sont en négatif. Dans ce contexte de non engagement de l'enfant, l'engagement et l'ajustement du thérapeute sont forts (respectivement 33,3 et 46,7).

Les scores des médiateurs d'action thérapeutique centrés sur l'expression et la contenance affective (8,3) et le langage (4,8) sont faibles. Celui concernant l'interprétation est fortement négatif (-17,5), tandis que celui relatif aux conseils et au comportement est fortement positif (30,0).

Concernant les modérateurs, l'enfant a été pris en charge précocement. La relation des soignants avec les parents est bonne et un travail est fait avec eux, mais ils sont exténués.

Cet enfant a présenté une évolution normale jusqu'à 24 mois (enfant souriant et interactif, marche à 12 mois), mais à 36 mois est apparue une régression du langage et le développement de rituels, ce qui pose la question d'un événement déclenchant ou précipitant ou d'une cause plus générale.

---

[50] Jones EE, Cumming D, et Horowitz MJ. Another look at the noon specific Hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988 ; 56(1):48-55.

[51] Jones EE, Parke LA, Pulos SM. How therapy is conducted in the private consutling room: a multidimensional description of breif psychodyanmic treatments. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(1)16-30.

[52] Rapportés à 100.

c) Y032

Chez l'enfant Y032, on observe une réduction modérée du score global à l'ECAR (de 44 à 33,6). À l'EPCA, la pathologie se réduit modérément (de 23,1 à 18,4) et le développement acquis présente une très faible amélioration (de 20,6 à 21,3).

Au CPQ, l'alliance globale est faible (6,7), avec un engagement négatif de l'enfant, un engagement/ ajustement du thérapeute assez fort (respectivement 36,1 et 28,3), et une interaction négative.

Concernant les scores des médiateurs d'action thérapeutique, celui qui est centré sur l'expression et la contenance affective est très faible (1,4),), celui qui est centré sur la communication et le langage est à 6,0. Le score du médiateur centré sur l'interprétation et la signification est très négatif (-28,3) et le score du médiateur centré sur les conseils et comportements est élevé (27,5).

Concernant les modérateurs, il existe un problème somatique important avec hospitalisation et des problèmes de violence familiale très importants.

5. Discussion

Au niveau des résultats généraux concernant les 12 cas étudiés durant 1 an, il existe une réduction des comportements autistiques à l'ECAR (44 -> 21), une réduction de la pathologie (24 -> 14) et un gain développemental (32 -> 46) à l'EPCA.

Au niveau du CPQ, l'engagement et l'ajustement du thérapeute dans son approche jouent un rôle particulièrement important, compensant quand c'est nécessaire les difficultés initiales de l'enfant à s'engager dans la thérapie et participant pleinement à l'interaction quand l'enfant est participant.

L'alliance est portée par 3 médiateurs : le transfert de l'enfant, l'engagement et l'ajustement du thérapeute. Les autres facteurs sont importants, avec des variabilités individuelles qui, pour une part (facteurs IS et CC), traduisent l'approche de référence des thérapeutes.

Au niveau de la comparaison de 3 cas, sélectionnés pour deux cas (X030 et Y032) à partir de l'écart important de leur score d'alliance (très faible) avec celui des autres cas et pour le troisième (Y001) comme prototype d'une psychothérapie qui « marche bien », nous avons constaté que le score global initial de l'ECAR ne détermine pas la trajectoire d'évolution, ni le niveau de pathologie initial à l'EPCA.

Les facteurs de processus qui interviennent particulièrement dans l'évolution de ces cas sont les faiblesses initiales de l'engagement et de la participation des enfants X030 et Y032. Elles sont associées à une alliance faible et à une interaction négative avec le thérapeute, alors que pour Y001 l'enfant, le thérapeute et leur interaction contribuent à construire une alliance élevée.

Le fait que dans le contexte difficile des cas X030 et Y032 les scores d'engagement et d'ajustement du thérapeute soient élevés, voire très élevés, est à souligner. Dans ce contexte également les facteurs correspondant aux fonctions pivots potentielles (ECA et CVL) sont soutenus chez Y001 et très bas chez X030 et Y032. Le score du facteur IS est très positif (25) chez Y001 alors qu'il est très négatif (-17,5 et -28,3) chez X030 et Y032. En revanche le score CC est très négatif chez Y001 (-25) et très positif chez X030 et Y032 (30 et 27,5)

L'analyse des modérateurs n'est ici qu'esquissée. Elle fait intervenir déjà des traits particuliers qui semblent jouer un rôle important, tels que le cadre et le soutien familial, les pathologies médicales associées, le contexte des ruptures développementales qui pourront être mieux appréhendés avec un nombre plus élevé de cas.

X. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 50 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE

1. Introduction

Soixante-seize cliniciens[53] ont inclus un enfant, dont ils conduisaient la psychothérapie, dans le pôle autisme du *Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques*. Il s'est agi d'un travail très important qu'ils ont mené avec beaucoup de sérieux. Ils ont bien compris l'importance de répondre au manque criant des recherches dans ce domaine.

La recherche est encore en cours, mais à ce jour, nous disposons de 50 études intensives de cas complètes portant sur 1 année de psychothérapie d'enfants âgés de 3 à 15 ans dont le diagnostic CIM est F84.0, F84.1 et F84.9 (autisme et troubles envahissants du développement). Elles sont conduites dans des conditions naturelles de pratique et sont observationnelles. Autrement dit, elles ne comportent aucune manipulation expérimentale.

Le profil des cliniciens qui ont mené ces études est le suivant :

- 41 sont de référence psychanalytique, 5 de référence cognitivo-comportementale, 3 de référence psychomotrice, et 1 pratique une thérapie par le jeu.
- les praticiens de référence psychanalytique ont une expérience de plusieurs années concernant les troubles du spectre autistique. Ils ont reçu une formation psychanalytique étendue et spécialisée[54] en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie et ont déclaré que leur référence principale était la psychanalyse.

Ils exercent aux quatre coins du territoire Français et Italien.

Le recrutement des cliniciens s'est fait en France à partir d'un appel à participation lancé par la FFP, relayé par ses associations, à la suite de la réponse favorable de l'Inserm au projet que nous avions soumis. L'impulsion de G Haag a été déterminante dans la participation très forte des psychanalystes français à cette recherche.

En Italie, les praticiens ont été réunis à partir de 7 associations psychanalytiques[55] en relation avec la CIPPA et avec l'énergie de Margherita Amenta et de Suzanna Messeca.

- les praticiens de référence cognitivo-comportementale ont été recrutés suivant la même modalité générale, mais seuls ceux du CHU de Tours (C Barthélémy) ont maintenu leur implication. Ils pratiquent des thérapies d'échange et de développement pour lesquels ils ont reçu une formation particulière en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie.

Les enfants. Les études portent sur 6 filles et 35 garçons dont la répartition des âges est la suivante :

---

[53] À la date du 31 décembre 2012.

54 La formation des français comporte : une analyse personnelle, une formation à la psychothérapie psychanalytique des enfants acquise par la fréquentation de séminaires et de supervisions, parfois suivis dans le cadre codifié de la FFPPEA (Fédération Française de Psychothérapie Psychanalytique d'Enfants et Adolescents), plus souvent "à la carte.
Beaucoup ont suivi ou suivent les séminaires tri-annuels du GERPEN qui ont depuis longtemps travaillé autour de la pathologie autistique, surtout avec les apports de Meltzer et Tustin et/ou de la SEPEA, et, concernant la "sur spécialisation" pour les autistes, les séminaires plus spécialisés dans divers courants (Alfred Binet, Espace analytique, séminaires de G Haag), et des supervisions spécifiques hebdomadaires ou bimensuelles souvent pendant plusieurs années pour suivre leurs cas afin d'approfondir les particularités de la psychopathologie autistique et les manières de repérer et interpréter les phénomènes de transfert et contre-transfert de ces niveaux de fonctionnement.
Les italiennes sont formées en général à la PSA de l"enfant sur le modèle Tavistock (4 ans ,je crois, avec "obligation de passer par l'Observation de Nourrissons (E. Bick),et ont été également enseignées par D. Meltzer et Tustin.

[55] AIPPI (Association Italienne de Psychothérapie Psychanalytique avec enfants, adolescents et familles), AMHPPIA (Association Martha Harris de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance et de l'adolescence), ASNE-SIPsIA (Société Italienne de Psychothérapie Psychanalytique de l'enfance, de l'adolescence et pour les couples), ASP (Association Études Psychanalytiques), CISPP (Centre Études Psychothérapie Psychanalytique), CSA (Centre Études Ariosto), SPI (Société Psychanalytique Italienne).

3 - 4 ans	9 enfants
5 - 6 ans	16 enfants
7 - 8 ans	7 enfants
9 – 10 ans	6 enfants
11 – 12 ans	6 enfants
13 -15 ans	6 enfants

L'autorisation des parents, après information, a été sollicitée pour chaque inclusion dans la recherche. Le réseau a obtenu l'accord de la CNIL pour ses bases de données.

Le plateau technique dont ont bénéficié les 50 enfants est récapitulé dans le tableau « plateau technique » en annexe. Ce tableau précise les éléments suivants : âge, nombre de séance par semaine, existence de séances d'orthophonie, de psychomotricité, fréquence des entretiens avec le pédiatre, le psychiatre, ateliers et leur fréquence, scolarisation.

Le début de la psychothérapie a pu coïncider avec le début de l'étude ou auparavant.

2. Rappel de la méthodologie des études, des évaluations et de l'analyse des données

Ces points ont été présentés en détail dans un paragraphe précédent. Ils sont résumés ici pour donner une autonomie à ce chapitre.

a) Recueil et cotation des données

Les données sont issues des notes extensives prise par le clinicien durant ou immédiatement après les séances. Elles sont accompagnées, quand c'est possible, d'enregistrements vidéos issus des 3 premières séances, puis de 2 séances à 2, 6 et 12 mois. Elles sont aussi complètes que possible et contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses comportements, ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce que le thérapeute pense pendant la séance et l'atmosphère de la séance.

Ces données sont transmises sous forme électronique aux 2 autres membres du groupe de pairs[56] (non présents durant la séance). Chaque clinicien réalise une cotation individuelle à partir des instruments utilisés dans l'étude, puis une réunion du groupe de pairs (souvent par vidéoconférence) permet d'établir la cotation définitive après discussion des écarts de cotation en référence aux données (notes extensives issues de séances).

b) Fidélité interjuges

La question de la fidélité interjuge, centrale en raison de la composante multicentrique de l'étude, a fait l'objet d'une attention particulière. La procédure d'accord interjuges a été conçue en trois étapes. La première étape est celle d'une cotation individuelle des données par chaque juge, à partir d'instruments validés. La seconde est une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global réalisée en groupe de pairs. Cette méthode a été utilisée pour améliorer la fiabilité des cotations d'instruments qui peuvent demander une période d'adaptation pour des cliniciens qui sont isolés et ne les connaissent pas parfaitement, notamment en repérant les biais de cotation et pour formaliser les causes rationnelles de divergence. Le score global n'est jamais obtenu en moyennant les 3 scores mais par discussion à partir des données. Les scores de chaque étape sont conservés. Une troisième étape a été la réalisation régulière de réunions de retours d'expérience dont un des temps a été systématiquement consacré aux difficultés éventuelles rencontrées dans les cotations. Des précisions ont été réalisées oralement à partir des manuels et, chaque fois que c'était nécessaire, des instructions complémentaires ont été réalisées et affichées sur le site du réseau.

[56] Les cliniciens travaillent par groupes de 3 pairs.

c) Cinq registres d'informations sont réunis dans chaque étude intensive de cas

1. *les formulations de cas*, initiale et finale, suivant 5 axes. La formulation initiale apporte une présentation synthétique et organisée des informations recueillies pour chaque enfant[57]. Elle est réalisée à partir d'une synthèse des avis des 3 cliniciens issus des données des 3 premiers entretiens. Cette description, à laquelle sont associés les bilans pré cliniques et le diagnostic CIM, conduit à une définition des objectifs et à un projet personnalisé d'interventions.

2. *les éléments de contexte* (10 modérateurs)[58]. Ils se définissent par leur présence antérieure au début de la psychothérapie et leur potentialité d'intervenir favorablement ou défavorablement sur les résultats. Le choix de ces éléments a été réalisé à partir de la littérature et des questions actuelles (par exemple, la scolarisation). Certains de ces éléments peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité à prendre particulièrement en compte, d'autres sont des éléments favorables au développement de la psychothérapie (notamment, le soutien familial).

3. *Les indicateurs d'état initial et de changement* à 2, 6 et 12 mois, dont les mesures sont réalisées dans 3 dimensions principales à partir de 3 instruments :

   1) symptômes et comportements autistiques (ECAR, Barthelemy et al. 1997),
   2) développement dans 8 dimensions[59] (EPCA, Haag et al. 2010),
   3) relation à soi et au monde : vécu émotionnel et mécanismes de défense, relations au monde et aux autres et leurs conséquences individuelles d'ouverture ou de retrait (CPQ, Schneider et Jones, 2007).

4. *La description des principales caractéristiques de la psychothérapie* à 2, 6 et 12 mois à partir du CPQ (Questionnaire à tri forcé sur le Processus Psychothérapique). Ce questionnaire est pluri théorique. Il comprend 100 items qui décrivent la psychothérapie dans 3 dimensions principales : l'enfant (ses problèmes et leur évolution, son engagement et sa participation à la thérapie) ; le thérapeute (son engagement, son approche et sa technique, leur ajustement durant la psychothérapie aux particularités et à l'évolution de l'enfant) ; l'interaction entre le thérapeute et l'enfant. Chaque item est coté de -4 à +4 en fonction de l'importance qui lui est attribuée par rapport aux autres dans la séance cotée et en respectant une distribution «normale» des scores[60].

5. *La mise en relation des résultats avec les caractéristiques de la psychothérapie* à 2, 6 et 12 mois, et la présentation d'hypothèses sur les facteurs de changement impliqués.

d) Ils peuvent être étudiés à trois niveaux : cas isolé, cas regroupés, cas comparés.

3. Apport des cas isolés

Le protocole de cas isolé (*single-case design*) permet une observation très fine, à la fois qualitative et quantitative, du processus de changement de l'enfant en psychothérapie et des différents facteurs qui y sont potentiellement impliqués.

---

[57] Symptômes et problèmes actuels ; traits de vulnérabilité et circonstances déclenchantes des comportements pathologiques ; éléments favorables ; facteurs non dynamiques qui ont pu contribuer au problème de l'enfant (prématurité, séparation précoce...) ; niveau de développement, de ses relations interpersonnelles, de son autonomie et de son handicap; capacité de l'enfant de contenir et d'exprimer ses émotions, ses capacités de se défendre et de s'ajuster ; hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant par le thérapeute.

[58] Les modérateurs sont des éléments de contexte déjà présents avant le début de la psychothérapie qui sont susceptibles d'en modifier le cours. Les modérateurs favorables sont les suivants : 1. Prise en charge précoce ; 2. Absence de comorbidité somatique ; 3. Contexte développemental précoce simple ; 4. Absence d'antécédent de traumatisme ; 5. Soutien familial fort ; 6. Relation avec pairs existante ; 7. Soutien parental psychothérapie actif ; 8. Bon plateau technique ; 9. Scolarisation existante ou en cours ; 10. Absence de comorbidité psychique. Présentés sous une forme négative (retard de la prise en charge, etc) ils constituent un index d'une difficulté prévisible accentuée, dont certains éléments sont susceptibles cependant de se modifier, d'autant plus qu'ils ont été considérés.

[59] Émotions/Relations ; Regard ; Image du corps ; Langage verbal ; Graphisme ; Exploration ; Temporalité ; Agressivité.

[60] Distribution normale : 5 items (+4), 8 items (+3), 12 items (+2), 16 items (+1), 18 items (0), 16 items (-1), 12 items (-2), 8 items (-3), 5 items (-4).

- Il apporte au clinicien des informations qui lui permettent de suivre les progrès (ou les blocages) de son patient au niveau de ses symptômes, de ses fonctionnements et de son développement. Il lui permet également de mieux saisir les ressorts et les conditions de son action thérapeutique et étaye sa réflexion théorique, avec des effets ressentis sur sa pratique.

  L'étude du cas de Merlin a été présentée plus haut (accéder) en est un exemple. Plusieurs autres cas ont été présentés à l'occasion de Séminaires, Cours universitaires [61], Journées scientifiques[62], Posters (SPR 2011, SPR 2012) ou publiés dans *Pour la recherche*. (63 p 3-4, 68-69 p 15-16, 73-74 p 7-9 et 12-16)

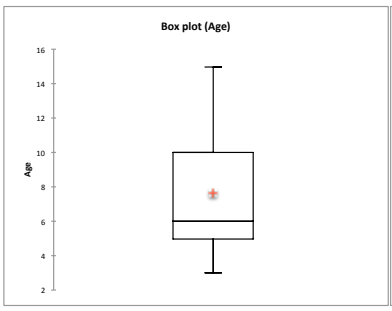
- il apporte des informations pour la recherche qui sont inaccessibles à partir d'études classiques de groupes. Cet apport est particulièrement important dans le champ de l'autisme dont une des caractéristiques est la diversité inter-cas.

- Le retour à la singularité de chaque cas peut s'avérer indispensable pour constituer des sous-groupes impliquant certaines dimensions et établir des hypothèses fondées devant des trajectoires dont la logique générale est difficile à saisir.

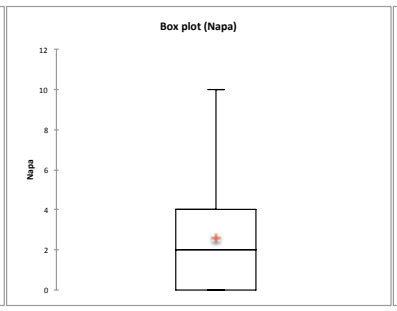
Les résultats de chaque cas sont regroupés sous une forme synthétique dans un fichier particulier (fiche exemple, en annexe). Les différentes bases de données permettent d'aborder les questions qui se posent à propos d'un cas particulier ou d'un ensemble de cas (par exemple, rôle de certains modérateurs, approche psychothérapique d'une perturbation importante de la régulation émotionnelle)

4. Apports du regroupement des 50 cas

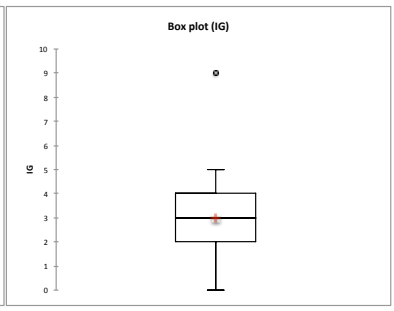
a) Données générales à baseline



La moitié des enfants a un âge ≤ 6 ans



La moyenne du nombre d'années de psychothérapies avant l'entrée dans l'étude est de 2,6 ans



15 enfants ont un indice de sévérité contextuelle ≥ 4 ; 7 un indice sévérité contextuelle = 0 ou 1

Voir fiche descriptive récapitulative et histogrammes en annexe

b) Apports de la formulation de cas (FC)

Rappelons que la FC est élaborée par le psychothérapeute de l'enfant et validée en groupe de pairs à partir des 3 premières séances initiant l'évaluation. Elle sera répétée à 12 mois. Les données ci-dessous sont issues de la première FC.

1. Les principaux troubles communs à tous les enfants

Comme pour l'analyse des 12 premiers cas terminés, nous allons présenter ci-dessous les troubles communs aux 50 patients : troubles du développement du langage, troubles des interactions et réactivité forte de l'enfant à certaines situations. Certains troubles sont du domaine du retard, d'autres liés à l'expression.

---

[61] P Poyet, C Ritter, L Barrer. Évolution du processus dans la psychothérapie d'inspiration analytique (PIP) chez l'enfant autiste. Université Paris VII.

[62] C Brodin, C Barthélémy, M Thurin, JM Thurin. Présentation du réseau et du déroulement d'une étude de cas. Journées annuelles de l'ANCRA.

Concernant les troubles du langage,

Les cliniciens rapportent que 8 enfants ont une absence du langage (16%), 4 enfants présentent un retard (8%), 5 enfants une limitation (pauvreté ou expression limitée) (10%), 10 enfants ont des problèmes de langage spécifiques (absence de langage partagé, difficulté d'élocution, labilité, langage «plaqué», dysharmonie, langage « personnel », difficulté de narration, obsession dans le langage, langage répétitif) (20%). Un enfant est repéré comme ayant un langage au dessus de la norme (2%). Il est indiqué que 4 enfants ont des troubles du langage sans précision (8%).

Il s'agit là des indications données par les thérapeute lors de la formulation de cas qu'ils ont rédigée au départ de leur évaluation. Tous n'ont pas mis en avant les troubles du langage. Ces troubles sont évalués de façon précise dans la grille EPCA.

Concernant les troubles des interactions,

Ils sont décrits également suivant des modalités différentes d'un enfant à l'autre. Les cliniciens signalent 11 enfants ayant des difficultés avec les pairs (22%), 16 enfants sont signalés comme ayant des troubles du contact visuel (évitement du regard, pas de contact du regard, pauvreté du regard adressé, non spécifié) (32%), 12 enfants ont une difficulté de contact avec les autres (socialisation difficile, socialisation sélective, non spécifiée) (18%), 14 enfants ont des troubles importants de communication et relationnels (28%), 1 enfant est signalé n'avoir aucun échange (2%).

Nous remarquons que les cliniciens se sont beaucoup plus prononcés sur les troubles des interactions que sur les troubles du langage.

Concernant la réactivité forte de l'enfant à certaines situations,

La description de ces enfants est plus commune. Vingt-sept enfants sont décrits comme intolérants à la frustration avec manifestations de colères, crises ou pleurs (54%), pour 4 enfants seulement les cliniciens ont signalé de fortes réactions à la séparation (8%), 5 enfants ont une contenance insuffisante (10%), 7 enfants ont un déficit ou une instabilité émotionnelle (14%).

Rappelons que ces éléments sont rapportés à partir de la formulation initiale de cas, c'est à dire à partir des 3 premiers entretiens qui ont inauguré l'évaluation sur une année de psychothérapie. Ils sont également décrits par les instruments d'évaluation.

2. Les objectifs et les stratégies envisagées par le clinicien

Concernant les objectifs,

Nous avons réalisé un tableau à partir de 4 grands niveaux (identiques à ceux distingués pour les 12 enfants dans le tableau réalisé plus haut). Les objectifs pour les 50 patients sont les mêmes que ceux pour les 12. Nous notons toutefois que le travail avec les parents est fortement indiqué comme objectif, ainsi que quelques éléments supplémentaires pour les acquisitions : autonomie, image de soi et individuation.

Communication/interaction	Intolérance/frustration	Travail corporo psychique	Acquisitions
• Développer la communication (langage et interactions sociales) • Réduire l'isolement et le retrait défensif de l'enfant avec son entourage • Susciter les initiatives de communication • Maintenir un climat de sécurité permettant une meilleure interaction • Travailler avec les parents	• Diminuer l'intolérance à la frustration et les angoisses de séparation • Favoriser la régulation motrice et émotionnelle	• Travailler les enveloppes psychiques (dedans/dehors) • Travailler l'étape individuation/séparation • Diminuer les angoisses orales, anales • Consolider la contenance corporo-psychique et le sentiment de soi	• Acquisition de la propreté • Acquisition du langage • Construction de l'image de soi • Autonomie • Arriver à l'individuation

Concernant les stratégies,

Pour 7 enfants seulement les cliniciens ont noté un type de psychothérapie comme stratégie (4 : psychodynamique, 1 : soutien, 2 : thérapie d'échange et de développement), 5 ont indiqué le nombre de séances envisagé (pour 4 enfants 2 séances/semaine, pour l'autre, 3 séances/semaine). Neuf ont noté un travail sur le cadre (18%), 10 ont signalé l'importance du travail avec les parents (20%), 5 l'importance du travail avec les partenaires (10%).

Concernant les actions proprement dites que les cliniciens envisagent pour les enfants : 18 pensent faire verbaliser les émotions (36%), 6 pensent soutenir les initiatives et les habiletés de l'enfant (12%), 4 les faire travailler sur les séparations (8%), 9 favoriser une aire transitionnelle (18%) et 11 mettre à la disposition de l'enfant des objets médiateurs de la relation (22%), 5 pensent utiliser une méthode d'imitation (10%), 3 la théâtralisation (6%). Une série de propositions que le clinicien se fait concerne sa position : empathie et holding, capacité d'échange, attention aux rythmes de l'enfant, limiter les contextes de forte excitation, établir une situation de contenance, diversifier les situations interactives (12%). Les dernières stratégies concernent l'interprétation (des angoisses et défenses, du transfert et contre-transfert, souligner les liens associatifs) (28%).

3. Les modérateurs

Les modérateurs peuvent être définis comme des caractéristiques contextuelles à la psychothérapie qui influencent la direction ou l'intensité de la relation entre variables indépendantes et dépendantes[63]. Les modérateurs constituent des facteurs à prendre en compte dans l'interprétation des résultats sans être pour autant à considérer comme des déterminants systématiquement fixes. Dans bien des cas, une attention ou des actions particulières permet de modifier leur impact, voire de l'inverser (Kazdin 2008)[64].

Dans le cadre de l'autisme, nous avons distingué 10 éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur l'évolution de l'enfant et pour ce qui concerne la question particulière qui est posée dans cette étude d'avoir un impact sur le processus psychothérapique et ses effets : *Repérage et début de prise en charge en psychothérapie, Contexte du développement précoce, Contexte potentiellement traumatique du développement précoce, Qualité du soutien familial, Relations psychosociales, Soutien de la psychothérapie par les parents, Comorbidité psychique, Comorbidité somatique, Qualité du plateau technique, Scolarisation*.

Pour chacun de ces critères le nombre d'enfants concernés est précisé.

- **Repérage et prise en charge en psychothérapie**

Repérage

- 30 enfants ont été repérés avant 3 ans
- 20 enfants ont été diagnostiqués après 3 ans (repérage par l'école, pédiatre, hôpital de jour entre 3 ans 1/2 et 5 ans)

Début de prise en charge psychothérapique

- 29 enfants ont commencé une psychothérapie entre 3 et 4 ans
- 20 enfants ont commencé une psychothérapie après 5 ans.
- non précisé pour 1 enfant

- **Contexte du développement précoce**

- 16 enfants n'ont pas présenté de problème particulier au niveau de leur contexte de développement précoce (développement normal, enfant décrit facile…)
- 34 enfants sont considérés comme ayant eu un contexte de développement difficile, dont les éléments suivants sont rapportés : Troubles du sommeil du bébé ou autres troubles, anxiété p.e. (9 enfants). Difficultés personnelles du père ou de la mère (20 enfants). Rupture, p.e., déménagement, changement de nourrice (1 enfant). Difficultés

[63] Kazdin A, *Annual Review of Clinical Psychology* 2007

[64] Kazdin A, *American Psychologist* 2008

liées à des problèmes familiaux (par exemple, séparation mais aussi déménagement ou isolement de la famille) qui ont pu perturber le cadre (4 enfants).

Contexte potentiellement traumatique du développement précoce

- Il peut concerner l'enfant ou la famille, dans ce dernier cas avec un retentissement possible sur l'enfant.
- On ne relève pas d'événement traumatique chez 24 enfants.
- On relève un événement noté comme traumatique chez 26 enfants
  - déplacement avec isolement du lieu et de la culture de vie habituels pour la famille, vécu traumatique de la mère autour de la naissance ou dans les premiers mois de la vie de l'enfant (deuil, maladie de proches) : 10.
  - Rupture brutale avec des personnes essentielles (mère, nourrice) : 5.
  - Naissance traumatique : 5.
  - Accident ou événement médical précoce : 6.

Qualité du soutien familial

- 30 enfants bénéficient d'un très bon soutien familial.
- Chez 20 enfants, ce soutien peut être altéré par
  - Problème lié à la fragilité des parents : 17.
  - Problème lié à une obligation des parents : 3

Relations psychosociales

- 46 enfants bénéficient d'un bon soutien psychosocial.
- Pour 4 enfants ce soutien peut être altéré par :
  - Isolement de la famille dû à déménagement : 2.
  - Enfant gardé à la maison (1 enfant). Grande difficulté (1 enfant).

Soutien de la psychothérapie par les parents

- 41 familles sont clairement soutenantes.
- Pour 9 familles le soutien peut être altéré par :
  - Difficulté à emmener l'enfant à ses séances : 5.
  - Désaccord des parents (l'un est ok, l'autre non) : 3.
  - Non renseigné : 1.

Comorbidité psychique

- 40 enfants ne souffrent pas de comorbidités psychiques (troubles n'étant pas liés directement au diagnostic d'autisme).
- 10 enfants ont des comorbidités psychiques qui sont
  - dépression : 5 ;
  - crise de panique : 1
  - trouble important du sommeil : 1;
  - hyperactivité : 2
  - suspicion neuro : 1.

Comorbidité somatique

- 33 enfants ne souffrent pas de comorbidités somatiques.
- 17 enfants ont des comorbidités somatiques, telles que :
  - troubles du sommeil nécessitant une surveillance cardiaque ou résistant aux médicaments : 4
  - trouble nécessitant hospitalisation précoce : 8 ;
  - épilepsie : 1;
  - macrocéphalie : 1 ;
  - reflux oesophagiens : 3 ;
  - asthme : 1 ;
  - trouble dermatologique récurrent : 2.

Qualité du plateau technique

- Tous les enfants ont un bon plateau technique (sauf 1 pour lequel le dispositif se met en place) avec des modalités différentes telles que :
  - Le rythme des séances est de 1 fois à 3 fois par semaine.
  - La plupart des enfants sont suivis en orthophonie et psychomotricité (tous ces éléments ne figurent pas dans toutes les formulations de cas).
  - Beaucoup ont des activités extérieures ou intérieures (HJ) : ateliers.

- Les parents sont la plupart du temps reçus régulièrement.

Les données du plateau technique sont résumées dans un tableau en annexe

- **Scolarisation**

- 44 enfants vont à l'école.
- 6 enfants ne vont pas à l'école, 2 après essai, un autre va en IME, 1 enfant est en travail éducatif en HJ, 2 sont hospitalisés.

c) Mesure et analyse des changements sur une année de psychothérapie

1. Changements manifestes

- **ECAR, EPCA et CPQ indicateurs**

Les scores de l'ECAR se rapportent à 3 dimensions : globale, relationnelle et émotionnelle/ psychomotrice. Les scores moyens globaux de L'ECA-r se réduisent progressivement en moyenne de 36,5 à 19,1 (avec un écart-type (*sd*) de 12,8 au départ et de 11,0 à 12 mois). Il existe également une réduction de 42,7 à 22,7 du score de déficience relationnelle (*sd* = 19,5 à T0 et = 15,9 à T12) et de 36,5 à 20,2 (*sd* = 16,6 à T0 et = 14,7 à T12) de l'insuffisance modulatrice. Pour ces 3 dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (*p-value* (bilatérale) <0,0001). Les tailles d'effet moyennes sont respectivement pour EG : 2,1, pour DR : 1,7 et pour IM : 1,2.

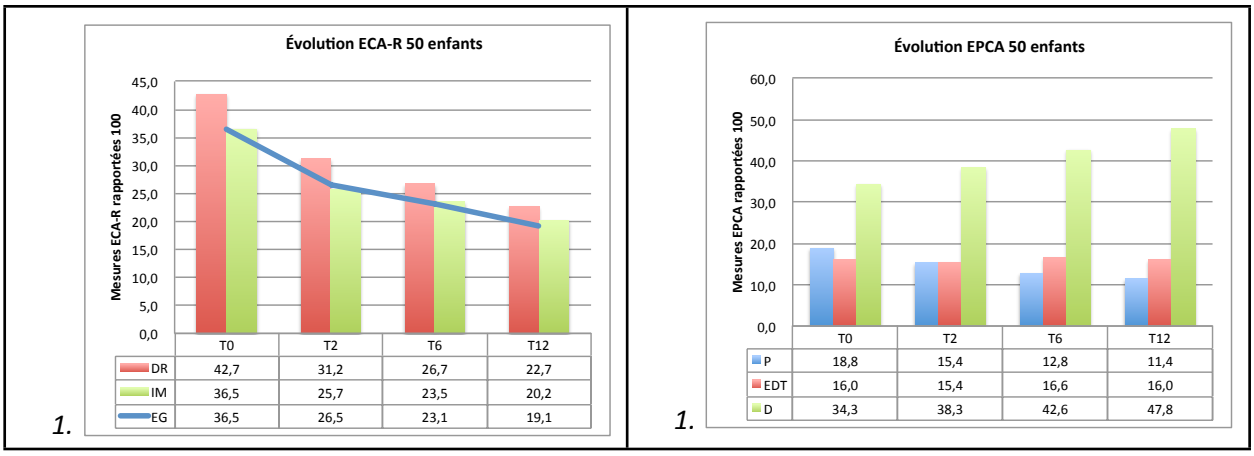
(accès aux tests t ECAR EG, DR et IM)

Les scores de l'EPCA se rapportent à 3 dimensions : la pathologie persistante, le développement acquis et le développement temporaire. Cette dernière dimension est constituée d'items qui décrivent des manifestations traduisant un processus de développement en cours,mais qui peuvent sembler pathologiques en raison du décalage de ces éléments par rapport à l'âge réel de l'enfant (Emergence Développementale Temporaire).

Les scores de la dimension pathologie se réduisent progressivement en moyenne de 18,8 à 11,4 (*sd* = 9,8 à T0 et = 7,1 à T12) ; ceux de la dimension développement acquis s'élèvent de 34,3 à 47,8 (*sd* = 16,5 à T0 et = 17,4 à T12). Pour ces 2 dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (*p-value* (bilatérale) <0,0001). Le score de développement temporaire, qui est un indicateur de la dynamique développementale, reste stable à 16. Les tailles d'effet moyennes sont respectivement pour Pathologie : 1 et Développement : 1,2.

Les scores du CPQ traduisent une évolution moyenne plus faible des indicateurs sélectionnés de fonctionnement intrapsychique. L'insight reste dans le négatif, mais avec une variation 7,5 points et une taille d'effet de 0,3. Le vécu affectif est dans le positif et gagne en moyenne 4,8 points, avec une taille d'effet de 0,4. La relation au monde et aux autres, également dans le positif, gagne 8,3 points avec une taille d'effet de 0,4. Pour les deux dernières dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (*p-value* (bilatérale) <0,0001). En ce qui concerne l'Insight, il existe des différences d'évolution inter-cas très importantes qui se traduisent dans l'écart-type déjà initialement élevé et qui s'accentue avec le temps (*sd* = 27,6 à T0 et = 31,2 à T12) alors qu'il est 2 fois moins important et a tendance à se réduire dans les autres dimensions.

(accès aux tests t CPQ : INS, EAD et RMA)



Graphes de l'évolution en 1 an des comportements autistiques (ECA-R) et de la pathologie et du développement (EPCA)

	score global				déficience relationnelle				modulation émotionnelle			
	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
ECAR	36,5	19,1	17,4	2,1	42,7	22,7	20	1,7	36,5	20,2	16,3	1,2
	pathologie				développement temporaire				développement			
	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
EPCA	18,8	11,4	7,4	1	16	16	0	0	34,3	47,8	13,5	1,3
	Insight				EAD				RMA			
	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE	T0	T12	Δ	TE
CPQ	-14,4	-6,9	7,5	0,3	13,1	17,9	4,8	0,4	7,4	15,7	8,3	0,4

Tableau des variations et tailles d'effet à partir des indicateurs ECA-R, EPCA et CPQ

NB. La différence avec les score d'évolutions pour 12 patients peut s'expliquer par les résultats des patients italiens, plus âgés et plus avancés au moment de l'entrée dans l'étude.

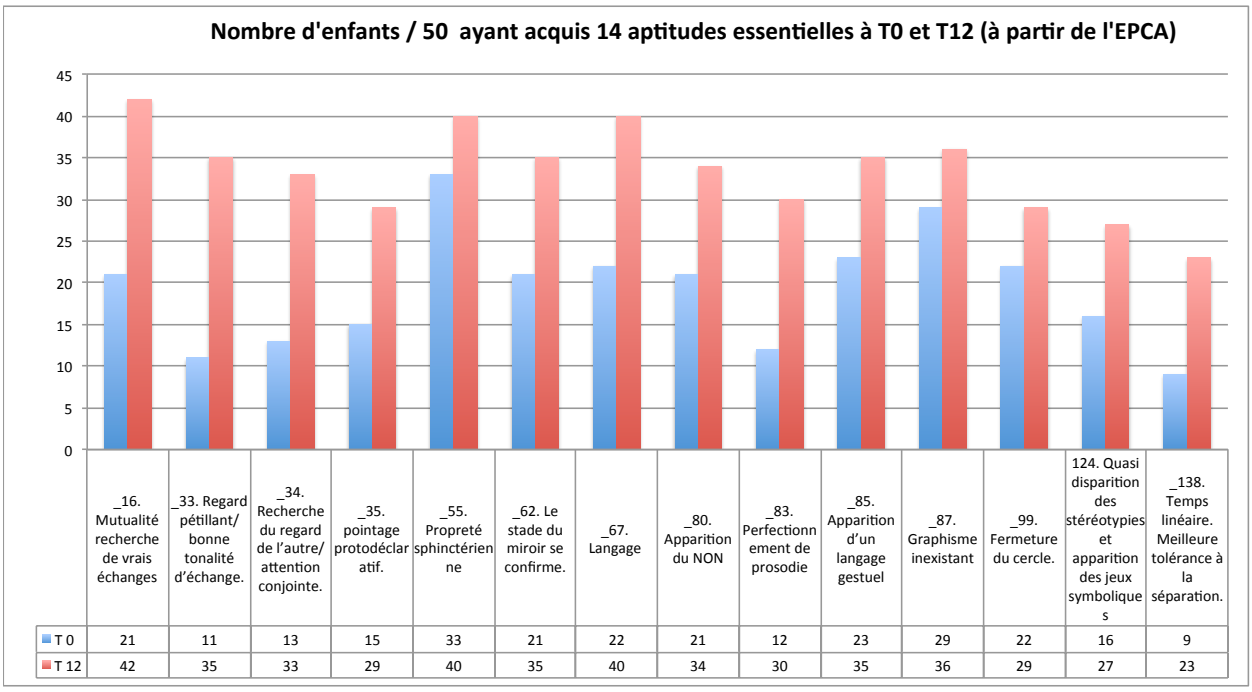
Un tableau récapitulatif des données distinguant les évolutions par dimensions, à partir des différents instruments, des enfants de 3 à 6 ans et de ceux de plus de 6 ans est présenté et commenté en annexe.

- **Un indicateur clinique issu de l'EPCA, le score d'aptitudes**

Parmi les 147 formulations que comprend l'échelle EPCA, nous avons sélectionné celles qui concernaient des aptitudes dont l'acquisition est à la fois un repère et une transformation qui a une fonction pivot pour l'enfant et son entourage. Quatorze aptitudes correspondaient à ces critères[65]. Ce graphique présente l'évolution de leur nombre au cours de l'année d'évaluation. En bleu, le nombre d'enfants chez lesquels chaque aptitude est présente à T0, en rouge le nombre d'enfants chez lesquels chaque aptitude est présente à T12

Le graphique ci-dessous montre que les acquisitions les plus difficiles sont, d'une part, la disparition des stéréotypies et apparition du jeu symbolique et, d'autre part, la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation. La recherche de vrais échanges, la propreté, le langage et le graphisme sont celles qui évoluent le mieux dans notre groupe de patients.

[65] (F16) Recherche de vrais échanges relationnels. (F33) Regard avec bonne tonalité d'échange. (F34) Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe. (F35) Développement du pointage protodéclaratif. (F55) Propreté sphinctérienne acquise ou mieux intégrée. (F62) Stade du miroir se confirme. (F67) Langage verbal existant. (F80) Apparition du NON. (F83) Perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents). (F85) Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir). (F87) Graphisme existant. (F99) Fermeture du cercle. (F124) Quasi disparition des stéréotypies et apparition jeux symboliques. (F138) Notion d'écoulement du temps ; meilleure tolérance à séparation.



- **constitution de scores généraux de variation**

Trois scores généraux de variation ont été réalisés : SGV1 qui associe le score de variation de l'ECAR (symptômes comportementaux) et le score de variation de l'EPCA (développement) ; SGV2 qui associe à SGV1 la variation globale des 3 indicateurs de fonctionnement intrapsychique issus du CPQ (Insight, affect et défenses, relation au monde et aux autres) ; le delta des aptitudes (Δ Apt), qui mesure le nombre d'aptitudes acquises pendant l'année d'étude, complète la présentation des changements.

Les scores de variation sont des indicateurs de changement qui peuvent être considérés comme tels et donner lieu à des classements généraux concernant par exemple le nombre d'enfants ayant beaucoup ou modérément changé. Ils peuvent aussi être mis en relation avec les variables susceptibles d'en être la cause (médiateurs) ou de les influencer (modérateurs). Cet aspect est particulièrement étudié dans cette recherche qui est centrée sur les actions thérapeutiques, les mécanismes qui les sous-tendent et les conditions contextuelles qui les modèrent.

2. Le processus psychothérapique interne et son évolution (CPQ)

- **Modalités d'évaluation des changements dans le processus interne de la psychothérapie**

Le processus interne de la psychothérapie est décrit par un ensemble de formulations dont l'importance est hiérarchisée par un score allant de -4 à +4. Une des particularités de l'utilisation de ce questionnaire est que la cotation très négative de certains items ne correspond pas seulement à l'absence d'une caractéristique, mais introduit une dimension supplémentaire. Par exemple,la forme inversée de l'item 37 « *Le thérapeute se comporte de façon didactique* » (qui se réfère à une approche cognitivo-comportementale) est « *Le thérapeute évite une instruction ou une éducation explicite en faveur de formulations plus exploratoires ou plus métaphoriques* » (qui se réfère à une approche psychodynamique). En cas d'absence de réponse possible ou de non pertinence dans le contexte de la séance d'une formulation, ce sont les cotations -1, 0 ou 1 qui sont utilisées. Ces caractéristiques ne sont pas propres au questionnaire utilisé (le CPQ), mais s'inscrivent de façon plus générale dans la méthodologie du Q-sort dans laquelle il s'inscrit.

Pour mener les analyses, nous sommes partis des nombreuses publications portant sur le PQS, le CPQ et l'APQ réalisées initialement par Jones et al., puis par Ablon et Jones et enfin par les équipes qui ont publié sur ces instruments au niveau international. Un tableau récapitulatif présente ces articles[66]

[66] M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ. Manuscrit présenté en annexe

associé à un texte plus complet[67], ainsi qu'un texte centré sur les prototypes de processus thérapeutiques idéaux[68].

Les analyses publiées portent sur les éléments les plus caractéristiques des psychothérapies réalisées avec divers groupes, la mise en relation des psychothérapies réalisées avec les prototypes de différentes psychothérapies, notamment psychodynamiques et cognitivo-comportementales, l'analyse des interactions et des changements à partir d'analyses de séries temporelles, etc.

Nous avons d'abord testé l'influence de médiateurs préconstruits dans la continuité de la démarche relative à une *approche interactionnelle*. Dans cette approche, la notion d'interaction, dérivée de la recherche déductive et du paradigme expérimental, assume que chaque variable est une entité séparée, et que les entités séparées s'affectent chacune réciproquement. Les médiateurs (variables indépendantes) ont été sélectionnés en fonction des données existantes sur les facteurs communs de changement (alliance thérapeutique) et ceux qui seraient spécifiques à l'autisme, entrant dans les «facteurs pivots» (communication, verbalisation, langage) et (expression et contenance affective). Nous y avons associé ceux qui étaient des médiateurs relatifs aux approches psychodynamique et cognitivo-comportementale. Ces différents médiateurs ont été construits en réunissant les items du CPQ qui leur était spécifiquement relatifs et en prenant en compte la signification de l'item suivant son signe.

De façon à saisir également les médiateurs latents, nous avons également utilisé l'analyse factorielle issue des communautés entre patients à partir des cotations des 100 items du CPQ chez chacun d'entre eux. Suivant Jones et al., une des particularités de ces analyses est de définir la psychothérapie à partir de configurations d'items suivant une *approche transactionnelle* où la signification de chaque item prend son sens en relation avec ceux qui l'entourent[69]. Cet abord conduit à la définition de médiateurs émergents (ensemble d'items constituant une configuration active s'inscrivant dans les facteurs de changement (ou de non changement)) dans lesquels les approches et techniques psychothérapiques sont associées à des descriptions correspondantes des enfants concernés.

L'analyse a ainsi été engagée par 3 temps : 1) recherche des éléments les plus caractéristiques dans le groupe des 50 patients ; 2) scores moyens des facteurs préconstruits et leur évolution aux 3 temps de cotation (2 mois, 6 mois et 12 mois) ; 3) médiateurs émergents et distinction de profils de psychothérapies pour les 50 cas et dans les 3 sous-groupes d'âge.

Ces différentes analyses permettent à la fois de déterminer les principales caractéristiques des psychothérapies menées dans l'étude avec des enfants autistes, avec évidemment de nombreuses possibilités de spécification suivant l'âge, le moment de la psychothérapie et différentes autres variables, mais aussi de profiler les psychothérapies de chaque patient par regroupements dans des sous-groupes et suivant les médiateurs qui ont chez eux un poids particulier.

- **éléments les plus caractéristiques**

Les *20 items les plus caractéristiques* du CPQ sur une période d'un an pour les 50 patients autistes (score CPQ ≤-1,32 ou ≥ 1,32) sont les suivants :

item	formulation descriptive	Ms50P	Ms50Pva
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (attitude froide, formelle, détachée) (R. *Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement*).	-3,12	3,12
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant et communique avec l'enfant de façon ajustée.	2,98	2,98

[67] M Thurin. Le PQS, le CPQ et l'APQ, trois formats d'un instrument du processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent. Manuscrit présenté en annexe

[68] J Barthe. Prototypes de processus thérapeutiques idéaux. Application du PQS. Manuscrit présenté en annexe

69 Jones EE, Parke LA & Pulos S. How therapy is conducted in the pirate consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(1): 16-30.

77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	2,71	2,71
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique (R. *Le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant*)	-2,37	2,37
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	2,33	2,33
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.	2,22	2,22
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.	2,22	2,22
86	Le thérapeute est confiant, assuré.	1,98	1,98
72	L'enfant est actif.	1,96	1,96
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,91	1,91
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.	1,86	1,86
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,84	1,84
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes (R. *L'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes*).	-1,83	1,83
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R. *L'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments*).	-1,80	1,80
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	1,72	1,72
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord (R. *Le thérapeute s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant*).	-1,71	1,71
46	Le thérapeute clarifie, explique, ou rend compréhensible la signification du jeu de l'enfant.	1,59	1,59
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	1,47	1,47
13	L'enfant est animé ou en éveil.	1,39	1,39
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique (R. *Le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques*).	-1,33	1,33

Les couleurs associées aux numéros d'items font référence à leur éventuelle appartenance aux prototypes des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale. Ainsi, la couleur *jaune* se réfère au prototype psychodynamique, la couleur *bleu* au prototype cognitivo-comportemental et la couleur *verte* aux deux prototypes avec des cotations de même signe.

Par ailleurs, lorsque l'item est affecté d'un signe négatif, la formulation R (*reverse*) indiquée entre parenthèses et en italiques est celle qui est retenue. Par exemple, une cotation négative de l'item 9 : « Le thérapeute n'est pas réceptif (attitude froide, formelle, détachée)» conduit à la signification R : « *Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement*) ».

Médiateurs correspondant à ces 20 items

Les items les plus caractéristiques peuvent être regroupés en 3 médiateurs :

- Le premier concerne **l'attitude et l'ajustement du thérapeute** qui déterminent **le cadre** de la psychothérapie. Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement (item 9r), il est sensible aux sentiments de l'enfant et peut communiquer cette compréhension d'une manière qui lui soit adaptée (item 6). Son style est assuré et confiant (item 86), il s'abstient de jugements négatifs envers l'enfant (item 18r). Il perçoit précisément le processus thérapeutique (item 28). Son interaction avec l'enfant est adaptée à son niveau de développement (item 77). Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, il s'adapte à lui (item 47). Le matériel de la séance est essentiellement relié

aux conflits psychologiques de l'enfant ou à des questions qui concernent un problème central (item 88).

- Le second concerne **le travail psychothérapique de contenance et de verbalisation des affects**. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (item 81). Il tolère les pulsions violentes de l'enfant (item 45) et se retient de répondre personnellement à ses provocations et aux perturbations de la séance qui les accompagnent (item 24r). Le thérapeute clarifie, redit ou reformule la tonalité affective de l'enfant, ses états, ses idées (item 65), ou son comportement non verbal (item 2) afin de rendre leurs significations plus évidentes. Ses remarques ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant (item 3). Il clarifie, explique, ou rend compréhensible la signification du jeu de l'enfant (item 46). Ses formulations sont plutôt exploratoires et métaphoriques (item 37r).
- le troisième concerne **l'enfant**. Il est actif (item 72), animé ou en éveil (item 13). Il donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience et ses sentiments (item 41), tout en ne semblant pas être conscient de ses difficultés internes ou de bien les comprendre (item 53r).

- **médiateurs préconstruits**

Scores moyens des médiateurs préconstruits

Les scores moyens relatifs aux médiateurs préconstruits (incluant les sous-facteurs relatifs à l'alliance thérapeutique) sont résumés dans le tableau ci-dessous :

	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CLV	IS	CC
Moyenne	13,9	2,9	40,6	18,6	45,8	26,4	3,8	18,1	17,0	7,4	-5,9
Max	50,0	38,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	54,2	41,7	43,3	30,0
Min	-21,7	-46,7	25,9	-1,9	-4,2	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2
sd	16,4	18,3	8,1	8,1	17,5	16,8	12,6	15,5	11,2	17,3	16,1

EG = Engagement du patient ; TP = Transfert Patient ; PP = Participation Patient ; AL = Alliance globale ; ET = Engagement Thérapeute ; AT= Ajustement Thérapeute ; IT : Interaction patient/thérapeute ; ECA= Expression, conscience des affects ; CVL=Communication, verbalisation, langage ; IS= Interprétation/signification ; CC= Conseil et comportement.
La définition précise de ces médiateurs et les items qui les composent est décrite en annexe

Les scores par patients font apparaître une grande diversité des cas. Cependant trois scores sont toujours pratiquement toujours positifs et atteignent des niveaux élevés : la relation transférentielle de l'enfant (TP), l'engagement et l'ajustement du thérapeute (ET et AT), et par extension l'alliance (AL). La différence entre scores maximum et minimum pour les autres médiateurs montre leur variabilité d'un enfant à l'autre. Les scores IS et CC arrivent respectivement à une moyenne de 7,4 et de -5,9 du fait de leur évaluation dans 2 groupes de thérapeutes respectivement d'orientation psychodynamique et cognitivo-comportementale qui ne sont pas en nombre équivalent.

Scores individuels moyens des médiateurs préconstruits

Les scores individuels sont réunis sous la forme suivante :

CP	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
X003	50,0	29,6	-6,7	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
X005	26,7	39,8	20,0	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	80,6	-19,4
X007	18,3	40,7	-33,3	19,0	38,9	11,7	27,8	50,0	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
X030	-1,7	28,7	13,3	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Xi01	25,0	39,8	-1,7	23,5	45,8	38,3	8,3	-1,4	0,0	15,8	-15,0	49,8	-5,6
Xi03	25,0	37,0	13,3	13,6	29,2	28,3	2,1	20,8	22,6	31,7	2,5	54,8	-16,6
Xi26	28,3	33,3	-5,0	29,6	61,1	15,0	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4

Les données de cet extrait du tableau permettent, par exemple, de situer l'impact particulier de certains médiateurs sur le déroulement et les résultats de la psychothérapie. Par exemple, quels sont les effets sur le profil de la psychothérapie et sa trajectoire d'un faible engagement initial ou d'une faible participation de l'enfant dans la psychothérapie ? Elles permettent également de préciser l'approche générale du thérapeute et ses variations en fonction des particularités de l'enfant.

Le tableau complet est disponible en annexe

Les statistiques descriptives (données quantitatives) de ce tableau sont les suivantes :

Statistique	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC
Nb. d'observations	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Minimum	-21,7	-46,7	25,9	-1,9	-4,2	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2
Maximum	50,0	38,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	54,2	41,7	43,3	30,0
1er Quartile	2,1	-9,6	36,3	13,5	34,0	13,3	-5,0	8,3	7,4	-3,1	-17,5
Médiane	18,3	3,3	40,7	17,4	43,1	26,7	5,6	17,4	16,1	9,6	-8,3
3ème Quartile	25,0	15,0	43,5	24,2	56,6	37,9	12,5	26,0	22,6	20,8	2,5
Moyenne	13,9	2,9	40,6	18,6	45,8	26,4	3,8	18,1	17,0	7,4	-5,9
Variance (n-1)	269,1	333,7	65,8	66,3	306,3	283,6	158,0	239,2	126,0	299,6	259,2
Ecart-type (n-1)	16,4	18,3	8,1	8,1	17,5	16,8	12,6	15,5	11,2	17,3	16,1

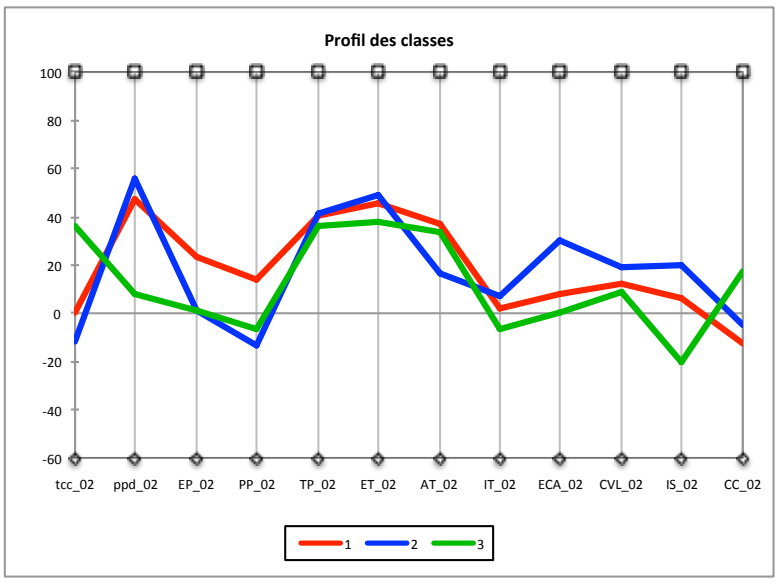
Recherche de profils de psychothérapies suivant l'activation des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois

Trois Classifications Ascendantes Hiérarchiques (CAH) des 50 patients ont été réalisées à partir des scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois. La dissimilarité correspond à la distance euclidienne et la méthode de Ward a été utilisée pour l'agrégation. Les données ont été centrées. Le nombre de classes choisi est 3.

Classification à 2mois

22 enfants se trouvent dans la classe 1 (couleur rouge du graphique), 18 enfants sont dans la classe 2 (couleur bleu du graphique) et 10 enfants sont dans la classe 3 (couleur vert du graphique).

annexe : pdf CAH T02



À T02, les classes 1 (22 enfants) et 2 (18 enfants) sont psychodynamiques, la classe 3 (10 enfants) cognitivo-comportementale

5. *Quelles sont les caractéristiques de ces trois classes ?*

Rappelons que l'instrument CPQ, dont sont issus les médiateurs représentés dans ces courbes, est soumis à la méthodologie du Q-sort qui oblige à un tri forcé des items. *Les scores doivent donc être lus comme «plus caractéristiques» ou «moins caractéristiques» les uns par rapport aux autres à un temps t.* Ce classement relatif est commun à plusieurs patients et se retrouve dans les classes. Pour le dire

autrement, le graphe que nous observons concernant les médiateurs préconstruits est issu d'une pondération relative des différents items qui les composent par rapport aux autres aux différents temps de la thérapie et d'une communauté de certains patients par rapport à cette pondération.

La courbe de la classe 1 part d'un score TCC à 0 et d'un score PPD aux environs de 50. Concernant ces deux médiateurs, la classe 1 est proche de la classe 2 qui a un score PPD autour de 60 et un score TCC légèrement négatif (autour de -10). La classe 3 se distingue nettement des classes 1 et 2 avec un score TCC proche de 40, alors que le score PPD est à environ 5.

6. *Les courbes différentient nettement initialement les 2 approches psychothérapiques générales PPD et TCC qui sont respectivement représentées par les classes 1 et 2 (PPD) et 3 (TCC) .*

Ensuite, la classe 2 rejoint la classe 3 pour ce qui concerne les deux médiateurs « Engagement du Patient (EP) » et « Participation du patient (PP) », avec un score commun à 0 pour EP et à -10 et -5 pour PP. La classe 1 au contraire à une courbe positive, dans les 25 pour EP et 15 pour PP.

Rappelons que 22 enfants se trouvent dans la classe 1. Près de la moitié des enfants ont donc un bon engagement et une bonne participation dans la thérapie à 2 mois de leur évaluation.

Un mouvement surprenant se fait ensuite sur le médiateur « Transfert du patient (TP)» où toutes les classes se rejoignent autour d'un score à 40.

Le score de « L'engagement du thérapeute (ET)» est également très proche pour les 3 classes. Il se situe un peu au dessous de 40 pour la classe 3 et au dessus de 40 pour les deux autres classes.

Pour l'ajustement du thérapeute (AT) les classes 1 et 3 sont à égalité avec un score proche de 40, celui de la classe 2 se situe plus bas autour de 20.

Cette observation est très importante également car elle signale que ces deux médiateurs ET et AT sont très importants dans le travail psychothérapique mené auprès des enfants autistes.

Les trois classes se rejoignent ensuite avec des scores autour de 0 pour l'interaction. Comme noté plus haut, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'interaction, mais qu'elle s'exprime plutôt dans le médiateur TP que dans le médiateur IT, dont les items spécifiques sont centrés sur le dialogue autour de thèmes, à l'évaluation de 2 mois.

Les scores d'ECA et de CVL sont similaires pour les classe 1 et 3 (entre 0 et 10), alors que la classe 2 montre des scores plus élevés pour ces 2 médiateurs, respectivement autour de 30 et 20.

Pour les médiateurs Interprétation/signification (IS) et Conseil et comportement (CC), les scores des classes 1 et 2 sont à l'opposé de ceux de la classe 3. Concernant IS, la classe 1 obtient un petit score (autour de 5), alors que la classe 2 est autour de 20, mais la classe 3 est clairement dans le négatif (autour de -20). Le schéma s'inverse pour CC, puisque le score de la classe 3 est autour de 20, alors que ceux des classes 1 et 2 sont en négatif, respectivement atour de -10 et -5.

Au total,

Il semble se dessiner une classe clairement psychodynamique, la classe 2. En effet, nous avons vu que les scores PPD et IS sont les plus importants comparés à ceux des deux autres classes. Les autres médiateurs, notamment ECA et CVL semblent indiquer que ce sont avec les enfants de cette classe que le thérapeute a pu utiliser le plus une technique spécifique pour travailler l'expression émotionnelle, la verbalisation et le langage.

La classe 1 est également clairement psychodynamique avec des scores certes moins importants. ***Il serait intéressant de voir ce qui fait que la participation du patient de cette classe est positive, alors que pour les deux autres elle est négative.*** *Il semblerait également que, pour les patients de cette classe, le thérapeute soit plus dans l'ajustement.*

La classe 3 semble dessiner un profil TCC si l'on regarde le score du médiateur représentant cette approche et celui du médiateur conseil et comportement qui réunit des items spécifiques de ce registre.

Les autres médiateurs ne sont pas spécifiques, semble t-il d'une psychothérapie donnée. Les scores ne semblent pas clairement significatifs pour être discriminants. Cependant nous observons que même si les thérapeutes mènent leurs psychothérapies à partir de leur propre référence théorique, des médiateurs obtiennent des scores positifs similaires dans les 3 classes, notamment «transfert du patient», «engagement du thérapeute», «ajustement du thérapeute».

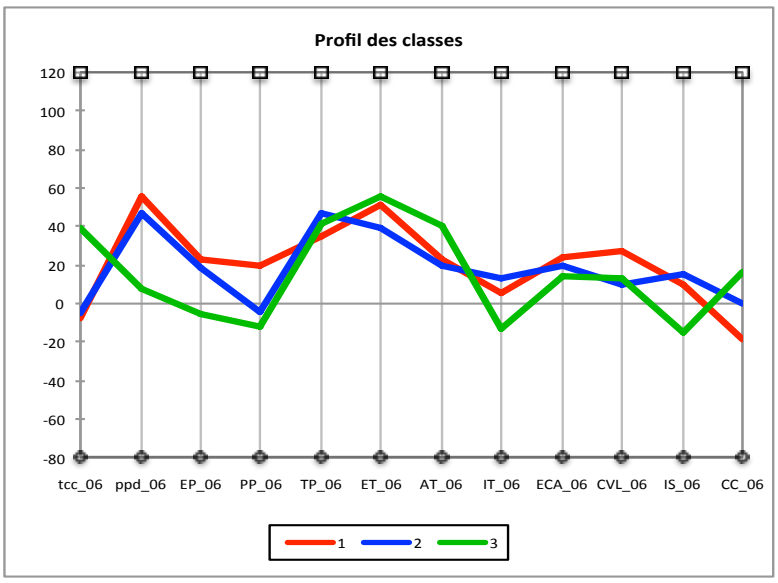
La classe 1 se distingue au niveau de «l'engagement» et de la «participation du patient» avec des scores positifs, contrairement aux deux autres classes.

La classe 2 se distingue au niveau des médiateurs ECA et CVL plus significatifs que ceux des deux autres classes.

Classification à 6 mois

21 enfants se trouvent dans la classe 1 (couleur rouge du graphique), 19 enfants sont dans la classe 2 (couleur bleu du graphique) et 10 enfants sont dans la classe 3 (couleur vert du graphique). Peu de modification concernant les nombres d'enfants dans les différentes classes en comparaison avec ceux de la première évaluation. Nous verrons plus bas si ces enfants sont les mêmes ou s'il s'opère un mouvement individuel d'une classe à l'autre.

annexe pdf CAH T06



À T6, les classes 1 (21 enfants) et 2 (19 enfants) sont psychodynamiques, la classe 3 (10 enfants) cognitivo-comportementale

Quelles sont les caractéristiques de ces trois classes ?

Les classes 1 et 2 partent d'un score TCC équivalent autour de 0 et d'un score positif PPD pour chacune d'elle, respectivement aux environ de 60 et 50. La classe 3 a un début de courbe inverse, TCC est à 40, alors que PPD est à environ 5. Nous observons que c'est la classe 1 qui a cette fois un score PPD plus élevé que celui de la classe 2, ce qui est une situation inverse par rapport à l'évaluation à 2 mois.

Les scores des classes 1 et 2 sont devenus similaires pour « Engagement du Patient » (≃ 20) alors que, pour la classe 3, EP est légèrement dans le négatif. Le score EP de la classe 2 s'est modifié par rapport à celui de l'évaluation à 2 mois puisqu'il était égal à 0, proche de celui de la classe 3. Pour la

« Participation du patient », le score de la classe 2 est moins négatif qu'à 2 mois et il est très proche de celui de la classe 3 dans le légèrement négatif. Celui de la classe 1 est dans le positif autour de 20.

Le médiateur «Transfert du patient» réunit à nouveau les 3 classes autour du score 40. Il est un peu plus élevé dans les classes 2 et 3.

« L'engagement du thérapeute » est également très proche pour les 3 classes avec un score plus élevé pour la classe 3, autour de 60, un peu plus faible pour la classe 1, autour de 50 et encore un peu plus faible pour la classe 2 autour de 40. Alors que les scores des classes 1 et 2 restent relativement constants, le score de la classe 3 passe de 35 à 2mois à 60 alors que l'engagement et la participation des enfants sont restés dans le négatif .

Pour «l'ajustement du thérapeute» les scores des classes 1 et 2 sont à égalité avec un score près de 20. Celui de la classe 3 est plus élevé, autour de 40.

Pour l'interaction, les scores des classes 1 et 2 sont entre 10 et 20, celui de la classe 2 étant plus élevé. La classe 3 s'oriente dans le négatif autour de -10.

Les scores ECA et CVL sont similaires pour les classes 2 et 3, autour de 20. Ceux de la classe 1 sont légèrement plus élevés, avec pour pour ECA un score proche de 25 et pour CVL autour de 30.

Pour les médiateurs Interprétation/signification et Conseil et comportement, les scores des classes 1 et 2 restent à l'opposé de ceux de la classe 3. Les classes 1 et 2 ont un score à IS autour de 15, alors que la classe 3 est autour de -15. Le schéma s'inverse pour Conseil et comportement, puisque la classe 3 est autour de 20, alors que les classes 1 et 2 sont en négatif, respectivement autour de -20 et 0.

Au total,

Les classes 1 et 2 se dessinent clairement psychodynamiques. Cependant, c'est cette fois la classe 1 qui a des scores à 6 mois un peu plus élevés pour PPD et IS que la classe 2. La classe 3 reste selon les critères définis à 2 mois, clairement TCC.

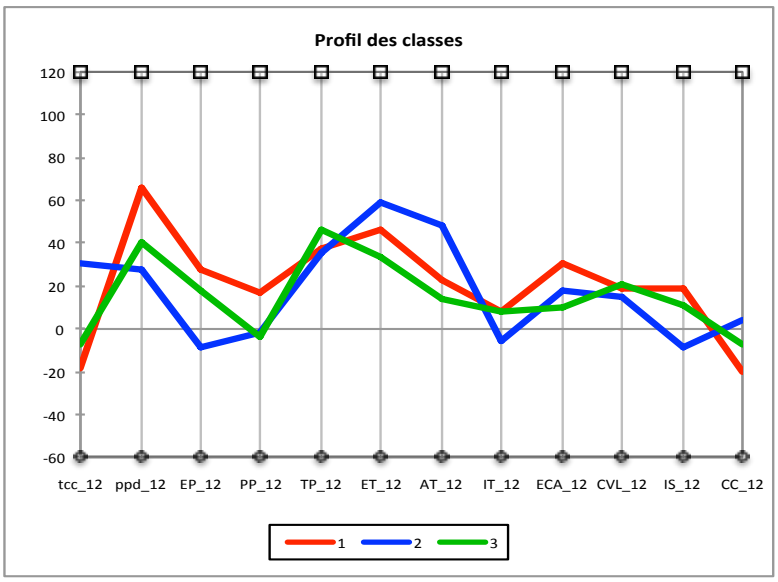
Concernant les autres médiateurs, la classe 1 se distingue à 6 mois avec la «participation du patient» qui a un score positif, contrairement aux deux autres classes et avec le médiateurs «communication, verbalisation, langage» qui a un score plus élevé que celui des deux autres classes.

La classe 3 se distingue des deux autres classes concernant l'engagement du patient et l'interaction qui sont dans le négatif, contrairement aux deux autres classes, et par un score d'engagement et d'ajustement du thérapeute plus élevé que celui des 2 autres classes. La classe 2 n'a pas de distinctions spécifiques comparée aux deux autres classes.

Classification à 12 mois

19 enfants se trouvent dans la classe 1 (couleur rouge du graphique), 12 enfants sont dans la classe 2 (couleur bleu du graphique) et 19 enfants sont dans la classe 3 (couleur vert du graphique). Il y a là un mouvement qui s'opère concernant le nombre d'enfants dans les classes 2 et 3. La classe 1 reste constante à ce niveau.

Annexe pdf CAH T12



À T12, les classes 1 (19 enfants) et 3 (19 enfants) sont psychodynamiques, la classe 2 (12 enfants) est plutôt cognitivo-comportementale

Quelles sont les caractéristiques de ces trois classes ?

Les classes 1 et 3 partent d'un score TCC négatif, -20 pour la classe 1, -5 pour la classe 3. La classe 2 a un score positif autour de 30. En ce qui concerne PPD, les trois classes sont en positif avec des scores relativement importants, allant de 30 pour la classe 2 à plus de 60 pour la classe 1, en passant par 40 pour la classe 3. À cette dernière évaluation, il semblerait que la classe spécifiée TCC aux deux premières évaluations soit désormais la classe 2 avec la particularité d'avoir à la fois un score TCC et un score PPD élevés.

Pour « l'engagement du patient », les classes s'éloignent. La classe 1 avec un score autour de 30, la classe 2 en négatif autour de -5 et la classe 3 en positif autour de 20. Pour la «participation du patient» la classe 1 se distingue avec un score autour de 20. Les deux autres classes sont similaires avec un score à 0.

Les 3 classes se rejoignent comme dans les deux premières évaluations pour le «Transfert patient» autour de 40.

Pour « l'engagement thérapeute », les trois classes sont proches avec un pic pour la classe 2 à 60. Le score de la classe 1 se situe autour de 50 et celui de la classe 3 autour de 40.

Pour « l'ajustement du thérapeute », la classe 2 a le plus gros score, autour de 50. Les scores des deux autres classes sont proches avec un avantage pour la classe 1 autour de 30, la classe 3 se situant autour de 20.

Pour « l'interaction », le score de la classe 2 est négatif, autour de -5. Les scores des classes 1 et 3 sont similaires, autour de 10.

Les scores des médiateurs techniques « expression, contenance des affects (ECA) » et «communication, verbalisation, langage (CVL) sont positifs pour les 3 classes. Pour ECA le score est un peu plus important dans la classe 1, autour de 30, ceux des deux autres classes se situant entre 15 et 20. Pour CVL les scores sont vraiment très proches pour les 3 classes autour de 20.

Pour « Interprétation et signification », la classe 1 a le plus grand score autour de 20, la classe 3, un peu au dessous et la classe 2 est en léger négatif, autour de -5.

Pour « conseil et comportement », la courbe s'inverse pour chacune des classes , la classe 1 a un score de -20, celui de la classe 2 se situe autour de 2 et celui de la classe 3, à environ -3.

De façon générale, on peut dire qu'à 12 mois les écarts entre approche générales PPD et TCC sont beaucoup moins tranchés qu'à 2 mois, et que la thérapie initialement TCC est devenue quasiment «mixte». Cette évolution se retrouve au niveau de IS.

En dehors de ces approches générales, la classe 1 se distingue par rapport aux deux autres concernant la «participation du patient» qui a un score positif, contrairement aux deux autres classes, et ECA dont le score est plus important.

La classe 2 se distingue dans 4 médiateurs, l'engagement du patient qui a un score négatif par rapport aux deux autres classes, «l'engagement» et «l'ajustement du thérapeute» qui ont un score plus élevé que ceux des deux autres classes. L'interaction qui a un score négatif comparé aux deux autres classes.

La classe 3, d'orientation psychodynamique, occupe une position relativement médiane dans les autres médiateurs, avec un score un peu plus élevé pour pour TP et CVL et un score un peu moins élevé pour ET, AT et ECA.

Barycentres des classes :

Classe	tcc 02	ppd 02	EP 02	PP 02	TP 02	ET 02	AT 02	IT 02	ECA 02	CVL 02	IS 02	CC 02
1	0,5	47,0	23,6	13,6	40,8	45,8	36,8	1,7	8,0	12,5	6,3	-12,5
2	-11,4	55,7	0,8	-13,3	41,7	48,6	16,1	6,8	29,9	19,2	20,0	-4,7
3	36,1	7,6	1,0	-6,5	36,4	37,5	33,5	-6,7	0,4	8,6	-20,5	17,3
Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1	-7,7	55,7	22,6	20,0	35,3	51,6	22,4	6,0	24,0	27,2	10,0	-18,7
2	-5,0	47,4	18,7	-4,7	47,4	39,3	19,7	13,2	19,7	10,3	15,4	0,3
3	39,0	8,0	-5,0	-12,0	41,9	55,4	40,0	-13,3	13,8	13,2	-15,0	16,8
Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1	-18,6	66,3	27,4	17,1	37,6	46,3	22,9	8,0	30,5	19,4	19,1	-20,0
2	30,4	27,6	-8,3	-1,7	35,4	59,0	48,3	-6,1	18,1	14,6	-9,0	4,0
3	-7,2	40,3	17,6	-3,7	46,6	33,6	13,7	8,6	10,1	20,7	11,2	-7,2

En résumé

- À partir des médiateurs tcc et ppd, il est possible de différencier facilement les approches psychodynamiques(forte et moyenne) et comportementale. Nous constatons cependant que l'approche tcc intègre à 12 mois une part psychodynamique importante (score 27,6).
- L'engagement des enfants se renforce dans les psychothérapies psychodynamiques ; leur participation est forte dans la classe 1 et se renforce à T12 dans les classes 2 et 3
- Le transfert des enfants est fort durant toute l'année dans dans les 3 classes
- L'engagement et l'ajustement du thérapeute se maintiennent à un niveau élevé, tout particulièrement dans la classe tcc.
- L'interaction se renforce dans les groupes ppd et reste faible dans le groupe tcc.
- L'activation des médiateurs techniques, précocement mise en œuvre dans la psychothérapie psychodynamique «forte», se renforce nettement dans les 2 autres groupes à T6 et à T12. Les moyennes de ECA et CVL passent ainsi respectivement de 12,7 à 19,5 et de 13,4 à 18,2.

On trouvera en annexe le tableau récapitulatif, accompagné d'un commentaire, de la constitution des groupes aux trois temps et du déplacement éventuel des enfants de l'un à l'autre. (accès annexe)

Corrélations entre profils de psychothérapie à T02 et T12 et résultats

Cette question est ici abordée à partir des résultats comparés concernant la réduction des comportements autistiques et les gains développementaux

Les cas qui sont respectivement dans les classes 1, 2 et 3 à T02 ont des variations moyennes entre T0 et T12 qui sont respectivement de 18.2, 16.3 et 17.6 pour les troubles du comportement et de 12.1, 15.9 et 12.1 pour le développement. La classe 2 semble donc obtenir de meilleurs résultats pour le développement et de moins bons résultats pour les troubles du comportement que les classes 1 et 3.

Les cas qui sont respectivement dans les classes 1, 2 et 3 à T12 ont parallèlement à T12 des scores moyens de comportement qui sont respectivement de 16, 22.4 et 20.1 pour les troubles du comportement et de 51.5, 42.1 et 47.7 pour le développement.

	Δ EG 0-12	Δ DEV 0-12	Δ Apt 0-12			EG 12	DEV 12	Δ EG 0-12
Classe 1 - T02	18.2	12.1	3.9		Classe 1 - T12	16	51.5	16,4
Classe 2 - T02	16.3	15.9	4.3		Classe 2 - T12	22.4	42.1	19,8
Classe 3 - T02	17.6	12.1	3.9		Classe 3 - T12	20.1	47.7	16,9

Ces observations seront approfondies en prenant en compte les âges et les spécificités de chaque patient dans le chapitre suivant (cas comparés).

- **médiateurs émergents**

Quatre facteurs émergents ont été extraits d'une analyse factorielle simple et avec rotation varimax en facteurs principaux à partir de la moyenne des scores sur l'année de chaque item du CPQ pour les 50 patients. Il ne s'agit pas d'une recherche de facteurs latents internes au CPQ car l'instrument a été construit de telle façon qu'il assure une indépendance entre les items qui le composent et une absence de structure factorielle latente[70]. *Il s'agit d'une recherche de similarités et dissimilarités entre les psychothérapies des différentes dyades patients/thérapeutes à partir de groupes d'items (constituant des médiateurs) partagés.*

Ces quatre facteurs sont constitués d'ensembles d'items réunis suivant leur poids et leur appartenance à une configuration particulière commune à un ensemble plus ou moins important de psychothérapies.

analyse factorielle simple

Le Facteur 1 intervient pour 40% de la variabilité. Il recouvre pratiquement les items les plus caractéristiques présentés plus haut. Les 18 items qui le composent dont le poids est ≥1,2 peuvent être regroupés en 3 médiateurs :

- Le premier concerne **l'ajustement du thérapeute et le cadre**. Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement (item 9r), il est sensible aux sentiments de l'enfant et peut communiquer cette compréhension d'une manière qui lui soit adaptée (item 6). Son style est assuré et confiant (item 86), il s'abstient de jugements négatifs envers l'enfant (item 18r). Il perçoit précisément le processus thérapeutique (item 28). Son interaction avec l'enfant est adaptée à son niveau de développement (77). Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, il s'adapte à lui (item 47), Le matériel de la séance est essentiellement relié aux conflits psychologiques de l'enfant ou à des questions qui concernent un problème central (item 88).
- Le second porte sur **les affects et le travail psychothérapique de contenance et de verbalisation** qui les accompagne. [Les communications de l'enfant sont chargées d'affect (item 40r)]. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (item 81). Il tolère les pulsions violentes de l'enfant (item 45) et se retient de répondre personnellement à ses provocations et aux perturbations de la séance qui les accompagnent (item 24r). Le thérapeute clarifie, redit ou reformule la tonalité affective de l'enfant, ses états, ses idées, ou son

[70] Jones EE, Cumming D, et Horowitz MJ. Another look at the noon specific Hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988 ; 56(1):48-55.

comportement non verbal afin de rendre leurs significations plus évidentes (item 65). Ses remarques ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant (item 3).

- le troisième concerne **l'enfant**. Ses communications sont chargées d'affect (item 40r). Il est actif (item 72), animé ou en éveil (item 13). Il donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience et ses sentiments (item 41), tout en ne semblant pas être conscient de ses difficultés internes ou de bien les comprendre (item 53r).

Le Facteur 2 intervient pour 9% de la variabilité. Les 14 items qui le composent dont le poids est ≥1,2 portent sur la **technique générale du thérapeute** (10 items) et **l'attitude de l'enfant** qui lui est associée (engagement, participation et compréhension) (4 items).

Globalement, la valeur de ce facteur est positive si la thérapie est d'orientation psychodynamique, négative si l'orientation est cognitivo-comportementale, mais les 4 items qui décrivent sur un mode positif son accordage dans les interactions, son engagement dans le jeu du «faire croire», son inclusion du thérapeute dans son jeu et sa compréhension de ce qu'il dit sont aussi à prendre en compte. Ainsi, une thérapie cognitivo-comportementale avec un enfant désaccordé se présentera sous la forme d'un score factoriel très négatif.

- **le thérapeute** n'exerce pas un contrôle sur l'interaction *versus* il l'exerce (item 17r), n'est pas directement rassurant *versus* il l'est (item 66r). Il a recours à des formulations exploratoires ou métaphoriques *versus* il se comporte de façon didactique (item 37r), il interprète des désirs refoulés ou inconscients *versus* il ne les interprète pas (item 67), les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés *versus* ils ne le sont pas (item 90), il ne cherche pas à récompenser ou à souligner les changements de comportement *versus* il les récompense ou les souligne (item 55r). Il souligne la verbalisation d'états internes et affectifs *versus* il évite de le faire (item 97). Il ne donne pas de conseils ou d'instructions à l'enfant *versus* il en donne (item 99r). Il ne se focalise pas sur un comportement non-verbal répétitif ou problématique *versus* il y porte attention (item 2r). Il se retient d'intervenir s'il n'est pas à l'aise avec le comportement de l'enfant *versus* il pose des limites (item 48r).
- **L'enfant** est engagé dans la psychothérapie et attentif aux interactions *versus* il est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (item 26). Il s'engage dans le jeu du «faire croire» *versus* son jeu est concret ou la règle fixée (item 71), il inclut le thérapeute dans son jeu *versus* il ne l'inclut pas dans son jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute (item 64). Il comprend facilement ce que lui dit le thérapeute *versus il a des difficultés à comprendre ses commentaires* (item 5).

Le Facteur 3 intervient pour 4,3 % de la variabilité. Les 13 items qui le composent dont le poids est ≥1,2 décrivent **un enfant** (6 items) curieux, clair, imaginatif qui peut exprimer des sentiments conflictuels ou ambivalents à son thérapeute si les scores de cotation sont positifs ou l'inverse s'ils sont négatifs). **Le thérapeute** (7 items) a une approche plutôt cognitivo-comportementale si les scores de cotation sont positifs ou psychodynamique s'ils sont négatifs. Dans la présentation qui suit, si les scores cotés positivement, la thérapie est cognitivo-comportementale avec un enfant ayant les qualités décrites.

- l'enfant est curieux *versus* ne semble pas curieux (item 8), il est clair et organisé dans son expression verbale *versus* parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague (item 54), il est imaginatif dans son jeu et génère de nouvelles idées *versus* son jeu manque de spontanéité (item 95r), la qualité de son jeu est fluide et absorbée *versus* fragmentée, sporadique (item 29), son affect est bien modulé et équilibré *versus* l'enfant est distant de son ou de ses sentiments (56 r). L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute *versus* il exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance(item 49).
- Le thérapeute exprime des opinions ou prend des positions explicites ou sous entendues *versus* est neutre (item 93r), il n'interprète pas la relation thérapeutique et se centre uniquement sur le contenu *versus* il l'interprète (item 98r) il n'interprète que peu ou pas les défenses *versus* il pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense (item 36r), ni la signification du jeu de l'enfant versus il en interprète la signification (item 46r), il n'identifie pas un thème existant évident dans l'expérience ou la conduite de l'enfant *versus* il le pointe (62r), il n'y a pas de discussion des

fonctions corporelles (par exemple, demande d'aller aux toilettes) quand ce thème émerge dans le jeu ou le comportement *versus* il y a discussion (item 16r), la discussion à propos des parents (ou leurs substituts) est apparemment évitée *versus* les parents de l'enfant sont un sujet de discussion (item 96r).

Le Facteur 4 intervient pour 3 % de la variabilité. Les 15 items qui le composent dont le poids est ≥1,2 décrivent essentiellement **un enfant** (11 items) **proche de son thérapeute, en interaction positive et se comportant de façon dépendante avec lui**, n'explore pas des pensées ou des sentiments intérieurs *(ou l'inverse)*. **Les interventions du thérapeute (4 items) se situent au plus près de la situation actuelle de la psychothérapie**.

- l'enfant semble peu disposé à examiner des pensées ou des sentiments intérieurs (item 58), il cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (item 10), répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations (item 42r), établit un contact physique avec le thérapeute (item 15), n'a pas de difficultés à partir de la séance (item 25), il est en compétition avec le thérapeute (item 39), exprime une attente d'être félicité ou protégé (item 22 r), tourne sa colère ou ses sentiments agressifs vers l'extérieur (item 85r), se comporte de façon dépendante (item 80). Il exprime qu'il approuve ou admire son thérapeute (item 01r). Par ailleurs, il n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels (item 11r).
- le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulation conceptuelles ou explicatives (item 12), il n'établit pas de liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (item 100), recherche activement une description plus détaillée de ce que raconte l'enfant ou de ce qu'il pense (item 31), les interruptions ou les pauses dans le traitement sont discutées (item 75)

Les 4 facteurs issus d'analyses factorielles décrivent des situations «vivantes» des psychothérapies dans lesquelles les attitudes du thérapeute et de l'enfant sont étroitement spécifiées et mises en relation.

(Les tableaux correspondant sont présentés en annexe)

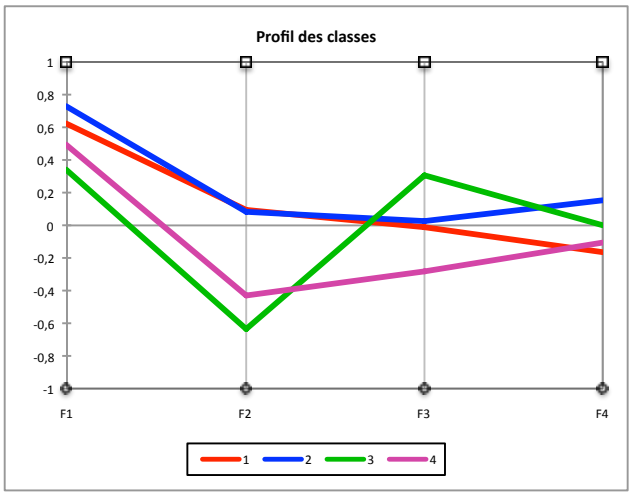
Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients

Ces facteurs / médiateurs des changements (qui peuvent inclure des situations dans lesquelles les tentatives du thérapeute se heurtent à une attitude opposante de l'enfant suivant les descriptions des facteurs 2 et 3) peuvent être corrélés avec chacune des psychothérapies des patients suivant le modèle ci-dessous (voir en annexe le tableau complet). Ce tableau peut être lui même examiné de façon générale ou être un point d'appui avec celui des facteurs préconstruits pour comprendre certaines situations particulières qui vont être abordées à partir des comparaisons approfondies des cas regroupés suivant leur âge. Cet aspect sera développé dans la partie suivante consacrée aux comparaisons de cas.

Corrélations entre les variables et les facteurs :				
	F1	F2	F3	F4
MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
MsX005	0,832	0,326	0,038	0,132
MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
MsXi03	0,736	0,078	-0,201	-0,080
MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
MsY009	0,839	0,008	0,112	0,006
MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248
MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
MsY013	0,686	-0,095	-0,370	0,406
MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104

Présentation des psychothérapies suivant 4 profils

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) portant sur le tableau des corrélations entre les variables (scores moyennés de chacun des 100 items dans les 50 psychothérapies) et des valeurs de chacun facteurs décrits ci-dessus pour chacune des 50 psychothérapies conduit au graphe suivant décrivant 4 classes dont la description et la composition sont en annexe :



- La classe 1 est composée uniquement de thérapies PPD (18)
- La classe 2 est composée de thérapies PPD (18) et de thérapies Pmot (3)
- La classe 3 est composée uniquement de thérapies TED (5)
- La classe 4 est composée de thérapies PPD (5) et 1 Thérapie par le jeu.

Corrélations entre profils de psychothérapie et résultats

Cette question est ici abordée à partir des résultats comparés concernant la réduction des comportements autistiques et les gains d'aptitudes à 12 mois suivant les classes de psychothérapies/ patients présentées.

- Les moyennes respectives des réductions des comportements autistiques pour les classes 1, 2, 3 et 4 sont respectivement de 15.8, 18.6, 20.5 et 15.2

- Les moyennes respectives des gains développementaux pour les classes 1, 2, 3 et 4 sont respectivement de 12.3 (1.2), 14.2 (1.4), 10.8 (1.0), 16.9 (1.6).

- Les moyennes respectives des gains d'aptitudes pour les classes 1, 2, 3 et 4 sont respectivement de 3.8, 4.4, 3.4, 4.3.

Ces corrélations seront approfondis en prenant également les âges et les spécificités de chaque patient dans le chapitre suivant (cas comparés)

Trois autres graphes sont présentés plus loin. Ils présentent les principaux profils de psychothérapies suivant les âges.

Analyse factorielle avec rotation varimax

Cette analyse est présentée ici pour information. Elle est assez proche de la précédente mais elle n'apporte pas d'éléments supplémentaires et la présentation des items inversée par rapport à la réalité clinique générale dans l'étude nous a semblé compliquer la lecture et l'interprétation des résultats.

Le Facteur 1 intervient pour 40% de la variance. Les 21 items qui le composent dont le poids est ≥1 peuvent être regroupés en 3 médiateurs :

- Le premier concerne **le cadre**. Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement (item 9), il est sensible aux sentiments de l'enfant et peut communiquer cette compréhension d'une manière qui semble adaptée à l'enfant (item 6). Son style est assuré et confiant (item 86), il s'abstient de jugements négatifs envers l'enfant (item 18 r), évite les instructions explicites et préfère des formulations plus exploratoires ou métaphoriques (item 37), clarifie, redit ou reformule la tonalité affective de l'enfant, ses états, ses idées, ou son comportement non verbal afin de rendre leurs significations plus évidentes (item 65), son interaction avec l'enfant est adaptée au niveau de son développement (77).
- Le second porte sur **les affects**. Le thérapeute encourage l'enfant à explorer et à verbaliser ses pensées et ses sentiments (item 97), il pointe à l'enfant comment ses affects sont liés à son expérience (item 76). Il est aussi noté que le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou des sentiments (item 38), que le thérapeute tolère les pulsions violentes de l'enfant (item 45) et que ses conflits émotionnels n'interviennent pas dans la relation thérapeutique. (item 24)
- le troisième concerne **l'enfant**. Il est actif (item 72), proche de ses sentiments (item 56 r), ses communications sont chargées d'affect, il est confiant, non dans la défensive dans la relation avec les autres, incluant le thérapeute (item 44), joyeux ou transmet une humeur de bien être (item 94 r). Il comprend visiblement les commentaires du thérapeute (item 5 r) et exprime qu'il se sent compris (item 41).

Le facteur 2 intervient pour 11% de la variance. Les 18 items qui le composent dont le poids est ≥1 comprennent 5 items fortement négatifs par rapport à une approche psychanalytique (90, 98, 46, 67, 93) et 4 items fortement positifs par rapport à une approche cognitivo-comportementale (17, 66, 3, 55) soit 9 items / 20 du prototype TCC. Les autres items décrivent que l'interprétation des défenses ne joue que peu ou aucun rôle dans la séance (item 36), que le thérapeute offre de l'aide ou des conseils (item 99), qu'il pose des limites (item 48), qu'il aide l'enfant à contrôler ses sentiments (item 82), que quand l'interaction avec l'enfant est difficile il s'adapte à l'enfant (item 47), qu'il le protège directement ou en le met en garde d'un comportement d'insécurité ou de prise de risque (item 60). Les symptômes ou la santé physique ne sont pas discutés (item 14). L'enfant est animé ou en éveil (item 13), provocateur et teste les limites de la relation thérapeutique (item 20).

Le facteur 3 intervient pour 11,3 % de la variance. Les 18 items qui le composent dont le poids est ≥1 décrivent un enfant qui parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague (item 54 r), qui passe d'une activité à une autre sans intérêt soutenu, de telle façon qu'aucune activité ne se

développe en quelque chose qui peut être compris ou suivi (item 29 r), le jeu est concret ou la règle fixée, sans dialogue (item 71 r), semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes (item 53 r). Son jeu manque de spontanéité (item 95), il est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (item 26) et n'inclut pas le thérapeute dans son jeu (item 64 r). Il ne semble pas curieux (item 8 r) et évite de discuter de ses relations avec ses proches (item 63 r), évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute (item 39 r), ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve (item 70 r), évite de demander un conseil ou une information ou même rejette les suggestions ou l'avis que lui propose le thérapeute (item 19 r). De son côté, le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément (item 81), il fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (item 2), il parle de lui ou de réactions personnelles (item 21), pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (item 62), n'agit pas pour étayer les défenses ou supprimer les sentiments ou les pensée pénibles (item 89 r). Il y a discussion ou évocation des fonctions corporelles (miction, mouvements de l'intestin, organes sexuels) (item 16).

Le facteur 4 intervient pour 5,2% de la variance. Les 14 items qui le composent dont le poids est ≥1 présentent un enfant qui reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité avec le thérapeute (item 10 r), garde une distance physique avec le thérapeute (item 15 r), qui finit la séance avec une facilité considérable (item 25 r), est peu disposé à examiner les pensées, réactions ou motivations associées à ses problèmes (item 58), qui dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (en dehors de ce qui concerne le thérapeute) (item 85 r), exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (item 1), exprime un refus de la dépendance (item 80 r). Le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives (item 12 r), avec peu ou pas de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations (item 100 r), il demande plus d'information ou d'élaboration (item 31). La discussion des interruptions dans le traitement ou de sa terminaison semble être évitée (item 75 r). La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique (item 23).

Les tableaux correspondant à ces facteurs sont présentés en annexe

Une classification ascendante hiérarchique portant sur le tableau des corrélations entre les variables (scores moyennés de chacun des 100 items dans les 50 psychothérapies) et des valeurs de chacun facteurs décrits ci-dessus pour chacune des 50 psychothérapies conduit au graphe suivant décrivant 3 classes dont la description et la composition sont en annexe



---

d) Cas regroupés, en résumé

Les 50 cas regroupés apportent, dés à présent, les résultats préliminaires suivants.

1. Tous les enfants s'améliorent et 42 enfants / 50 ont une amélioration de 25% ou plus.

- Sur un an, la *réduction des comportements autistiques (ECAR) et le développement de nouvelles aptitudes (EPCA)* représentent en moyenne respectivement un progrès cumulé de 48% % et de 39% par rapport aux évaluations de départ. La gestion et l'expression par l'enfant de ses affects, et la qualité de sa relation au monde et aux autres ont respectivement une amélioration de 37% et 110%.

2. L'approche sensible, impliquée et contenante des psychothérapeutes d'enfants autistes est particulièrement ajustée aux difficultés et à l'évolution de l'enfant

Au delà de la diversité de leurs références théoriques principales (psychanalytique : 82%, cognitivo-comportementale : 10% et autres : 8%) et de leurs exercices (22 en service public (H, HJ, CMP, CAMSP ; 21 en exercice privé; 6 en institution semi privée ; 1 exercice mixte), les cotations des 10 items les plus caractéristiques du CPQ, dessinent un « portrait » des psychothérapeutes dans leur prise en charge des enfants souffrant d'autisme :

- ils sont confiants, impliqués affectivement, sensibles aux sentiments de l'enfant tout en ne répondant pas personnellement à ses éventuels débordements. Ils s'adaptent à son niveau de développement et à la difficulté de l'interaction quand elle survient. Ils interviennent verbalement en clarifiant, redisant ou reformulant ce qu'exprime l'enfant.

Le regroupement des items du CPQ en facteurs relatifs à l'alliance thérapeutique, aux techniques spécifiques relatives à deux "fonctions pivot", la contenance émotionnelle et la verbalisation, et aux approches psychodynamique et cognitivo-comportementale montre notamment que :

- les thérapeutes renforcent leur engagement dans la psychothérapie lorsque les enfants sont initialement très en retrait ;
- ils ajustent leur approche à certaines difficultés des enfants, telles qu'une insuffisance notable de modulation des émotions ;
- les agents individuels et techniques agissent et se modifient mutuellement au cours de la psychothérapie ;

3. La gravité initiale du cas et la faiblesse initiale de l'engagement de l'enfant ne sont pas des obstacles infranchissables.

Une classification des 50 patients *à partir des médiateurs préconstruits* à 2, 6 et 12 mois confirme que les approches psychodynamique et cognitivo-comportementale se distinguent clairement. Cette distinction n'est pas contradictoire avec le fait que l'approche tcc intègre à 12 mois une part psychodynamique importante (score 27,6) et que plusieurs psychothérapies psychodynamiques empruntent à certaines périodes un profil cognitivo-comportemental .

- L'engagement des enfants se renforce dans les psychothérapies psychodynamiques ; leur participation est forte dans la classe 1 et se renforce à T12 dans les classes 2 et 3
- Le transfert des enfants est fort durant toute l'année dans dans les 3 classes
- L'engagement et l'ajustement du thérapeute se maintiennent à un niveau élevé, tout particulièrement dans la classe tcc.
- L'interaction se renforce dans les groupes ppd et reste faible dans le groupe tcc.
- L'activation des médiateurs techniques, précocement mise en œuvre dans la psychothérapie psychodynamique «forte», se renforce nettement dans les 2 autres groupes à T6 et à T12. Les moyennes de ECA et CVL passent ainsi respectivement de 12,7 à 19,5 et de 13,4 à 18,2.

Le regroupement des items du CPQ *à partir d'une analyse factorielle* de leur valeurs moyennes (issues des 3 cotations à 2, 6 et 12 mois) chez chaque patient permet de distinguer les principaux facteurs (et les médiateurs qui les composent) qui structurent la communauté des situations psychothérapiques. Il

est alors possible de distinguer des profils de psychothérapies qui mettent en relation l'approche psychothérapique mise en œuvre par le thérapeute et la situation / attitude de l'enfant auquel elle est proposée. L'interaction entre les deux devient représentable et des situations particulières peuvent être décrites (par exemple, effet de de l'état de l'enfant et de sa façon d'être sur la technique du thérapeute). Il devient également possible de commencer à rechercher si ces situations psychothérapiques et les profils qui les accompagnent ou les sous-tendent ont une traduction dans l'évolution des enfants sur un an.

4. La situation, la sévérité et le développement des cas traités par psychothérapies sont très divers.

La **diversité des cas** réunis sous le diagnostic d'autisme peut être décrite à partir de différents indicateurs. Elle concerne :

- l'âge, comme nous l'avons vu plus haut,
- le repérage : 30 enfants ont été repérés avant 3 ans. Les autres ont été repérés entre 3 ans 1/2 et 5 ans.
- l'âge de début de la psychothérapie : 22 enfants ont commencé une psychothérapie à l'âge de 3 ou 4 ans (9 à 3 ans, 13 à 4 ans), 9 à l'âge de 5 ans, 3 à l'âge de 6 ans *et les 6 autres enfants l'ont commencée entre l'âge de 7 ans et 13 ans*.
- Le nombre de séances par semaine (1 à 3 séances)
- Le contexte dans lequel s'engage la psychothérapie, en référence aux modérateurs.
- La sévérité initiale des *troubles comportementaux autistiques*, mesurée à l'ECAR, varie de 62 à 12 (scores normalisés 100) (moy : 38, sd : 12,8). Concrètement, cela se traduit :
    - Pour ceux qui ont les scores les plus élevés (≥ 50), par le fait qu'ils partagent avec un score élevé (≥3) les symptômes suivants : Interaction sociale insuffisante (SOC), Regard inadéquat (REG), Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI), Difficulté à communiquer par les gestes et la mimique (GES), Attention difficile à fixer, détournée (ATT), Ne partage pas l'émotion (EMO).
    - Pour ceux dont les scores sont bas (≤20), le caractère saillant de la symptomatologie se concentre sur 1 seul symptôme: les troubles de l'humeur (HUM)
    - Pour ceux dont les scores ≤20 ou ≥ 50, tous les intermédiaires existent, à partir des 29 items de l'échelle,
- Le niveau de développement
    - nombre et la nature des *aptitudes développementales* initialement acquises en constituent un indicateur. le tableau suivant présente 14 aptitudes importantes pour lesquelles on a calculé le nombre des enfants qui les ont déjà acquises au début de l'étude (T0). Par exemple, 22 enfants possèdent le langage verbal en début d'étude.

Aptitudes développementales présentes à T0	**nb**
16. (relation) Recherche de vrais échanges relationnels.	21
33. (regard) Regard avec bonne tonalité d'échange.	11
34. (regard) Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe.	13
35. (regard) Développement du pointage proto déclaratif.	15
55. (image du corps) Propreté sphinctérienne acquise ou intégrée	33
62. (image du corps) Stade du miroir se confirme.	21

85. (langage verbal) Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir…).	23
67. (langage verbal) Langage existant	22
80. (langage verbal) Apparition du NON	21
85. (langage verbal) Perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents)	12
87. (graphisme) Graphisme existant	29
99. (graphisme) Fermeture du cercle.	22
124. (stéréotypies) Quasi disparition des stéréotypies et apparition des jeux symboliques	16
138. (temporalité) Notion d'écoulement du temps. Meilleures tolérance à la séparation.	9

Le nombre des aptitudes développementales acquises s'est nettement modifié un an plus tard (T12). Par exemple, ce sont 40 enfants qui possèdent le langage verbal.

Aptitudes développementales	**T0**	**T12**	**Δ**
16. (relation) Recherche de vrais échanges relationnels.	21	42	21
33. (regard) Regard avec bonne tonalité d'échange.	11	35	24
34. (regard) Recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe.	13	33	20
35. (regard) Développement du pointage proto déclaratif.	15	29	14
55. (image du corps) Propreté sphinctérienne acquise ou intégrée	33	40	17
62. (image du corps) Stade du miroir se confirme.	21	35	14
85. (langage verbal) Apparition d'un langage gestuel socialisé (bravo, au revoir…).	23	35	12
67. (langage verbal) Langage existant	22	40	18
80. (langage verbal) Apparition du NON	21	34	13
85. (langage verbal) Perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents)	12	30	18
87. (graphisme) Graphisme existant	29	36	7
99. (graphisme) Fermeture du cercle.	22	29	7
124. (stéréotypies) Quasi disparition des stéréotypies et apparition des jeux symboliques	16	27	11
138. (temporalité) Notion d'écoulement du temps. Meilleures tolérance à la séparation.	9	23	14

5. Ces éléments interviennent dans le processus psychothérapique.

- L'engagement *initial* de l'enfant dans la thérapie est absent, voire tout à fait négatif, chez 19 d'entre eux. Cependant, ce caractère ne se retrouve pas systématiquement dans la thérapie des 6 enfants dont l'autisme est relativement sévère (ECAR ≥ 50) puisque 5 d'entre eux avaient un score initial d'engagement positif .

- Cette tendance se retrouve au niveau de la participation de l'enfant aux activités de la thérapie qui n'est initialement positive que chez 22 d'entre eux. Parmi les 6 enfants « sévères » (ECAR ≥ 50), deux d'entre eux ont un score de participation initiale positive.

- Des modérateurs tels que le soutien de l'enfant par la famille et sa participation à l'alliance thérapeutique contribuent aux résultats obtenus.

Une analyse précise des cas a montré l'importance des éléments individuels qui ne peut être appréhendée que dans les comparaisons allant jusqu'au cas à cas. C'est ce qui justifie le chapitre qui suit.

7. Apport de la comparaison des 50 cas

a) Comparaison des trajectoires d'évolution de cas analogues

En psychiatrie et en psychologie, la notion de cas analogues est issue de l'expérience clinique à partir de laquelle un cas renvoie à d'autres qui partagent avec lui des traits communs. En recherche, il ne suffit pas de dire que des cas « se ressemblent ». Il est nécessaire de définir des critères objectifs sur lesquels ce jugement peut s'établir.

Dans le domaine des psychothérapies, la recherche à partir de cas analogues a été valorisée par Strupp[71] qui a cherché à comprendre pourquoi des cas a priori semblables qu'il avait personnellement suivis n'avaient pas eu la même trajectoire d'évolution. Ce faisant, il neutralisait (en principe) les variables «thérapeute», «cadre» et «référence» théorique de la psychothérapie puisqu'elles étaient directement associées à sa personne.

La notion de trajectoire pose la question des facteurs qui l'influencent et des chemins qu'elle emprunte. L'objectif est de mieux comprendre les variations de résultats et de situer l'influence des variables intermédiaires, médiateurs ou modérateurs, qui y participent. La question n'est pas seulement académique, elle est aussi pratique avec la possibilité de ne pas emprunter aveuglement la voie de pseudo facteurs pré explicatifs et d'envisager les meilleurs moyens de répondre à certains blocages en y étant attentifs (Stiles, Lutz, Kazdin).

La situation de départ du patient a longtemps été abordée de façon insuffisamment précise en ne considérant que l'identité réalisée par le diagnostic DSM ou CIM. La sévérité du trouble, sa chronicité, les troubles associés qui l'accompagnent, les sous-types qu'il peut recouvrir ont été ignorés. Au niveau des facteurs de changement, la réduction s'est opérée pour l'essentiel en considérant le traitement dans sa globalité et en négligeant les facteurs de contexte, considérés comme neutralisés par la répartition aléatoire des patients dans les groupes, alors que les études portaient sur de petits échantillons (20-30, longtemps 7) patients. Il en est de même pour les facteurs individuels de personnalité et d'interaction entre le patient et le thérapeute (Barber, Blatt, Jones). Dans certains cas toutefois, l'influence potentielle de facteurs intermédiaires spécifiques et non spécifiques a été étudiée. Parmi les hypothèses envisagées et testées sur des groupes, on a considéré les dispositions initiales des patients pour la psychothérapie, l'habileté et la formation des thérapeutes, etc. (Beutler 1994, In Guthrie 2000, Dazord). Mais il y a beaucoup d'autres variables potentiellement actives, telles que l'engagement du patient et sa participation, sa personnalité, l'importance de son accordage avec le thérapeute, son degré d'insight et ses aptitudes relationnelles et de communication.

L'importance du contexte de la thérapie a été soulignée assez récemment, notamment par Kazdin, dans le cadre des troubles des conduites chez les enfants pour lesquels la guidance familiale s'est révélée avoir un effet majeur quand elle était associée à leur psychothérapie. Les mêmes questions ont été posées, par exemple, avec les troubles de l'attention avec hyperactivité.

La recherche à partir de cas analogues permet également de mieux connaître les pratiques qui sont mises en œuvre chez les patients d'un même groupe, mais qui diffèrent particulièrement dans une dimension, comme le retrait ou l'émotion. Autrement dit, de saisir l'ajustement de l'approche à la spécificité du patient.

Les recherches menées dans le réseau permettent d'aborder les trajectoires d'évolution au niveau des cas regroupés, au niveau de sous-groupes de cas dont certains paramètres distinctifs sont définis (âge, nombre d'années antérieures de psychothérapie, gravité des comportements autistiques et développement initial, particularités symptomatiques, …), et au niveau de cas comparés individuellement à partir des différences rencontrées dans ces sous-groupes, ce qui permet de considérer l'impact potentiel de variables complémentaires, notamment interactives et contextuelles.

b) Comparaison des 50 cas regroupés,

Nous avons mis en place un processus d'analyse pour tester si les mesures à baseline (âge, indice de gravité, nombre d'années antérieures de psychothérapie, score initial aux instruments de comportement (ECAR) et de développement (EPCA), aptitudes acquises à 12 mois de l'évaluation distinguaient des classes. Pour réaliser ce test une CAH a été réalisée à partir des 50 cas regroupés.

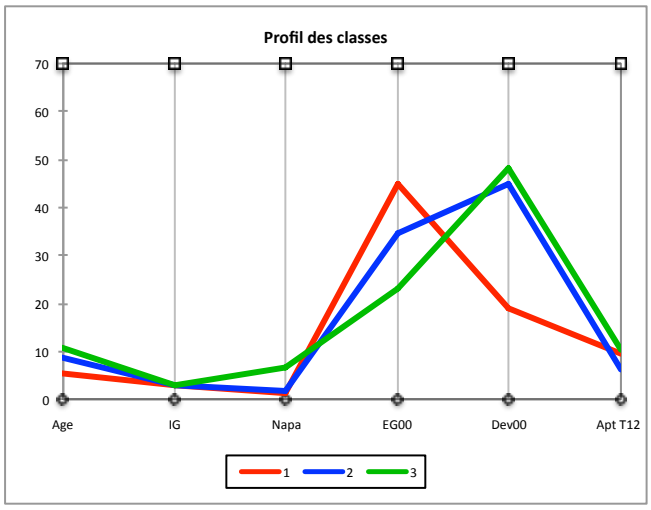
Dans ce cadre, voici un graphe des profils de 3 classes qui met en relation différentes mesures à baseline : âge, indice de gravité (IG), Nombre d'années de psychothérapie antérieure (Napa), score

[71] Strupp HH. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(5):595-603 ; 1980; 37(6):708-16 ; 1980; 37(7):831-41 ; 1980; 37(8): 947-54.

initial global à l'ECAR (EG00), score de développement initial à l'EPCA (Dev00) et les Aptitudes à l'EPCA à 12 mois (AptT12)

Ce graphe a été réalisé à partir d'une CAH partant des 50 cas regroupés, suivant la méthode de Ward, données centrées et réduites et troncature automatique.

Cette CAH est disponible sous sa forme développée en annexe et nous présentons simplement ici le schéma récapitulatif des trois classes construites et son commentaire :



IG: Indice de difficulté prévisible (modérateurs) ; NAPA: nombre d'années antérieures de psychothérapie ; EG00: score général de troubles comportementaux à T0 ; Dev: score général de développement à T0 ; Apt12: Aptitudes acquises à T12.

- L'indice de gravité moyen est similaire pour les 3 classes (barycentres : 3, 2.9 et 2.9)
- La classe 3 (en vert) est la classe où les enfants sont en moyenne les plus âgés (barycentre : 10,6), ont le plus d'antériorité de psychothérapie (barycentre : 6,5), la gravité comportementale la moins importante (barycentre : 23), le plus grand développement initial (barycentre : 48) et le nombre d'aptitudes acquises plus important (barycentre : 10,5).
- La classe 2 (en bleu) concerne des enfants dans la fourchette moyenne des âges (barycentre : 8 ans). Ils ont moins d'antériorité de psychothérapie (barycentre : 1,75), une gravité comportementale moyenne (barycentre : 34,7), un développement initial déjà élevé (barycentre : 45) et le moins d'aptitudes acquises à T12 (barycentre : 6).
- La classe 1 (en rouge) concerne les enfants qui sont en moyenne les moins âgés (barycentre : 5,2), avec une antériorité de psychothérapie moyenne de 1 an, une gravité comportementale importante (barycentre : 45), un développement initial faible (barycentre : 19) mais dont les aptitudes acquises à T12 rejoignent pratiquement celles du groupe le plus âgé (barycentre : 10,5).

c) Comparaisons dans 3 classes d'âge

À partir des 50 cas, nous avons commencé à décrire des profils de groupes suivant 3 classes d'âge. Les informations sont importantes mais ne permettent pas de définir à ce niveau, un élément récurrent pouvant expliquer l'évolution d'un groupe d'enfants et encore moins d'un enfant par rapport à un autre. Cela nous conduit à une seconde étape où l'analyse de l'évolution des enfants est abordée à partir du plan suivant :

1. présentation générale des cas (âge, nombre d'années antérieures de psychothérapie, ECAR à T0 et T12, Aptitudes à T0 et T12, Δ Apt), accompagnée d'un commentaire soulignant les aspects particuliers de chaque cas *et les questions qui se posent au niveau du cas et en inter-cas.*

   Cette présentation est suivie d'un récapitulatif des changements observés dans les registres du comportement et de l'acquisition de nouvelles aptitudes.

2. Les différences de trajectoires à partir de l'indicateur « acquisition d'aptitudes » et les questions attenantes sont alors interrogées à partir de l'impact potentiel sur l'évolution des cas ayant le

moins ou le plus évolué : 1) du type de psychothérapie ; 2) des médiateurs préconstruits et émergents et 3) des modérateurs .

Nous avons considéré que l'index IG (indice de gravité) n'était pas assez précis et qu'il était nécessaire de présenter explicitement les éléments issus de la Formulation de cas concernant les modérateurs qui n'étaient signalés jusque là qu'à partir d'une évaluation binaire présent-absent (1 *vs* 0). Les différences notables par rapport à des situations analogues font l'objet d'une analyse cas à cas des différences (Strupp, 1980 ; Hilliard, 1993 ; Fishman 2011) en reprenant les éléments contenus dans les formulations de cas initiales.

1. Enfants de 3 à 6 ans

◉ *2 enfants*[72] *sont entrés en psychothérapie à 3 ans*[73].

- Le premier a bénéficié d'une thérapie par le jeu et le second d'une psychothérapie psychodynamique.
- Leurs scores initiaux à l'ECAR sont très différents, celui de Yi20 est plus élevé (62 ; 39). À un an, les scores à cette même échelle sont très proches (33 ; 29).
- En termes d'acquisitions, Yi20 n'a pas d'aptitude acquise au départ, mais 5 acquisitions à 1 an ; Y019 n'a aucune aptitude acquise initialement et à 1 an.

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Yi20	3	0	62	0	29	5	5	PPD
Y019	3	0	39	1	33	0	-1	TDJ

Commentaire

Il existe une différence importante entre les résultats de Yi20 et Y019, tant au niveau de la réduction des scores de symptômes et comportements (Δ EG : 33 vs 6) que des acquisitions (Δ Apt : 5 vs -1). *Y019 n'a acquis aucune aptitude. Pourquoi ?*

◉ *7 enfants de 4 ans sont en psychothérapie*[74].

- Quatre d'entre eux sont en psychothérapie psychodynamique, 3 en thérapie d'échange et de développement
- Cinq enfants (Y010, Y030, Y032, Y033, Yi07) commencent leur psychothérapie au moment de leur inclusion dans l'étude. Y007 est déjà en psychothérapie depuis 1 an. Xi26 est en psychothérapie depuis deux ans.
- Leurs âges, antériorités de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y010	4	0	41	1	27	7	6	PPD
Y033	4	0	41	1	21	5	4	TED
Y030	4	0	54	1	16	7	6	TED
Y032	4	0	44	2	34	3	1	TED
Yi07	4	0	25	7	12	13	6	PPD
X007	4	1	48	4	22	13	9	PPD
Xi26	4	2	13	12	2	13	1	PPD

[72] [Y019, Yi20]

73 Légende du tableau - Age: âge de l'enfant au moment de son entrée dans l'étude. Napa : nombre d'années antérieures de psychothérapie. ECAR T0 : score général initial à l'échelle des comportements autistiques (révisée). Apt T0 : nombre d'aptitudes (présentation et liste) acquises à T0

74 [X007, Y010, Y030, Y032, Y033, Yi07, Xi26]

Commentaire

En moyenne, les enfants de 4 ans ont acquis 4 aptitudes par an (1 …9 ; sd = 10,6), et leurs symptômes comportementaux se sont réduits de 50%.

Y010 et Y033 partent tous les deux avec des scores de comportements autistiques et d'acquisitions similaires. À 12 mois, les scores ECAR de Y010 et Y033 sont 27 à 21 ; ils ont acquis respectivement 6 et 4 aptitudes. Globalement, leur évolution reste similaire et cette évolution est très proche de celle de Yi20 (3 ans) qui a bien évolué.
Le fait pour Y010 et Y033 d'avoir commencé 1 an plus tard ne semble pas avoir eu de conséquence.

Y030 évolue bien en termes d'ECAR : 54 -16 et d'acquisitions : 1 - 7.

Il en est de même pour Yi07, dont on remarque qu'il part avec un score ECAR plus faible (25) et un score d'acquisitions déjà important (7). Un an plus tard, le score des comportements autistiques s'est réduit à 12 et 13 aptitudes sont acquises.

Y032 a très peu évolué (ECAR : 44-34 et acquisitions 2-3). Pourquoi ? Cette particularité sera approfondie plus loin.

X007 a déjà eu 1 an de psychothérapie. A son entrée dans l'étude, elle est quasiment au même niveau d'acquisition d'aptitudes que Yi20 après 1 an de psychothérapie (4 ; 5). En revanche, son score de sévérité à l'ECAR est plus important que celui de Yi20 (48 - 29) dont le score ECAR initial très élevé (62) s'est réduit à 29 en 1 an. A la fin de la seconde année, le score ECAR de X007 est 22, ce qui représente une réduction importante des comportements autistiques et le nombre de ses acquisitions s'est élevé à 13, ce qui est un très bon score. *En 2 ans de psychothérapie, X007 a gagné 13 aptitudes.*

Xi26 est depuis deux ans en psychothérapie. Elle a un score faible à l'ECAR (13) et a déjà 12 aptitudes quand elle entre dans l'étude. Elle en acquiert une pendant l'année mais reste en difficulté pour «la recherche de l'autre pour l'attention conjointe» qu'elle ne parvient pas à acquérir.

Ce tableau fait ressortir des profils moyens d'évolution favorables et souligne le blocage d'un des enfants par rapport à ce processus. Par ailleurs, Xi26 «bloque» sur l'attention conjointe.

◉ *8 enfants de 5 ans sont en psychothérapie*[75]

- Six d'entre eux sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en psychothérapie d'orientation psychomotrice.
- Trois enfants[76] commencent leur psychothérapie au moment de leur inclusion dans l'étude. Trois d'entre eux[77] sont déjà en psychothérapie depuis 1 an, et deux[78] depuis 2 ans.
- Leurs âges, antériorités de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	AcquisT0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y034	5	0	44	3	22	10	7	PPD
Y021	5	0	37	2	16	8	6	Pmot
Y037	5	0	34	9	15	14	5	Pmot
Y018	5	1	46	4	9	13	9	PPD
Y036	5	1	41	1	23	6	5	PPD
Y014	5	1	34	3	17	6	3	PPD
Y001	5	2	52	6	8	14	8	PPD
X003	5	2	16	8	7	14	6	PPD

Commentaire

[75] [X003, Y001, Y018, Y036, Y021, Y034, Y037, Y014]

76 [Y021, Y034 et Y037]

77 [Y018 et Y036, Y014]

78 [X003 et Y001]

En moyenne, les enfants de 5 ans ont acquis 6 aptitudes par an (3 …9 ; sd = 11,7), et leurs symptômes comportementaux se sont réduits de 62%.

- Y034, Y021 et Y037 commencent leur psychothérapie à 5 ans, en même temps que l'étude. Y034 et Y021 ont des comportements autistiques et des aptitudes acquises similaires au départ (ECAR : 44 ; 37 et Apt EPCA : 3 ; 2). Y037 a un score initial de 34 à l'ECAR, mais a déjà 9 aptitudes acquises.

  Pourquoi Y037 a-t-il déjà plus d'acquisitions que Y034 et Y021 à 5 ans ?.

  Un an plus tard (6 ans), les trois enfants ont des scores similaires à l'ECAR (22 ; 16 ; 15). Ils ont bien évolué tous les 3 en 1 an au niveau des aptitudes acquises (8 ; 10 ; 14) avec un Δ respectif de 6, 7 et 5.

  Y037 garde un avantage par rapport aux deux autres, ce qui le conduit à parvenir à un niveau d'aptitudes équivalent à celui atteint chez des enfants ayant commencé plus tôt et ayant 1 an (Y018) ou 2 ans (X003 et Y001) de psychothérapie antérieure.

  Y018, Y036 et Y014 ont déjà eu 1 an de psychothérapie ; Y018 et Y036 partent avec des scores semblables à l'ECAR (46 ; 41). En revanche, Y018 est plus avancé que Y036 en terme d'aptitudes acquises (4 ; 1). Un an plus tard, Y018 s'est amélioré beaucoup plus que Y036 à l'ECAR (9 ; 23) et aux acquisitions (13 ; 6). Cela dit, Y036 arrive au même score d'aptitudes acquises que X003 et Y001 à 1 an de psychothérapie.

  Le chiffre « étonnant » est donc plutôt celui de Y018 qui est arrivé en 2 ans de psychothérapie sensiblement aux mêmes résultats que X003 et Y001 en 3 ans.

- Y014 part avec un score plus faible à l'ECAR (34) qui se réduit bien à 12 mois (17). Ses acquisitions évoluent également de 3 aptitudes à T0 à 6 aptitudes à T12.
- Y001 et X003 ont déjà eu 2 ans de psychothérapie ; Leurs scores de comportements autistiques sont sensiblement différents (52 ; 16) alors que leurs aptitudes acquises sont du même ordre (8 ; 6). Un an plus tard (à 6 ans), les scores de comportements autistiques se sont beaucoup réduits chez l'un et l'autre et sont maintenant sensiblement identiques (8 ; 7). Parallèlement, les 14 aptitudes mesurées sont acquises chez l'un et l'autre.

  En 3 ans de psychothérapie, Y001 et X003 ont considérablement évolué, tant au niveau comportemental que développemental.

◉ *8 enfants de 6 ans sont en psychothérapie[79].*

- Six d'entre eux sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en thérapie d'échange et développement
- Deux enfants[80] commencent leur psychothérapie au début ou dans l'année de l'inclusion dans l'étude, trois[81] sont déjà en psychothérapie depuis 1 an, deux[82] depuis 2 ans et un[83] depuis 3 ans.

Leurs âges, antériorités de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	AcquisT0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
X030	6	0	60	2	40	3	1	TED
Yi22	6	0,5	40	8	28	12	4	PPD
Y003	6	1	56	1	41	5	4	PPD
Y031	6	1	31	3	18	5	2	TED
Y027	6	1	22	7	20	7	0	PPD

[79] [Yi06, Yi13, Yi25, Y031, Y003, X030, Yi22, Y027]

[80] X030 et Yi22

[81] Y031, Y003 et Y027

[82] Yi13 et Yi25

83 [Yi06]

Yi13	6	2	47	3	31	11	8	PPD
Yi25	6	2	28	0	15	1	1	PPD
Yi06	6	3	18	6	5	12	6	PPD

Commentaire

En moyenne, les enfants de 6 ans ont acquis 3 aptitudes par an (0 …8 ; sd = 5,5), et leurs symptômes comportementaux se sont réduits de 34,5%.

X030 et Yi22 ont initialement 60 et 40 comme scores de comportements autistiques. Le nombre de leurs aptitudes acquises est respectivement 2 et 9. À12 mois, les scores ECAR se sont réduits assez symétriquement pour les deux : 40 ; 28. Ce n'est pas le cas pour les aptitudes acquises. X030 n'est qu'à 3, alors qu'Yi22 arrive à 12.

X030 semble être en grande difficulté. Pourquoi ?

- Y003, Y031 et Y027 ont démarré leur psychothérapie 1 an plus tôt (à l'âge de 5 ans). Leurs scores de départ à l'ECAR sont très différents (56 ; 31 ; 22). Au niveau des aptitudes acquises, elles sont similaires pour les deux premiers (1 ; 3), tandis que Y027 en a 7. *Un an plus tard, les scores ECAR se sont réduits (41 ; 18 ; 20), mais le nombre des aptitudes acquises reste faible : 6, 5 et 7*.

  Y003 a acquis 4 aptitudes, mais Y031 n'en a acquis que 2 et Y027 aucune, alors que ses acquisitions étaient meilleures que celles des 2 autres enfants. Est-ce lié au démarrage tardif de la psychothérapie ? Ce ne paraît pas être une raison suffisante puisque les enfants ayant commencé comme eux à 5 ans avaient des scores semblables à 6 ans à ceux qu'ils ont un an plus tard.

- Yi13, Yi25 ont fait 2 ans de psychothérapie avant leur inclusion dans l'étude. Ils partent avec des scores à l'ECAR très différents (47 ; 28). Les scores d'acquisitions de Yi13 et Yi25 sont très faibles (3 ; 0) à T0. Un an plus tard, les scores ECAR se sont réduits (21 ; 15). Cependant, l'évolution des aptitudes n'est pas parallèle pour les deux : Yi13 est à 11 aptitudes acquises, Yi25 1 seule.

  À 7 ans, le nombre d'aptitudes acquises par Yi13 est moyen et celui de Yi25 alarmant, d'autant qu'il partait d'un score ECAR plus faible que Yi13. Pourquoi ?

- Yi06 a eu déjà 3 ans de psychothérapie. Son score de départ ECAR est 18, il a déjà acquis 6 aptitudes. À T12 de l'étude il a 12 aptitudes acquises et son score à l'ECAR est 5. Son évolution paraît satisfaisante.

• Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 3 à 6 ans

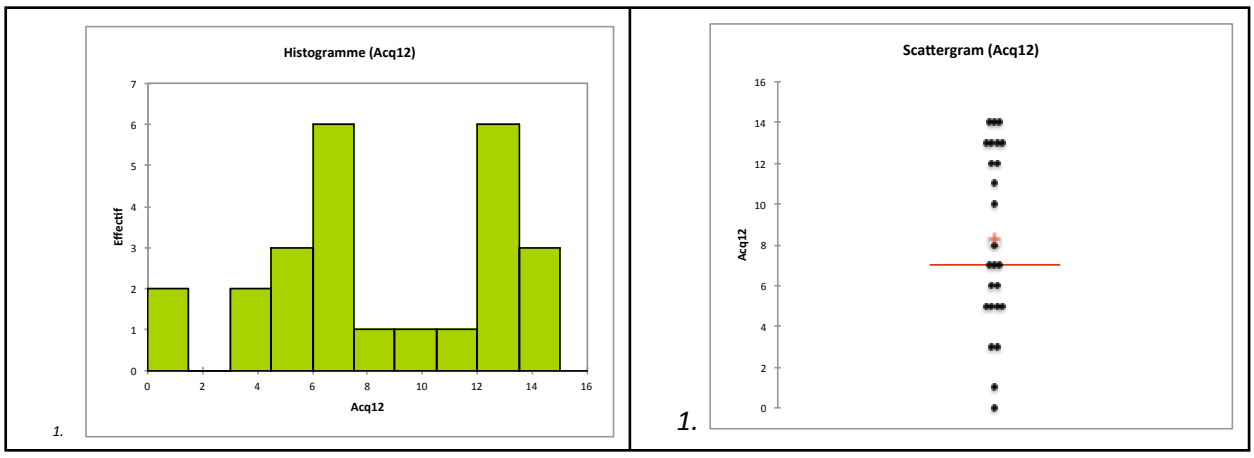
Les quatre tableaux précédents sont récapitulés dans le tableau suivant

	IG	CP	Age	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	3	Yi20	3	0	62	0	29	5	5	PPD
	3	Y019	3	0	39	1	33	0	-1	TDJ
Moy								2,5	**2,0**	
sd								3,5	4,2	
	2	Y010	4	0	41	1	27	7	6	PPD
	3	Y033	4	0	41	1	21	5	4	TED
	9	Y030	4	0	54	1	16	7	6	TED
	3	Y032	4	0	44	2	34	3	1	TED
	4	Yi07	4	0	25	7	12	13	6	PPD
	2	X007	4	1	48	4	22	13	9	PPD
	1	Xi26	4	2	13	12	2	13	1	PPD
Moy								8,7	**5**	
sd								4,2	2,9	
	2	Y034	5	0	44	3	22	10	7	PPD
	2	Y021	5	0	37	2	16	8	6	Pmot
	4	Y037	5	0	34	9	15	14	5	Pmot
	5	Y018	5	1	46	4	9	13	9	PPD
	4	Y036	5	1	41	1	23	6	5	PPD
	4	Y014	5	1	34	3	17	6	3	PPD
	0	Y001	5	2	52	6	8	14	8	PPD

	1	X003	5	2	16	8	7	14	6	PPD
Moy								10,6	**6,1**	
sd								3,6	1,9	
	3	X030	6	0	60	2	40	3	1	TED
	4	Yi22	6	0,5	40	8	28	12	4	PPD
	3	Y003	6	1	56	1	41	5	4	PPD
	5	Y031	6	1	31	3	18	5	2	TED
	4	Y027	6	1	22	7	20	7	0	PPD
	2	Yi13	6	2	47	3	31	11	8	PPD
	3	Yi25	6	2	28	0	15	1	1	PPD
	3	Yi06	6	3	18	6	5	12	6	PPD
Moy								7,0	**3**	
sd								4,2	2,8	

Dans la petite population des 25 enfants d'âge 3-6 ans, la moyenne du nombre total d'aptitudes acquises commence par croître jusqu'à 5 ans (2,5 pour les enfants commençant leur psychothérapie à 3 ans ; 8,7 à 4 ans ; 10,6 à 5 ans) puis elle décroit à 7 à 6 ans. Il en est de même pour les gains d'aptitudes pendant l'année d'étude (2 pour les enfants commençant leur psychothérapie à 3 ans ; 5 à 4 ans ; 6 à 5 ans), puis 3 à 6 ans.

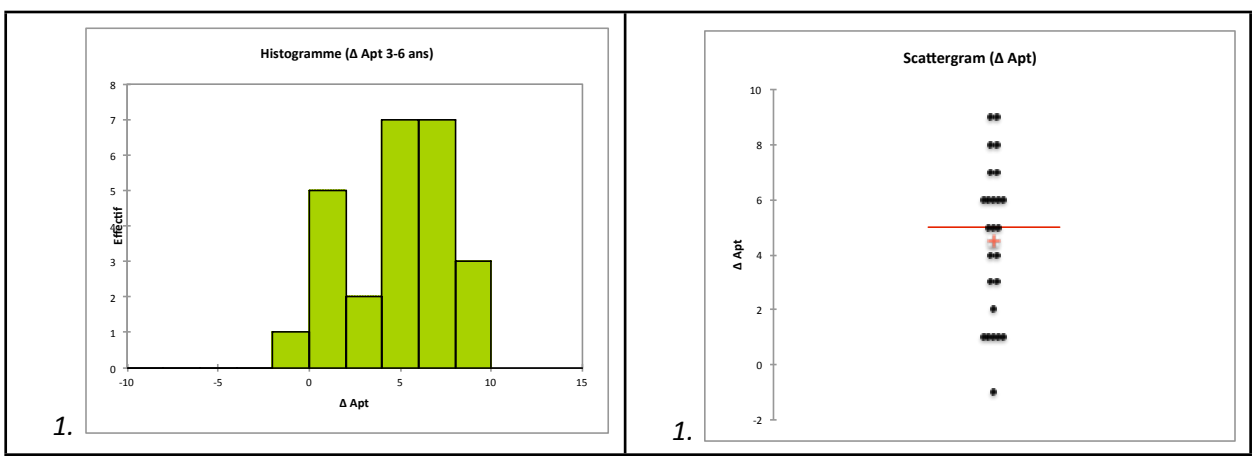
Le nombre d'aptitudes acquises dans le groupe des enfants de 3 à 6 ans est représenté par l'histogramme suivant :



Variabilité dans la tranche d'âges 3-6 ans du nombre d'aptitudes acquises à T12

2 enfants (8%) ont 0 -1 aptitude, 11 enfants (44%) ont de 3 à 7 aptitudes, 3 enfants (12%) ont de 8 à 11 aptitudes et 9 enfants (36%) ont 12-14 aptitudes. (voir détail Histogramme Acq12 et Quantiles Acq12 3-6 en annexe)

Les gains d'aptitudes en 1 an se répartissent de la façon suivante



Variabilité dans la tranche d'âges 3-6 ans du nombre d'aptitudes acquises durant l'année d'étude

1 enfant n'a pas confirmé une aptitude présente au départ, 5 enfants ont gagné 1-2 aptitudes, 8 enfants ont gagné 3-5 aptitudes, 5 enfants ont gagné 6 aptitudes et 6 enfants ont gagné 7-9 aptitudes. À noter que parmi les enfants ayant gagné 1-3 aptitudes, l'un d'entre eux avait déjà 12 aptitudes. (voir détail histogramme Δ Apt et Quartiles Δ Apt 3-6 en annexe)

- **Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ?**

Les données précédentes ont montré que plusieurs enfants (Y019, Y032, X030, Y031, Y027, Yi25) semblaient avoir un déficit ou un blocage du développement par rapport aux autres. D'autres ont particulièrement évolué en 1 an (Δ Apt ≥ 5 : Yi20, Y010, Y030, Yi07, X007, Y034, Y021, Y037, Y018, Y036, Y001, X003, Yi13 et Yi06).

Yi22 et Y037 posent une question semblable : Y037 a déjà 9 aptitudes acquises à 5 ans quand la psychothérapie commence, Yi22 en a 8 à 6 ans après 6 mois de psychothérapie alors que la moyenne des groupes de cet âge est très inférieure (4,8 et 3,6).

Ces différences peuvent participer à mieux saisir et comprendre les médiateurs qui contribuent aux effets d'une psychothérapie et également l'impact des modérateurs.

La diversité des trajectoires sera ainsi abordée à partir des sous-groupes dont les gains d'aptitudes sont faibles ou forts, en recherchant ce qui, dans le processus interne de la psychothérapie et dans les modérateurs contextuels, peut expliquer ces différences.

Psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible

Cinq enfants (de 3 à 6 ans) n'ont gagné aucune ou 1 aptitude alors que le nombre initial de leurs aptitudes acquises est < 3 pour 4 d'entre eux et au dessus de la moyenne du groupe (7 vs 4,5) pour le cinquième (Y027).

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Y019	3	0	39	1	33	0	-1	TDJ
Y032	4	0	44	2	34	3	1	TED
Yi25	6	2	28	0	15	1	1	PPD et div
X030	6	0	60	2	40	3	1	TED
Y027	6	1	22	7	20	7	0	PPD

Influence du type de psychothérapie ?

Parmi ces 5 enfants, 2 sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en thérapie d'échange et de développement et 1 en thérapie par le jeu.

L'approche générale n'est pas une variable explicative dans cet échantillon.

Influence des médiateurs ?

La perspective globale de la psychothérapie peut être complétée par celle des facteurs préconstruits et émergents qui l'ont caractérisée au cours de l'année de psychothérapie

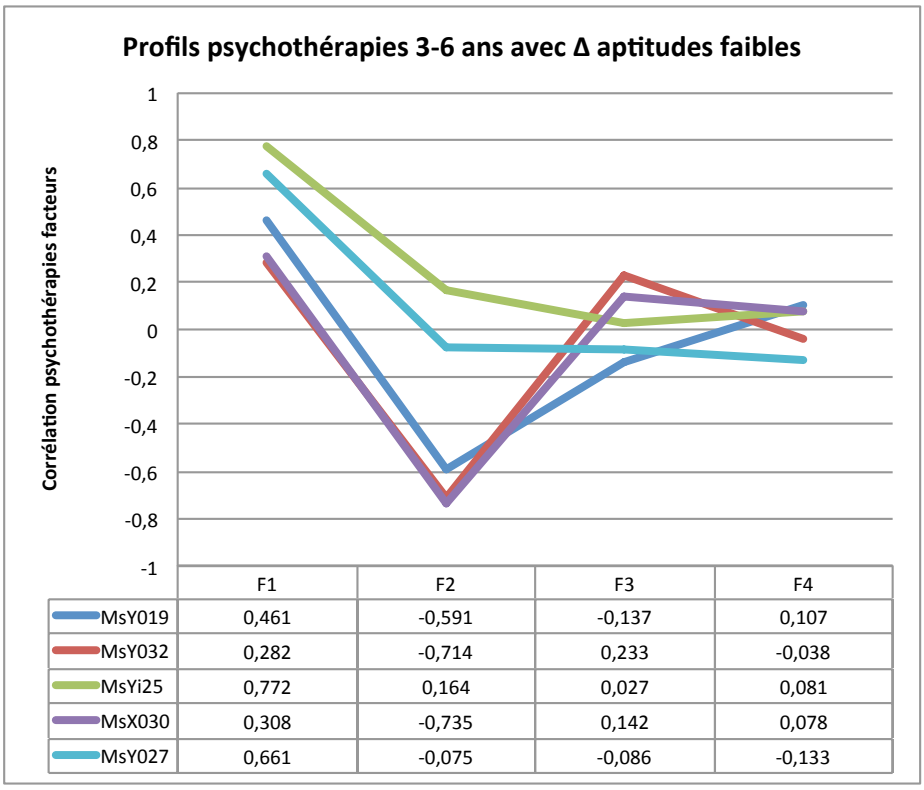
CP	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y019	3	0	-16,7	-18,3	35,2	17,8	69,4	60,0	-5,6	12,5	6,0	-9,2	15,8	9,8	33,1
Y032	4	0	-13,3	3,3	31,5	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5	-3,4	38,9
Yi25	6	1	-5,0	8,3	31,5	14,9	56,9	13,3	0,7	13,9	22,6	22,5	-22,5	56,3	-8,0
X030	6	0	-1,7	-23,3	36,1	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Y027	6	1,5	25,0	13,3	37,0	16,2	44,4	13,3	-15,3	5,6	14,3	20,8	-6,7	55,0	-14,9

Scores des facteurs préconstruits dans les psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles (-1 … 1)

Concernant les *médiateurs préconstruits*, tous les enfants sauf Y027 ont un score d'engagement négatif et même très négatif pour Y019 et Y032. L'interaction centrée sur des thèmes est également négative ou quasi nulle pour l'ensemble des enfants. L'engagement du thérapeute est à un niveau élevé pour tous les enfants. Les médiateurs techniques ECA et CVL sont en moyenne beaucoup moins activés que ceux de l'ensemble du groupe 3-6 ans (8,3 et 10,7 versus 14,9 et 14,3) et les médiateurs d'approche PPD et TCC reflètent la composition du sous-groupe. À noter que la Thérapie par le jeu associe les 2 approches.

En résumé, l'engagement important des thérapeutes ne parvient pas à compenser la faiblesse de l'engagement et de la participation des enfants. Cette situation est associée à l'activation moins importante des facteurs spécifiques que celle de l'ensemble du groupe des enfants âgés de 3 à 6 ans.

Concernant les médiateurs émergents, la situation de chaque enfant peut être décrite par le graphe suivant représentant le profil des 5 psychothérapies en relation aux valeurs des 4 principaux médiateurs.



	F1	F2	F3	F4
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133

Profils individuels des psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles [-1 ; 1] à partir des médiateurs émergents[84]

Le F1 est faible/très faible chez 3 enfants (2 d'entre eux sont en TED, 1 en TJ). Il est moyen chez les enfants en PPD. Le F2 de l'enfant en TJ est proche de celui des 2 enfants en TED (fortement négatif, en relation à l'activation d'une technique cognitivo-comportementale avec des enfants dont les scores d'accordage, de compréhension des commentaires du thérapeute, d'engagement dans le jeu du faire croire et d'inclusion du T dans le jeu sont dans le négatif). La situation de Y019 est identique. Seul Y032 a un score > 0,2 à F3, mais une analyse plus précise montre qu'il partage avec X030 une curiosité positive. Les scores de F4 sont proches de 0 chez les 5 enfants.

84 Légende du graphique : F1 (facteur commun) comprend 3 médiateurs 1) le cadre (ajusté, sensible et secure, ouvert à l'approche des conflits et des problèmes centraux), 2) le travail psychothérapique associé aux affects et 3) l'enfant (actif, éveillé, et accordé avec le thérapeute). F2 définit l'approche psychodynamique (si score positif) ou cognitivo-comportementale (si score négatif) et l'enfant. F3 décrit l'enfant dans son état d'être (curieux, clair, imaginatif *ou l'inverse*) avec une approche du thérapeute plutôt cognitivo-comportementale (si score positif). F4 est centré sur la recherche de proximité de l'enfant par rapport au thérapeute.

En résumé,

- 4 des 5 enfants avec une faible progression développementale ont des scores de facteur commun faible/très faible. Des scores forts TCC ne compensent pas le F1 faible lorsque l'enfant n'est pas dans l'interaction et le jeu avec le thérapeute. Les facteurs F2 et F3 ne sont pas actifs pour les enfants en PPD. Les scores de F4 sont proches de 0 chez les 5 enfants.

La procédure et une présentation plus détaillée sont décrites en annexe.

Influence des modérateurs ?

Y019. À 4 ans, après un an de thérapie, Y019 n'a acquis aucune aptitude. Son score à l'ECAR s'est réduit de 39 à 33 (15%) ce qui est une des réductions les plus faibles avec celle de Y027. Il est en thérapie développementale par le jeu.

Dans la FC de départ, il est noté : atteinte sévère de la capacité à engager une relation émotionnelle et sociale de type A ; planification et gestes intentionnels difficile ; affectivité émoussée ; jeux sensoriels et persévérations avec objets; difficulté à établir, maintenir et développer une forme simple de communication gestuelle non verbale.

Y019 a consulté à 15 mois. Bien que la famille soit très soutenante pour l'enfant, elle a subi des difficultés au moment de sa naissance (déménagement très problématique de la famille).

Il existe aussi une grande anxiété dans la famille du fait de la prise en charge de l'enfant qui devrait prendre fin dans l'institution où il est actuellement. Il semble que les évaluateurs ont considéré l'enfant comme s'améliorant significativement, mais que ces avancées n'étaient pas suffisamment consolidées. Ils indiquent leur inquiétude dans la formulation de cas finale, notamment en cas d'arrêt du suivi psychothérapique.

Y032. À 4 ans, il n'a pas d'antécédent de psychothérapie. Il a été détecté à 18 mois (CAMPS). Il est en thérapie d'échange et de développement.

Le contexte familial a été très difficile au cours de la période périnatale. Sa mère a eu une hémorragie avec hospitalisation pendant le 8ème mois de grossesse et l'accouchement a été difficile. Y032 avait un petit poids à la naissance et a fait plusieurs malaises avec cyanose. Il a subi une hospitalisation à l'âge d'un an (mononucléose avec réanimation). Il y a un suivi social de la famille. Son score de comportements autistiques s'est réduit de 44 à 34 au cours de sa 2ème année de psychothérapie. Il a 2 acquisitions en début de 2ème année et 3 à la fin.

Dans la FC finale, alors qu'il a 5 ans, il est noté que : le contexte familial est resté très conflictuel (violence familiale et divorce de ses parents lorsqu'il avait 1 an et demi). L'enfant a changé deux fois de thérapeute au cours de ces 12 mois de TED. Ses capacités d'interaction sont restées très pauvres[85].

Yi25*.* Au moment de son inclusion dans l'étude, Yi25 a déjà eu 2 ans de psychothérapie. C'est un enfant qui a eu des problèmes précoces de nourriture et de sommeil. Il est en psychothérapie psychodynamique.

L'entente entre la mère et le père n'est pas bonne. Cependant ils soutiennent le travail psychothérapique. L'enfant suit en plus la méthode ABA 25h/s depuis 2 ans. Au cours de la 3ème année de psychothérapie, son score à l'ECAR s'est réduit de 28 à 15, mais ses aptitudes ne sont passées que de 0 à 1.

Dans la FC finale de Yi25, alors qu'il a 7 ans, il est noté que : l'ambiance familiale est très conflictuelle et parfois agressive, même envers l'enfant. Des messages ambivalents lui sont adressés et il y a un grave conflit à l'intérieur du couple. L'enfant vit des angoisses profondes qui, très souvent, n'ont pas la possibilité d'êtres contenues.

---

85 Une analyse comparative du processus de sa psychothérapie a été présentée au congrès de la IACAPAP, qui souligne la difficile entrée dans le travail psychothérapique lorsque l'environnement de vie est très perturbé, quelque soit la qualité de l'approche psychothérapique mise en oeuvre par le thérapeute .

X030 a été prise en charge précocement. La relation des soignants avec les parents est bonne et un travail est fait avec eux, mais ils sont exténués. Malgré leur fatigue, les parents montrent une très bonne adaptation aux difficultés de leur fille avec laquelle ils entretiennent une relation chaleureuse, voire complice. Cette enfant a présenté une évolution normale jusqu'à 24 mois (enfant souriante et interactive, marche à 12 mois), mais entre 24 et 36 mois est apparue une régression du langage, des troubles du sommeil et le développement de rituels. Ce qui a alerté les parents et l'assistante maternelle. Lorsqu'elle rentre en maternelle à 36 mois, elle est signalée par l'institutrice et sera adressée au CMP par son pédiatre. Il semble qu'elle ait été fortement contrariée par la naissance de sa soeur à partir de laquelle elle a déclenché des conflits permanents avec sa mère. Il est noté également que le sevrage de cette enfant s'est fait difficilement à 6 mois et que la fin de la tétée déclenchait une anxiété.

Y027 est le premier né d'une famille recomposée dont les deux parents ont subi des traumatismes et pertes dans un pays en guerre. Le contexte social familial est très difficile mais les parents se soutiennent. Les deux parents sont fragilisés par leur vécu. La mère a une pathologie cardiaque qui l'épuise, elle est déprimée. L'enfant né après Y027 présente également un autisme. Le contexte de vie s'est amélioré à l'arrivée d'un grand frère (qui était resté au pays natal) et qui s'occupe beaucoup de ses deux frères. Il est noté également une très bonne qualité de relations entre la famille et le thérapeute. De plus que l'enfant soit admis depuis peu dans un externat spécialisé a rassuré les parents.

Commentaire

Pour le groupe des 5 enfants qui évoluent peu ou pas, nous constatons une insécurité de base décrite, notamment par les modérateurs et la formulation de cas, qui semble liée au contexte de vie ou à l'anxiété générale du milieu ambiant.

Cette insécurité de base peut être familiale comme pour le cas de l'enfant Y019, pour lequel bien que soutenants, les parents sont anxieux sur le devenir de la prise en charge de leur enfant dans l'institution où il est suivi actuellement. Cette problématique est partagée avec la thérapeute.

Pour l'enfant Y032, c'est le contexte familial qui est source d'insécurité avec problématique de violence et de séparation. Au delà de ce problème majeur, l'enfant a changé deux fois de thérapeute dans l'année.

Pour l'enfant Yi25, l'insécurité est liée à une violence familiale qui peut même être tournée vers lui mais aussi une multiplication de prises en charges en parallèle, psychothérapie PDD, TCC et ABA.

Pour l'enfant X030, l'insécurité semble plus interne. Il ne semble pas que le contexte familial et social ait changé ou soit néfaste. C'est une enfant qui est bien suivie et bien entourée chaleureusement par sa famille. Les soignants signalent dans la formulation de cas que c'est une enfant qui évolue lentement mais dont les progrès sont sensibles. D'ailleurs l'ECAR très haut pour cette enfant au départ (60), a bien régressé à 12 mois (40). Ce qui reste cependant un score élevé.

Pour le dernier enfant Y027, l'insécurité est palpable dans la description du contexte de vie très difficile des parents, par ailleurs très soutenants de leur enfant. Au terme d'une année de psychothérapie, le contexte de vie s'est nettement amélioré, ce qui devrait déboucher sur une évolution plus positive de l'enfant. Cela reste bien entendu à confirmer.

Psychothérapies des enfants 3-6 ans avec gain d'aptitudes ≥ 6 durant l'année d'étude ou ≥ 12 à la fin de l'année d'étude

Gain d'aptitudes ≥ 6 durant l'année d'étude

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Y010	4	0	41	1	27	7	6	PPD
Y030	4	0	54	1	16	7	6	TED
Yi07	4	0	25	6	12	12	6	PPD
X007	4	1	48	4	22	13	9	PPD
Y021	5	0	37	2	16	8	6	Pmot
Y034	5	0	44	3	22	10	7	PPD

Y018	5	1	46	4	9	13	9	PPD
Y001	5	2	52	7	8	14	7	PPD
Yi13	6	2	48	3	31	11	8	PPD
Yi06	6	3	18	6	5	12	6	PPD

Aptitudes acquises à 12 mois ≥ 12

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Xi26	4	2	13	12	2	13	1	PPD
X003	5	2	16	9	7	14	5	PPD
Y037	5	0	34	9	15	14	5	Pmot
Yi22	6	0,5	40	8	28	12	4	PPD

Au total, ce sont donc 14/25 enfants qui ont eu une évolution rapide.

Influence du type de la psychothérapie ?

Parmi ces 14 enfants, 11 sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en psychothérapie psychomotrice et 1 est en TED.

Influence des médiateurs ?

Comme pour les cas précédents, la perspective globale peut être complétée et précisée par celle des facteurs préconstruits et émergents qui l'ont caractérisée au cours de l'année de psychothérapie.

Pour les calculs, les psychothérapies dont les gains d'aptitudes durant l'année d'étude sont ≥ 6 et celles dont les aptitudes acquises à 12 mois (en vert) sont ≥ 12 sont associées.

Tableau des médiateurs préconstruits

CP	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y010	4	0	25,0	-5,0	41,7	21,7	50,0	30,0	8,3	37,5	4,8	10,0	-12,5	65,3	-22,7
Y030	4	0	21,7	6,7	41,7	21,4	47,2	41,7	-10,4	6,9	4,8	-22,5	19,2	9,3	39,9
YI07	4	0	0	-10	47,2	4,1	33,3	-18,3	15,3	8,3	3,6	-2,5	2,5	49,4	-17,5
X007	4	1	18,3	-1,7	38,9	19	38,9	11,7	27,8	50	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
Y021	5	0	11,7	-11,7	37,0	27,4	79,2	51,7	6,3	9,7	16,7	2,5	-8,3	31,8	21,9
Y034	5	0	-18,3	-16,7	44,4	19,4	79,2	53,3	-0,7	18,1	27,4	-4,2	-8,3	56,4	22,8
Y018	5	1	-21,7	-20	43,5	10,5	62,5	26,7	4,9	40,3	-2,4	24,2	4,2	36,2	11,6
Y001	5	2	30	20	40,7	28	38,9	36,7	14,6	23,6	13,1	26,7	-25	68,5	-22,4
Yi13	6	2	21,7	-6,7	29,6	12,5	41,7	13,3	-7,6	-11,1	31,0	-22,5	0,8	29,9	11,0
Yi06	6	3	18,3	16,7	43,5	29	63,9	26,7	19,4	-4,2	13,1	11,7	-16,7	48,9	-3,6
Xi26	4	2	28,3	23,3	29,6	29,6	61,1	15	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4
X003	5	2	50,0	20,0	39,8	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
Y037	5	0	21,7	23,3	25,9	36,9	93,1	50	-3,5	27,8	31	-24,2	-4,2	42,7	43,3
Yi22	6	0,5	36,7	15	73,1	24,9	40,3	45	-12,5	2,8	7,1	-9,2	-15,8	40,3	5,4

Concernant les médiateurs préconstruits de ce sous-groupe,

- 11/14 enfants sont engagés dans la psychothérapie, dont 7 avec des scores très positifs (> 20).
- 7/14[86] participent à ses activités.

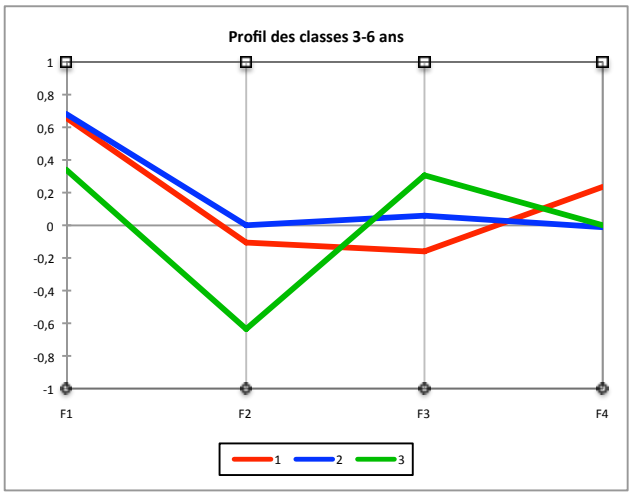
86 sauf Y018, Yi07 et X007

- La relation transférentielle de l'ensemble des enfants avec le thérapeute est très forte (moy 41 - sd 11).
- L'interaction centrée sur des thèmes est également positive pour 9 enfants sur 14[87].
- L'engagement du thérapeute est positif à un niveau élevé pour tous les enfants (moy 54 - sd 19).
- L'ajustement est également positif (moy 29 - sd 20) à l'exception d'une psychothérapie (Yi07).
- Les médiateurs techniques sont activés pour ECA chez 12 enfants (moy 18 - sd 20) et pour CVL chez 13 enfants[88] (moy 13 - sd 11)). Ils sont en moyenne plus activés pour ECA et un peu moins activés que ceux de l'ensemble du groupe 3-6 ans (18 et 13 versus 14,9 et 14,3).
- Les scores PPD sont positifs chez tous les enfants et s'étendent de 9 à 70. Les scores TCC sont positifs chez 7 enfants Y030 (39,9), Y021 (21,9), Y034 (22,8), Y018 (11,6), Yi13 (11,0), Y037 (43,3) et Yi22 (5,4).

En résumé,

- Les psychothérapies sont très actives avec un engagement des 3/4 des enfants en interaction avec celui de la totalité des thérapeutes, auxquels s'associent des médiateurs spécifiques concernant l'expression et la modulation de l'affect, la communication, la verbalisation et le langage dans le cadre d'une approche générale essentiellement psychodynamique (11 enfants), mais également psychomotrice (2 enfants) et thérapie d'échange et de développement (1enfant).

Concernant les médiateurs émergents



En référence à la classification générale en 3 profils qui caractérise l'ensemble des 25 enfants, ceux dont les gains d'aptitudes durant l'année d'étude sont ≥ 6 ou dont les aptitudes acquises à 12 mois sont ≥ 12 se caractérisent de la façon suivante : 3 enfants appartiennent à la classe 1 (Y010, X007 et Y018), 10 enfants à la classe 2 (Yi07, Y021, Y034, Y001, Yi13, Yi06, Xi26, X003, Y037 et Yi22), et 1 (Y030) à la classe 3 (qui regroupe les 5 TED).

- le facteur commun F1 est très activé (≥ 7) pour 8 d'entre eux et ~5 pour 5 d'entre eux les (classes 1 et 2). Pour Y030, F1 est à 3,8.
- Le médiateur spécifique F2 (PDD/TCC avec accordage + ou - de l'enfant) distingue nettement 3 groupes : autour de 0 chez 3 enfants (Y010, Yi07 et Yi22), entre [+04 … -04] chez 10 enfants (Xi26 , Yi06, Y001, X007, X003 (en +) ; Y018, Y037, Y021, Y034 et Yi13 (en -)), et -0,5 pour Y030 (ce qui marque une forte implication TED avec un enfant accordé).

87 sauf Yi22 et Y037

88 sauf ECA pour Yi06 et CVL pour Y018

- Le médiateur F3 («enfant participant et actif» et TCC/PDD) est activé > 0,2 chez 6 enfants et < 0,2 chez 4 enfants. Il est à 0,2 pour Y030.

- enfin, le médiateur F4 («enfant très proche du thérapeute en interaction positive avec lui et explorant pensées et sentiments») est activé > 0,2 chez 3 enfants (Y010, X007, Y018).

- chez 3 enfants (Y001, Yi06 et Xi26), tous les médiateurs sont impliqués positivement, avec un F1 > 0,72.

En résumé,

Le facteur commun F1 est très activé et les médiateurs spécifiques F2 et F3 montrent une mise en œuvre des techniques psychothérapiques avec des enfants participants.

Une analyse détaillée de l'implication du facteur «enfant» en relation avec les techniques spécifiques des médiateurs F2 et F3 est présentée en annexe.

Influence des modérateurs ?

X003 est repérée précocement et commence sa psychothérapie à trois ans. Le diagnostic d'autisme F 84.1 a été porté avant trois ans après une batterie de tests répétés. Au moment de sa naissance, la famille est très isolée dans un pays qu'ils ne connaissent pas. La mère se plaint de nombreuses somatisations et il est suspectée une dépression chez elle. Cet isolement s'améliore cependant. Naissance d'une petite soeur entre les 2 et 6 mois de l'évaluation. À cette période, X003 est éloignée de sa mère et de sa petite soeur, ce qui entraine une souffrance aussi chez la mère. X003 investit beaucoup l'environnement scolaire et les apprentissages qu'encouragent les deux parents.

X007 est une enfant décrite facile dans les premières années de sa vie avec des acquisitions tardives (marche à 20 mois). Elle est allaitée jusqu'à 6 mois. Elle est restée à la maison jusqu'à l'âge de 3 ans et 7 mois où elle va à l'école et est repérée. Il est noté que les parents ne se sont jamais aperçu que leur enfant avait un problème. Les parents sont en très bonne alliance avec la thérapeute et l'enfant vient avec plaisir à ses séances.

Xi26 est née dans un contexte dramatique pour la mère car 3 semaines après sa naissance, la mère de sa mère meurt. La maman de Xi26 pleurait tout le temps. Au début de la thérapie il est noté que les deux parents sont très fragiles, ils se sont d'ailleurs séparés. Le contexte de la prise en charge est donc très lourd et la thérapeute conseille aux parents de faire une thérapie. Finalement la thérapeute s'étonne que l'enfant s'améliore très vite dès les tous premiers mois de la thérapie. Il se créé autour de la famille un réseau de soutien qui permet de maintenir une cohérence de son environnement.

Y018 a une très bonne évolution, du même ordre mais plus rapide que celle de X003 et Y001. À l'âge de 6 ans, X003, Y001 et Y018 ont un ECAR similaire (respectivement 7, 8, 9) et quasiment les mêmes aptitudes (respectivement 7, 8, 9). Y018 a été dépisté à 22 mois pour dépression, avec risque d'autisme. En fait la psychothérapie a démarré, 18 mois plus tôt. Il est en psychothérapie psychodynamique.

Cet enfant s'est développé normalement jusqu'à environ 2 ans, période à laquelle a été diagnostiquée une dépression. Les parents se sont séparés et la maman a dû retravailler et être absente en journée et parfois le soir. L'enfant avait alors 16 mois. La maman était aussi dépressive. L'enfant est pris en charge avec un très bon plateau technique : SESSAD, école avec AVS, halte garderie, kiné, psychomotricité, orthophonie et psychothérapie 2s/s dont l'une avec la mère. Le diagnostic d'autisme a cependant été confirmé.

Des consultations mère-enfant ont été assurées pendant une année par la thérapeute de l'enfant, en parallèle de la psychothérapie individuelle du petit garçon. Le consultant a conjointement assuré des entretiens avec la mère pour l'aider. Le suivi mère-enfant, et mère seule pour sa dépression est une information très importante.

Y037. Les parents de Y037 sont très impliqués dans l'évolution de leurs enfants autistes et dans la psychothérapie (thérapie d'orientation psychomotrice qu'ils ont très bien acceptée d'autant qu'elle faisait faire des progrès également au deuxième enfant autiste, apparemment

plus gravement atteint). Il est noté lors de son premier bilan avant thérapie qu'il est beaucoup plus à l'aise avec le matériel non verbal : il possède une bonne représentation mentale et réussit la majeur partie des encastrements de l'adaptation pratique.

Il n'y a pas eu d'événement particulier au cours de l'année, mais un travail très régulier avec lui avec un très bon plateau technique.

Dans la FC à un an il est noté que Y037 est : « Plus authentique dans la relation, il se confie, parle de sa tristesse, de ses peurs et peut maintenant prendre en compte les éprouvés de l'autre ». On note que la maman était déprimée à la naissance de cet enfant et de son frère jumeau (autiste également).

Yi06 est né dans un contexte difficile après une césarienne avec complication qui l'a éloignée les deux premiers jours de sa vie de sa mère. Difficulté pour l'allaitement et dépression de la mère. Il a subi de nombreuses séparations précoces de figures de référence (baby sitter), les parents sont souvent en déplacement pour leur travail qui peuvent durer une ou deux semaines. Il est noté que les parents ne remarquent pas les réactions émotives de leur enfant et ont du mal à comprendre son vécu, ce qui s'améliore par la suite. À 5 ans, il est repêché d'un canal de justesse. Les parents ne sont pas impliqués dans la psychothérapie mais ne font rien contre. Il y a une insertion scolaire avec une bonne enseignante.

Yi07 est un enfant qui était plutôt décrit comme facile par ses parents. Le diagnostic posé a beaucoup angoissé les parents qui ont tendance à se placer dans un rôle d'éducateurs à la maison en lui imposant en continue des épreuves de stimulations cognitives. Un élément favorable a été son admission dans une école maternelle privée avec un enseignant de soutien. Il bénéficie d'un bon plateau technique en plus de sa psychothérapie à laquelle les parents ont été associés dès le départ. Yi07 a une soeur plus âgée que lui, qui a toujours eu des troubles du sommeil, elle dormait avec ses parents et pouvait se réveiller toutes les demies heures.

Yi22. Le développement cognitif ainsi que le langage se situent pour certains aspects au dessus de la norme. Le vocabulaire est très riche. Les deux parents sont fragiles et ont des antécédents familiaux psychiatriques. Cependant, ils soutiennent la psychothérapie et sont suivis tous les deux également en psychothérapie individuelle. L'enfant se rend très volontiers à ses séances. L'intégration scolaire est bien installée. Il existe une bonne collaboration entre les maitresses et le thérapeute.

Y010 est en grande difficulté avec des troubles important de la communication et des retraits dépressifs. Il a de nombreux réveils nocturne et une forte angoisse de séparation. La maman a été déprimée dès la naissance et encore aujourd'hui. La famille souffre de nombreuses pathologies somatiques qui entrainent des hospitalisations (mère et enfant). Y010 a fait une crise d'épilepsie dans la première année de sa vie et une seconde survenant au début de sa thérapie (il y a des antécédents familiaux à ce niveau). Après un essai dans le milieu scolaire, l'enfant a dû être retiré car il ne pouvait s'y adapter. Par ailleurs, les parents sont assez hostiles à la psychothérapie qui démarre à une séance, puis deux, puis à nouveau à une. Ils s'opposent également à la prise en charge orthophonique, avec interruption, puis reprise et réduction des séances, etc). À la formulation de cas à un an, il est signalé que l'enfant va à l'école à temps partiel.

Y030 est né dans un contexte d'anxiété de la mère pendant la grossesse. Le père de l'enfant est remarié, peu présent et il supporte mal le handicap de son fils. La mère est plutôt dans le déni des difficultés relationnelles de l'enfant et pense qu'il a simplement un retard de langage qu'elle attribue à un frein de langue qu'il a eu à la naissance et qui a procuré également une gène à l'allaitement. Y030 est le dernier né d'une famille de quatre enfants et il est noté dans la dernière FC qu'il est très entouré par sa mère et ses frères et soeurs.

Y021 est dans un contexte de rupture (déménagement, départ de la crèche sans explication...) et dans un trouble de la régulation depuis la toute petite enfance. Au départ de la psychothérapie, il existe une discontinuité du suivi (séances manquées, conflit avec la mère). Il est noté dans la FC finale une nette amélioration de la relation avec les parents et de leur adhésion aux soins prodigués à leur enfant.

Y034 est né avec un poids de 2 kg (retard de croissance intra utérin). Il souffre d'un trouble dermatologique récurrent et d'une constipation chronique. Il est bien entouré à la maison avec 2 frères ainés qui s'occupe bien de lui. Y034 a bien investi sa psychothérapie. Les parents sont angoissés et verbalisent peu leur émotion, voire la nient. Le père a des difficultés de relation avec son fils, surtout ne sait pas comment faire.

Yi13 est dans un contexte difficile à sa naissance. Sa mère fait une dépression du post partum et a des difficultés à entrer en contact avec son enfant. Elle souffre toujours de troubles obsessionnels et de boulimie. Le père est éloigné. Cependant, il y a une continuité dans la relation thérapeutique et une stabilité avec des enseignants empathiques.

Commentaire

Pour le groupe d'enfants qui a bien évolué*, nous constatons une situation inverse de celle de ceux qui ont peu évolué, à savoir une confiance établie qui ne l'était pas forcément au départ. Une confiance des parents dans les progrès de leur enfant avec une bonne alliance avec le thérapeute et les autres partenaires sociaux. Confiance qui peut être prise également par une meilleure compréhension du monde de l'enfant. Une confiance peut être visible également dans les liens de l'enfant avec sa fratrie. Mais aussi une confiance prise par l'enfant dans son contexte scolaire et bien sûr sa psychothérapie (nous avons vu que le transfert de l'enfant était très fort). Nous voyons pour ce groupe un réseau social bien établi autour de l'enfant et de ses parents.*

Ce constat n'est pas observé chez un enfant Y010 qui est socialement en difficulté. Cependant, il est signalé à la fin de l'année de psychothérapie que l'enfant va à l'école à temps partiel alors qu'il avait dû en être retiré auparavant car il ne pouvait s'y adapter.

******

Nous voyons, à partir des modérateurs du groupe d'enfants qui évoluent bien et de celui de ceux qui évoluent moins rapidement, que la route est longue pour qu'un enfant avec autisme évolue.

Comme pour les autres enfants sans autisme, l'environnement est une clef majeure pour son développement. Il semble bien qu'un lien de compréhension des blocages rencontrés puisse être les difficultés qui existent au sein de la famille dont il fait partie. Il n'est pas qu'autiste, il est atteint également par des difficultés que peuvent rencontrer ses parents.

Nous avons pu également constater que les choses ne sont pas immuables. Des améliorations du contexte peuvent faire évoluer l'enfant, plus tranquille, mieux compris par des parents mieux informés. Mais ce n'est pas tout, le contexte social, comme la stabilisation d'une situation précaire d'une famille, peut également avoir un poids puisqu'il peut permettre à des parents d'être par exemple plus disponibles. Les difficultés liées aux structures de soins dans lesquelles évoluent ces enfants, nous l'avons vu renforcent l'idée qu'elles doivent être solides et fiables. Les changements sont, on le sait, source de déstabilisation, chez les enfants autistes, ses parents et chacun d'entre nous.

2. Enfants âgés de 7 à 11 ans

◉ *4 enfants de 7 ans sont en psychothérapie*[89].

- Ils sont tous les trois en psychothérapie psychodynamique.
- Y044 entre dans l'étude en début de psychothérapie. Yi19, Xi32 et Y017 sont respectivement en psychothérapie depuis 2, 3 et 4 ans.

[89] [Yi19, Xi32, Y044, Y017]

Leurs âges, antériorités de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
Yi19	7	2	12	8	3	11	3	PPD
Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD

Commentaire

Concernant ces quatre enfants de 7 ans, les données de départ sont assez hétérogènes. En moyenne, ces enfants ont acquis 5,3 aptitudes dans l'année [3 ; 6] ; sd = 3,9 et leurs comportements autistiques se sont réduits de 43%.

- Y044 a commencé sa psychothérapie en même temps que son évaluation. La réduction des comportements autistiques à l'ECAR se situe dans la moyenne (48% vs 45%). Aucune aptitude acquise n'est notée à T0. Cependant, 4 aptitudes sont mentionnées à 2 mois ce qui ouvre la possibilité d'un blocage ponctuel au cours de la première évaluation.
- La comparaison de Yi19 et Xi32 est difficile car nous ne savons pas quelle était la situation initiale de Xi32 avant son entrée en psychothérapie dans l'étude (3 ans avant) et donc la signification du score élevé qu'elle présente à l'ECAR (38) par rapport à celui de Yi19 (12) après deux ans de psychothérapie. Même observation pour les acquisitions qui sont plus importantes au départ pour Yi19 que pour Xi32 (8 *vs* 3). Toutefois, nous notons que malgré un ECAR qui reste à 23 à un an pour Xi32, alors qu'il s'est réduit à 3 pour Yi19, Xi32 développe 9 acquisitions dans l'année passant alors à 12, alors que Yi19 n'en développe que 3 (il aura alors après cette année de psychothérapie 11 acquisitions).

  Cette comparaison est importante car elle signale que des symptômes persistants ne sont pas systématiquement un handicap aux acquisitions. Elle ouvre aussi la possibilité de cerner de façon plus fine ce qui concourt à faciliter ou à entraver, à un moment donné du développement de l'enfant, l'acquisition de nouvelles aptitudes.
- Y017, après 4 ans de psychothérapie, présente au début de l'étude un score de comportements autistiques très élevé (58) et n'a qu'une seule aptitude acquise. La réduction du score ECAR à 1 an est modérée et le gain d'aptitude est très faible (1).

  L'évolution de Y017 pose un problème important, tant au niveau comportemental que développemental.

◉ *4 enfants de 8 ans sont en psychothérapie*[90].

- Ils sont tous les quatre en psychothérapie psychodynamique
- Le premier (Y041) commence une psychothérapie pour la première fois. Les trois autres sont en psychothérapie depuis respectivement 2, 3 et 6 ans.

Leurs âges, antériorité de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y041	8	0	47	6	32	9	3	PPD
Yi15	8	2	32	11	12	14	3	PPD
Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD

Commentaire

En moyenne, les enfants de 8 ans ont acquis 3,5 aptitudes dans l'année [2 ; 6] ; sd = 1,7 et leurs comportements autistiques se sont réduits de 46%.

[90] [Y041, Yi16, Y013 et Yi15]

Nous observons ici encore une hétérogénéité importante entre les cas qui n'est pas perceptible de la même façon si l'on observe les scores à l'ECAR ou les acquisitions de départ.

- Les quatre enfants constituent deux groupes avec un score à l'ECAR équivalent au départ pour Y041 et Y013 (47) et très proche pour Yi15 et Yi16 qui ont respectivement 32 et 34. Pourtant chacun d'entre eux n'a pas une durée de psychothérapie antérieure identique au moment de cette évaluation.
- Yi15 et Yi16 partent avec des scores respectifs de 32 et 34 à l'ECAR qui se réduisent à 12 et 14 après un an de psychothérapie. La situation de leurs acquisitions n'est pas du tout équivalente puisque le premier en a 11 au départ, alors que l'autre n'en a qu'une. Un an plus tard, Yi15 a fait le plein des aptitudes mesurées (14) et Yi16 en a acquis 6. Autre différence entre ces deux enfants, Yi15 est, au début de l'évaluation, depuis 2 ans en psychothérapie et Yi16 depuis 6 ans.

  Yi15 s'inscrit assez bien dans les profils d'évolution en fonction du nombre d'années de psychothérapie déjà observés chez des enfants plus jeunes (par exemple, Y001), la variable âge étant secondaire par rapport à la variable Napa[91]. Pour Y013, c'est également possible en considérant que c'est un enfant qui présente des difficultés particulières. Yi16 pose la question des éléments qui ont contribué à son fort gain d'aptitudes en 1 an, après 6 ans de psychothérapie.

◉ *2 enfants de 9 ans sont en psychothérapie*[92].

- Ils sont tous les deux en psychothérapie psychodynamique.
- Le premier est en psychothérapie depuis 2 ans, le second depuis 4 ans.

Leurs âges, antériorité de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD

Commentaire

En moyenne, les 2 enfants de 9 ans ont acquis 1 aptitude dans l'année (sd = 0) et leurs comportements autistiques se sont réduits de 52%.

- Les réductions des scores à l'ECAR se situent dans des proportions assez proches (49% et 55%). Cependant, la réduction des scores de comportements autistiques n'est pas accompagnée d'un gain parallèle d'aptitudes.

◉ *3 enfants de 10 ans sont en psychothérapie*[93].

- Ils sont tous les trois en psychothérapie psychodynamique.
- Le premier est en psychothérapie depuis 5 ans, les deux autres depuis 6 ans.

Leurs âges, antériorités de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y022	10	5	39	10	14	14	4	PPD
Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD

91 Napa : nombre d'années de psychothérapie antérieures

92 [Y012, Yi28]

93 [Y022, Yi11, Yi10]

Commentaire

En moyenne, les 3 enfants de 10 ans ont acquis 4,7 aptitudes dans l'année [4 ; 5], sd = 0,6 et leurs comportements autistiques se sont réduits de 66%. Ils ont acquis l'ensemble des aptitudes évaluées.

- Deux enfants (Y022 et Yi10) ont des scores similaires au début de l'évaluation et à la fin de l'évaluation, tant à l'ECAR qu'aux acquisitions. Cependant, l'enfant Y022 est en psychothérapie depuis une année de moins.
- Le troisième enfant (Yi11) a le même nombre d'années antérieures que Yi10 (6). Il part et arrive avec des scores à l'ECAR plus faibles. C'est donc un enfant qui après 6 ans de psychothérapie présente un score de comportements autistiques extrêmement rédut. *Nous rechercherons plus loin si des éléments individuels peuvent éclairer cette trajectoire.*

◉ *4 enfants de 11 ans sont en psychothérapie*[94].

- Trois sont en psychothérapie psychodynamique, et un en psychothérapie psychomotrice.
- Y020 commence sa psychothérapie au moment de son inclusion dans l'étude. Les trois autres enfants sont en psychothérapie depuis 7 ans,.

Leur âge, antériorité de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot
Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD
Xi03	11	7	27	6	14	10	4	PPD
Yi05	11	7	24	10	7	13	3	PPD

Commentaire

En moyenne, les 4 enfants de 11 ans ont acquis 2,5 aptitudes dans l'année [-2 … 5] ; sd = 3,1 et leurs comportements autistiques se sont réduits de 45%.

- Nous trouvons ici encore une diversité de leurs cas. Un enfant commence une thérapie à médiation psycho corporelle à 11 ans (Y020). Nous constatons peu d'évolution chez cet enfant, tant au niveau des comportements autistiques que de ses 2 aptitudes acquises qui ne sont pas confirmées à 1 an.
- Trois enfants (Y011, Xi03 et Yi05) ont des scores équivalents à l'ECAR au départ et à un an. Ils ont des acquisitions similaires au départ et à un an (un peu plus faibles cependant pour Xi03).

• Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 7 à 11 ans

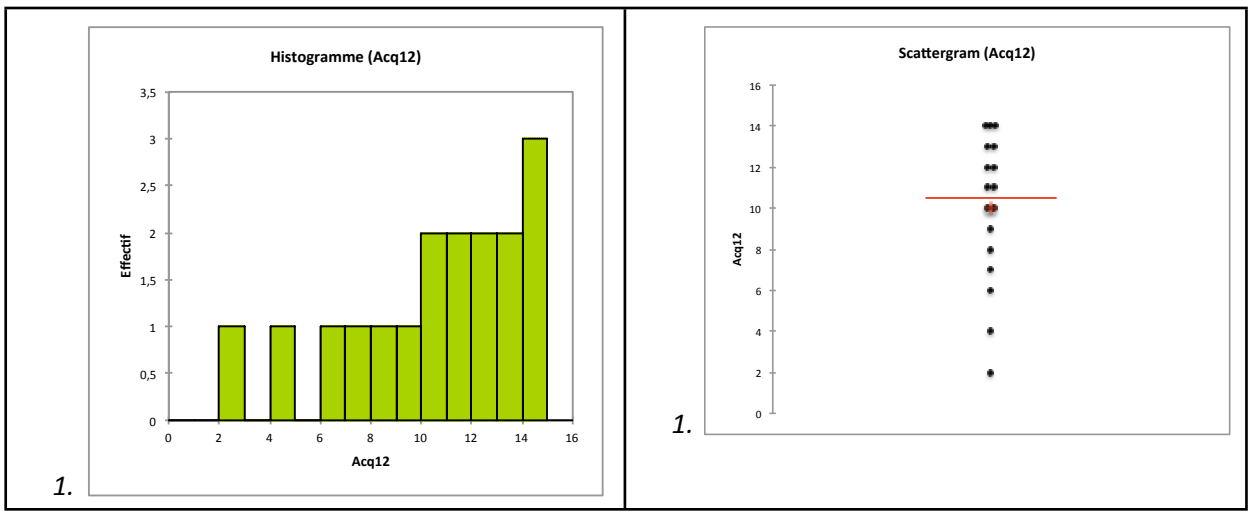
	IG	CP	Age	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	1	Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
	0	Yi19	7	2	12	8	3	11	3	PPD
	3	Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
	4	Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD
Moy									**5,3**	
sd									3,9	
	3	Y041	8	0	47	6	32	9	3	PPD
	3	Yi15	8	2	32	11	12	14	3	PPD
	3	Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
	2	Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD
Moy									**3,5**	
sd									1,7	
	3	Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
	3	Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD
Moy									**1,0**	

94 [Y011, Y020, Xi03, Yi05]

sd									0,0	
	4	Y022	10	5	39	10	14	14	4	PPD
	2	Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
	3	Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD
Moy									**4,7**	
sd									0,6	
	5	Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot
	5	Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD
	5	Xi03	11	7	27	6	14	10	4	PPD
	3	Yi05	11	7	24	10	7	13	3	PPD
Moy									**2,5**	
sd									3,1	

Dans la population des 17 enfants de 7 à 11 ans, la moyenne du nombre d'aptitudes acquises dans l'année est de 3,6 (sd = 2,7). Elle est donc inférieure à celle du groupe des enfants de 3 à 6 ans (moy = 4,5 ; sd = 2,8). La moyenne du nombre total d'aptitudes acquises est de 10,0 (sd = 3,6). Elle était de 8,3 (sd = 4,3) dans le groupe des enfants de 3 à 6 ans. Le nombre des aptitudes acquises varie à chaque âge, mais le nombre d'enfants est trop faible pour en tirer des conclusions. La réduction en un an des comportements autistiques est similaire dans les 2 tranches d'âge (49%).

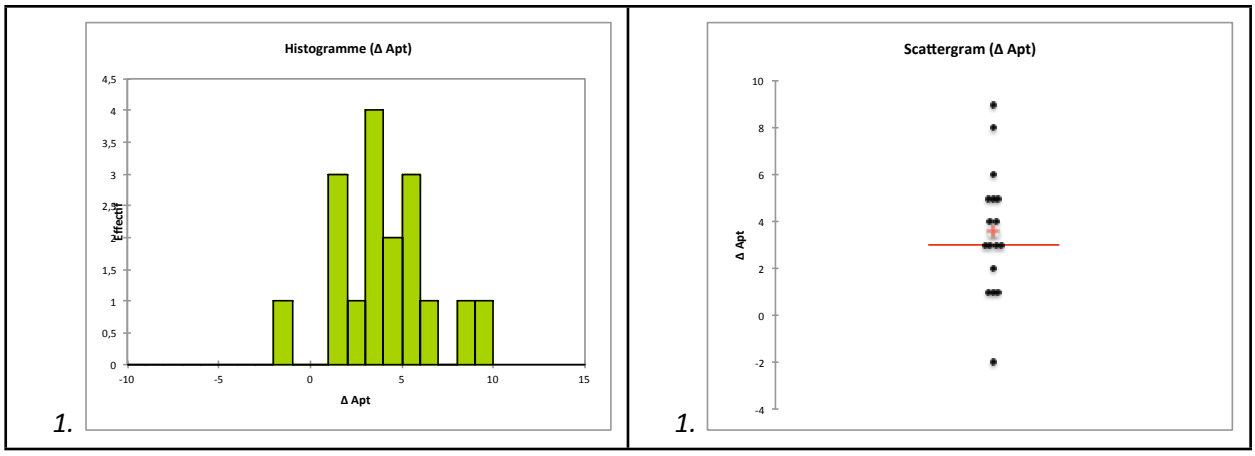
Le nombre d'aptitudes acquises dans le groupe des enfants de 7 à 11 ans est représenté par l'histogramme suivant :



Variabilité dans la tranche d'âges 7-11 ans du nombre d'aptitudes acquises à T12

4 enfants ont de 2 à 6 aptitudes, 4 enfants ont de 7 à 10 aptitudes, 4 enfants ont de 11 ou 12 aptitudes et 5 enfants ont 13 ou 14 aptitudes. (voir détail Histogramme Acq12 7-11 et Quantiles Acq12 7-11 en annexe).

***Les gains d'aptitudes en 1 an* se répartissent de la façon suivante**



Variabilité dans la tranche d'âges 7-11 ans du nombre d'aptitudes acquises durant l'année d'étude

1 enfant n'a pas confirmé 2 aptitudes présentes au départ, 3 enfants ont gagné 1 aptitude, 5 enfants ont gagné 2-3 aptitudes, 5 enfants ont gagné 4-5 aptitudes et 3 enfants ont gagné 6-9 aptitudes. (voir détail histogramme Δ Apt 7-11 et Quartiles Δ Apt 7-11 en annexe)

- **Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ?**

Psychothérapies des enfants de 7-11 ans avec gain d'aptitudes faible

Nous avons réuni 5 enfants (de 7 à 11 ans). Quatre n'ont gagné qu'une ou deux aptitudes dans l'année et un n'a pas confirmé les 2 qu'il avait.

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD
Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
Y012	9	2	46	10	23	11	1	PPD
Yi28	9	4	25	9	11	10	1	PPD
Y020	11	0	48	6	42	4	-2	Pmot

Influence du type de psychothérapie ?

Quatre enfants sont en psychothérapie psychodynamique et 1 en psychothérapie d'orientation psychomotrice.

Influence des médiateurs ?

La perspective globale de la psychothérapie peut être complétée par celle des facteurs préconstruits et émergents qui l'ont caractérisée au cours de l'année de psychothérapie

CP	Age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y017	7	1,7	-23,3	46,3	-1,9	19,4	5,0	-12,5	8,3	22,6	43,3	7,5	36,7	-26,1
Y013	8	10,0	-33,3	40,7	11,9	45,8	21,7	15,3	51,4	22,6	12,5	13,3	47,7	-8,6
Y012	9	30,0	0,0	42,6	22,1	55,6	31,7	-6,9	31,9	10,7	23,3	2,5	40,9	3,3
Yi28	9	33,3	38,3	31,5	24,4	36,1	35,0	-20,8	20,8	2,4	9,2	-0,8	44,3	-6,8
Y020	11	-6,7	-11,7	38,0	15,7	63,9	38,3	-5,6	22,2	15,5	7,5	-9,2	53,7	9,8

Concernant les facteurs préconstruits, le groupe est assez hétérogène pour le médiateur EP avec 2 enfants (Y012 et Yi28) qui ont un bon score et 3 qui ont un score faible ou négatif. On retrouve cette situation avec le médiateur PP avec un seul enfant ayant un score positif (Yi28). La moyenne du sous-groupe pour les 2 facteurs est inférieure à celle de l'ensemble du groupe 3-11 (12 et -2,5 *versus* 15 et 1,67). Le transfert des patients est à un score élevé (40), similaire à ceux du groupes 3-11 dans son ensemble.

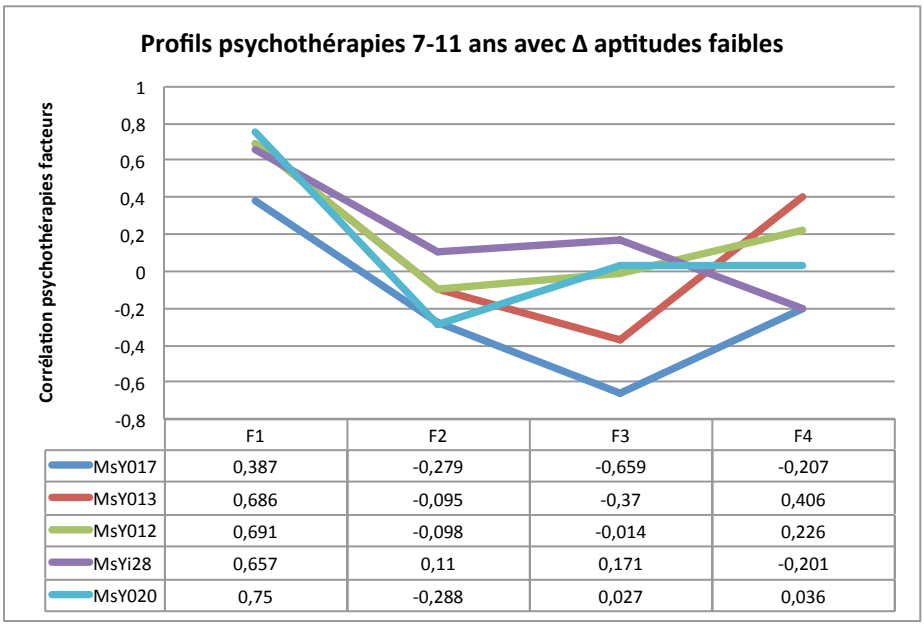
L'engagement du thérapeute est à un niveau élevé similaire à celui de l'ensemble du groupe 3-11 (44 *vs* 43). L'ajustement est un peu plus fort que celui de l'ensemble du groupe 3-11 (26 *vs* 21). L'interaction centrée sur des thèmes est négative pour 4 des 5 patients. Les scores des médiateurs techniques ECA et CVL sont activés pour les 6 enfants. Le score ECA est similaire à celui du groupe 3-11 dans son ensemble. Le score CVL est plus faible que celui du groupe 3-11 dans son ensemble(16 *vs* 18). Le score PPD est plus faible que celui du groupe 3-11 dans son ensemble (40 *vs* 48). Le score TCC est positif chez 2 enfants, un peu plus élevé que celui du groupe 3-11 dans son ensemble (-1,3 vs -6,6) et cette différence est confirmée dans le score CC.

En résumé,

> *Les variations des médiateurs préconstruits des enfants avec faible gain d'aptitudes durant l'année d'étude par rapport aux scores de ceux de l'ensemble du groupe concernent la réduction de l'engagement et de la participation de l'enfant, de la verbalisation et de l'approche psychodynamique.*

(Les statistiques descriptives comparatives sont en annexe Desc compar 7-11)

Concernant les médiateurs émergents,



	F1	F2	F3	F4
MsY017	0,387	-0,279	-0,659	-0,207
MsY013	0,686	-0,095	-0,37	0,406
MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
MsYi28	0,657	0,11	0,171	-0,201
MsY020	0,75	-0,288	0,027	0,036

Profils individuels des psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles […] à partir des médiateurs émergents

Pour 4 des 5 enfants, le F1 est > 0,65, dans la moyenne de l'ensemble du groupe 3-11 (6,54). Pour le cinquième (Y017), il se situe à un niveau beaucoup plus faible (0,38), alors que parallèlement les facteurs F2, F3 et F4 sont à un niveau plus élevé que ceux des autres patients. Le score F3 de Y017 (-0,659) est le plus important pour tout le groupe 7-11. Il partage avec Y020 le score F2 (également négatif) à un niveau moyen similaire (-0,280). L'analyse précise des items composant ces facteurs chez cet enfant montre la très grande distance de l'enfant vis à vis du thérapeute et de la thérapie, ce qui compromet

ses effets potentiels dans la situation actuelle[95]. Y013 a également un score négatif relativement important à F3 (-0,370) et un score important à F4 (recherche de proximité avec le thérapeute) (0,406) que présente également, à un moindre degré, Y012.

En résumé,

Les facteurs techniques sont réduits au minimum en relation à des enfants désaccordés ou peu attentifs, ne s'engageant pas dans le jeu. Pour un des enfants (Y017), le F1 très faible se trouve compensé par F2, F3 et F4 élevés avec forte implication technique, mais refus de l'enfant.

Influence des modérateurs ?

Y017 (7 ans) se différencie du groupe. Il a un score très important à l'ECAR au départ (58) qui ne varie pas beaucoup à un an (46). Il avait acquis une aptitude au départ de l'évaluation avec pourtant 4 années de psychothérapie. Il n'a qu'une aptitude supplémentaire à un an de thérapie.

Y017 a eu un développement normal jusqu'à 16 mois, puis il s'est replié peu à peu et une tristesse est apparue du jour au lendemain. Aucun évènement n'est rapporté. Les parents sont très soutenants autant en famille que pour la psychothérapie. Il est allé à l'école maternelle (sa tante y travaillait et a pu maintenir sa place) mais ensuite il a été déscolarisé. Il a eu un très bon plateau technique : orthophonie, psychomotricité… Il est rapporté à la formulation de cas d'un an que c'est un enfant qui ne parle quasiment pas et n'a pas de communication non verbale.

Après ces 5 années de psychothérapie, les parents ont décidé de l'interrompre et de tenter la méthode des 3 i.

Y013 (8 ans). Son score de départ est le même que Y041, ainsi que son score à un an. Cependant, contrairement à Y041 qui commence sa psychothérapie, Y013 a une antériorité de psychothérapie de 3 ans. Un élément sans doute très important à prendre en compte est que les trois années antérieures de psychothérapie n'ont pas été effectuées par la même thérapeute qui commence en même temps sa prise en charge et son évaluation. Il est noté par ailleurs pour cet enfant que, bien qu'il bénéficie d'un soutien familial infaillible, le cadre de la psychothérapie a mis longtemps à s'établir au niveau d'une bonne continuité d'accompagnement aux séances. Cet accompagnement a été réalisé tantôt par les parents, tantôt par des accompagnants très changeants, ce qui n'a pas permis d'établir un lien avec eux. Cet enfant dispose d'un très bon plateau technique et va à l'école en CLIS, il a une activité sportive régulière avec son père. La situation de cet enfant, outre son autisme, s'est inscrite dans un contexte de déménagement, de changement et de manque de continuité.

Y012 (9 ans) a eu une consultation précoce (2 ans), mais un bilan vers 5 ans. La psychothérapie débute lorsqu'il a 7 ans et demi. Les parents sont très ouverts à tout ce qui peut être proposé pour leur enfant. Ils rencontrent la thérapeute régulièrement. Antérieurement à sa psychothérapie, il était dans un hôpital de jour et était suivi en psychomotricité et orthophonie. L'orthophonie a repris sur l'incitation de la psychothérapeute actuelle. Il semble que la violence de l'enfant se soit apaisée depuis que le langage s'acquiert petit à petit. De ce fait, les parents vont mieux et sont également plus souples avec lui… Il passe du temps sur son ordinateur pour faire des jeux éducatifs (l'ordinateur étant l'un des objets utilisés par la thérapeute au départ de l'évaluation). Il a maintenant son propre ordinateur et peut y rester seul longtemps. Il semble que les deux années antérieures de psychothérapie de Y012 lui ont

---

[95] Y017. Pour F3 : l'enfant ne semble pas curieux (item 08), il parle de façon confuse et désorganisée (item 54), il est distant de ses sentiments (item 56), la qualité de son jeu est fragmentée (item 29) et manque de spontanéité (item 95) ; le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (item 46), pointe un thème récurrent dans son expérience ou sa conduite (item 62), la relation thérapeutique est discutée (item 98).
Pour F2 : l'enfant est désaccordé dans ses rapports sociaux (item 26), il n'inclut pas le thérapeute dans son jeu (item64), ne s'engage pas dans le jeu du faire croire (item 71) ; le thérapeute recourt à des formulations exploratoires (item 37), fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (item 02), pose des limites (item 48), interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées (item 67).
Pour F4, l'enfant garde une distance (item 15), reste éloigné ou évite une plus grande intimité ou proximité (item10), ignore ou rejette les commentaires et observations du thérapeute (item 42), est peu disposé à examiner ses pensées ou réactions (item 58), dirige sa colère vers l'extérieur (item 85), finit la séance avec une grande facilité (item 25), n'est pas dans la dépendance (item 80); le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations explicatives ou conceptuelles (item 12).

permis de développer son langage et qu'il est plus apte à atténuer les manifestations extrêmement violentes que provoquaient chez lui les frustrations (surtout envers sa mère).

Si l'on observe les aptitudes qui restent à acquérir pour cet enfant, nous notons : le stade du miroir, l'amélioration de la prosodie et le temps linéaire avec une meilleure tolérance à la séparation.

Yi28 (9 ans) a une prise en charge psychothérapique plurielle. Pendant deux années, sa psychothérapie était psychodynamique à trois séances par semaine, puis l'année suivante à 2 séances par semaine. Depuis le début de l'évaluation, elle est passée à 1 séance par semaine, mais en parallèle l'enfant a une psychothérapie cognitive à 2 séances par semaine. Il a en plus un éducateur qui vient à la maison deux fois par semaine. Pourtant cet enfant ne gagne qu'une acquisition en un an.

Pour Yi28, les aptitudes suivantes restent difficiles à acquérir : le regard pétillant avec une bonne tonalité d'échange, la recherche du regard de l'autre et l'attention conjointe, le pointage protodéclaratif, l'apparition d'un langage gestuel socialisé.

Y020 (11 ans) part d'un score assez grave à l'ECAR (48) qui se réduit peu (42). Il a 6 acquisitions au départ mais seules 4 sont confirmées à un an. C'est un enfant qui a des troubles graves depuis la toute petite enfance. Il est noté dans la formulation de cas à un an que l'enfant sort de son repli autistique et qu'il a un niveau global de développement de l'âge de 2 ans environ.

……

Commentaire

Pour le groupe des enfants qui évoluent peu ou pas, nous constatons une hétérogénéité au niveau des modérateurs et de la formulation de cas.

Les enfants dont l'âge se situe entre 7 et 11 ans ont entre 2 et 4 années de psychothérapie antérieure. Un seul enfant (11 ans) commence sa psychothérapie au moment de l'évaluation.

Nous ne notons pas comme pour le groupe des 3-6 ans un contexte environnemental très conflictuel. Les parents sont soutenants, l'enfant a une prise en charge plurielle.

Nous constatons plutôt que pour l'un la continuité a du mal à s'établir, pour un autre la violence de l'enfant a pris de temps pour s'apaiser (on note en fin d'année qu'avec l'acquisition du langage, l'enfant s'apaise et permet aux parents d'être plus paisibles), chez un autre beaucoup de modifications dans le suivi, un enfant ne semble pas bénéficier de la psychothérapie (les parents tentent à la fin des 5 années de psychothérapie la méthode des 3 i), et le dernier enfant est très gravement perturbé (à 11 ans son niveau de développement global est évalué à 2 ans).

Psychothérapies des enfants 7-11 ans avec gain d'aptitudes ≥ 5 durant l'année d'étude

Nous avons sélectionné les 6 enfants de 7 à 11 ans chez lesquels les gains d'aptitudes en 1 an sont ≥ 5 (quatrième quartile).

	Age	Napa	ECAR T0	Apt T0	ECAR T12	Apt T12	Δ Apt	
Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD
Yi10	10	6	34	9	14	14	5	PPD
Yi11	10	6	20	9	5	14	5	PPD
Y011	11	7	27	7	14	12	5	PPD

Influence du type de la psychothérapie ?

Tous les enfants, sont en psychothérapie psychodynamique.

Influence des médiateurs ?

Comme pour les cas précédents, la perspective globale peut être complétée et précisée par celle des facteurs préconstruits et émergents qui l'ont caractérisée au cours de l'année de psychothérapie

CP	Age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Xi32	7	3,3	8,3	43,5	13,5	38,9	10,0	6,9	16,7	9,5	25,0	-15,8	57,4	-15,5
Y044	7	3,3	15,0	51,9	14,5	30,6	20,0	3,5	16,7	22,6	3,3	10,0	16,0	20,5
Yi16	8	28,3	6,7	43,5	21,9	54,2	5,0	15,3	30,6	22,6	25,8	-0,8	55,6	-17,5
Yi10	10	13,3	-15,0	43,5	6,8	15,3	16,7	3,5	13,9	29,8	26,7	-18,3	56,8	-24,2
Yi11	10	21,7	25,0	41,7	26,3	52,8	26,7	5,6	36,1	27,4	-5,0	-20,8	55,8	-9,0
Y011	11	16,7	3,3	37,0	20,8	41,7	36,7	5,6	22,2	11,9	15,8	-20,0	72,0	-31,1

Concernant les médiateurs préconstruits, tous les enfants ont un score d'engagement positif similaire à celui de l'ensemble du groupe 7-11, avec cependant 2 enfants dont le score est faible (Xi32 et Y044). La participation de 5 enfants sur 6 (à l'exception de Yi10) est également dans le positif. La relation transférentielle avec le thérapeute est très forte (moy 43,5 - sd 4.8), notamment pour Y044. L'interaction centrée sur des thèmes est également positive pour les 6 enfants. L'engagement du thérapeute est positif à un niveau élevé pour tous les enfants (moy 39 - sd 14,5). L'ajustement est également positif (moy 19 - sd 11). Les médiateurs techniques ECA et CVL sont activés de façon conjointe chez tous les enfants avec des scores moyens à la fois proches et différents de ceux de l'ensemble du groupe (22,7 *vs* 24,8 pour ECA et 22,7 *vs* 18,7 pour CVL) avec un renforcement relatif de CVL par rapport à ECA. Les médiateurs d'approche PPD sont plus activés que dans le groupe des 25 enfants de 3 à 6 ans (53 *vs* 48) et les médiateurs TCC moins activés (-4,3 *vs* 9,2). À noter les scores partagés PPD et TCC chez Y044.

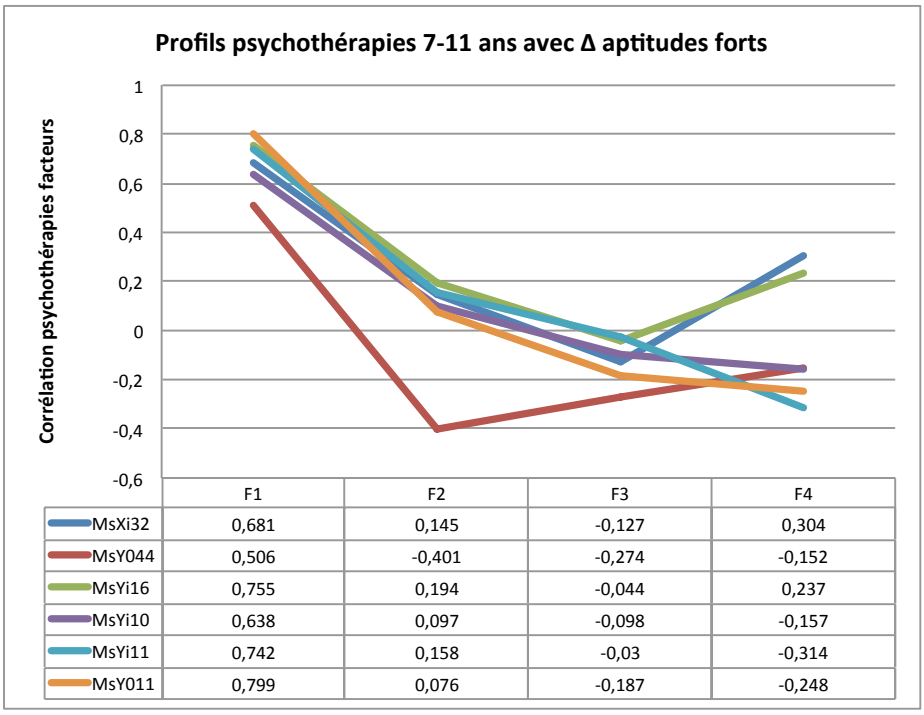
En résumé,

> *Les enfants du groupe à évolution rapide ont des scores plus élevés que l'ensemble du groupe 3-11 et encore davantage que le groupe avec un faible gain d'aptitudes durant l'année d'étude pour les médiateurs suivants : participation du patient, transfert patient, interaction thèmes, communication et verbalisation, approche psychodynamique.*

La description statistique est en annexe.

Au niveau des facteurs émergents, le facteur commun est activé à un niveau fort avec un score entre 7,4 et 8 pour Yi16, Yi11 et Y011 (qui a le score le plus important de l'ensemble du groupe) et à un niveau moyen Xi32, Y044 et Yi10 avec un score entre 0,50 et 0,68. Le médiateur spécifique psychodynamique avec interaction de l'enfant est activé chez 5 enfants sur 6 (sauf Y044). Le médiateur «enfant participant et actif» est activé très faiblement en négatif sauf pour Y044 (-0,27). Le médiateur «enfant très proche du thérapeute en interaction positive avec lui et explorant pensées et sentiments» n'est positif que chez 2 enfants (Xi32 et Yi16). Cela conduit à ce que la psychothérapie de Y044[96] soit seule dans la classe 2, que Xi32 et Yi16 soient dans la classe 1 et les trois autres (Yi10, Yi11 et Y011) dans la classe 4 du groupe 3-11.

[96] La psychothérapie de Y044 présente les éléments spécifiques suivants: F1 souligne que l'enfant est peu animé (item 13), communique de façon plutôt inaffective (item 40) et que la thérapie cherche son assise. F2. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans son jeu (item64) ; le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (item 17), il peut recourir à des formulations exploratoires ou se comporter de façon didactique (item 37), il offre de l'aide ou des conseils. F3. l'enfant ne semble pas curieux (item 08), il parle de façon confuse et fait des digressions (item 54), son jeu manque de spontanéité (item 95) ; le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (item 62), la relation thérapeutique est discutée à T12 (item 98). F4. l'enfant reste à distance du thérapeute (item 10), il n'a pas de difficulté à partir de la séance (item 25), il insiste sur son indépendance (item 80), mais semble devenir plus disposé à participer (item 58, 42). Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (item 12), demande progressivement plus d'information ou d'élaboration (item 31). Nous avons vu plus haut que le transfert de l'enfant est important et que la psychothérapie associe des éléments psychodynamiques et cognitivo-comportementaux.



	F1	F2	F3	F4
MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
MsY044	0,506	-0,401	-0,274	-0,152
MsYi16	0,755	0,194	-0,044	0,237
MsYi10	0,638	0,097	-0,098	-0,157
MsYi11	0,742	0,158	-0,03	-0,314
MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248

Profils individuels des psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles […] à partir des médiateurs émergents

En résumé,

Les enfants du groupe à évolution rapide ont des scores plus élevés que l'ensemble du groupe 3-11 et que le groupe avec peu de gains d'aptitudes pour le facteur F1 (moy : 0,687 ; 0,654 et 0,634). Le score du facteur F2 est légèrement positif, alors qu'il est négatif dans le groupe faible Δ Apt (ce second facteur doit être exploré plus précisément car il associe des données enfant et techniques dont les poids respectifs sont à prendre en compte).

Influence des modérateurs ?

Xi32 est née dans une famille aimante mais avec des problèmes dépressifs au départ. Lorsque deux années plus tard est née une seconde enfant et que sa mère est rentrée de la clinique avec le bébé (elle avait dû partir en urgence), Xi32 n'a pas voulu la regarder. C'est une enfant intelligente qui semble assez bien adaptée dans les contextes sociaux et peut exprimer des sentiments plus régressifs pendant la psychothérapie. Elle est allée à l'école à 3 ans, puis à la primaire à 6 ans. Trois aspects positifs ont été notés dans la FC de cas à un an : la croissance de la petite sœur et la vie sociale ouverte de la famille, mais aussi le soutien de la « maitresse » qui est intervenu dans l'amélioration de sa capacité d'attention durable et pour le développement des apprentissages scolaires. *Par ailleurs, la psychothérapeute note que la participation à la recherche a été un moteur positif pour elle dans l'aide qu'elle lui a apporté pour faire attention à ce qui était le plus évolué chez sa patiente, alors qu'elle s'appuyait surtout, jusqu'à présent, sur les expressions les plus archaïques*.

Y044 a été repéré à 3 ans et a commencé à être pris en charge à 4 ans et demi. Son suivi a été difficile et retardé du fait de déplacement de la famille. Sa prise en charge psychothérapique commence en même temps que son évaluation lorsqu'il a 7 ans. Elle est investie par lui et ses parents. Ce dernier élément ainsi que le bon plateau technique qui l'accompagne (Hopital de jour, entrée en CLIS) ont permis aux compétences de cet enfant de se développer de façon importante puisqu'il aura 8 acquisitions après une année de psychothérapie et un score à l'ECAR qui s'est bien réduit, de 47 à 28. *Concernant les acquisitions, on note que l'évaluation à 2 mois en considère 4 déjà acquises***.** À noter que des problèmes de langage subsistent, davantage au niveau de la prononciation que de la communication, tant au niveau de sa compréhension que de son expression à visée d'interaction avec autrui.

Yi16 a des parents très soutenants. Sa mère est assez anxieuse et exigeante et, malgré les progrès de l'enfant, elle ne se tranquillise pas. Il a un très bon soutien scolaire avec sa maitresse. Il est noté que le langage partagé avec la thérapeute, qui faisait défaut au départ de l'année d'évaluation, s'est amélioré. Cependant le langage social reste problématique. L'enfant conserve des angoisses profondes qui

l'empêchent d'exprimer ses sentiments et émotions. Il existe une grande dysharmonie entre les niveaux de développement. Il est noté que le cadre constitué par les parents, les enseignants et le thérapeute est stable.

Yi10, connait lui aussi une évolution dans un contexte familial difficile. Les parents sont attentifs mais ont eu du mal à comprendre leur enfant qui est né sans qu'il soit attendu, ainsi que sa petite soeur qui a suivi car les parents avaient été déclarés infertiles. Ils ont rencontré beaucoup de difficultés mais ont fait face et ont pris confiance envers les soins prodigués à leur enfant, en participant pleinement à tout ce qui a été mis en place pour lui. C'est un enfant qui continue à évoluer à son rythme dans un travail très investi par lui et ses parents.

Yi11 n'a pas du tout la même trajectoire que les deux autres enfants de son âge. Il est jumeau d'un autre enfant autiste ainsi que d'une soeur. La maman a eu un épisode difficile après la naissance des enfants et le père était plutôt absent. L'enfant a de bonnes relations avec son environnement en général. Cependant il a un retard de langage et cognitif. Cela n'a pas empêché les acquisitions et la réduction des symptômes et comportements. Ses échanges sociaux se sont nettement améliorés et son handicap de retard du langage est souvent compensé par l'utilisation du dessin. Il suit une bonne scolarisation et est très soutenu par le pédopsychiatre qui organise des groupes de travail avec la mère et les enseignants. La mère favorise beaucoup l'intégration de son fils dans les échanges avec les autres.

Y011 a une histoire traumatique. Lorsqu'il a 2 ans sa mère et sa nourrice font une dépression à la même période (la mère suite à une nouvelle naissance). Il est signalé qu'à cette période il a dépéri et a eu une régression du langage. Toujours à cette période, il a dû être hospitalisé après un accident lui ayant occasionné des brûlures. Il reste très fragile lorsqu'il y a des changements, mais il peut aller maintenant en classe de neige avec son école. Y011 cherche peu de réconfort auprès de ses parents, mais il a de bons rapports avec les enfants de sa nourrice. Il lui reste deux acquisitions à réaliser qui sont «développement du pointage protodéclaratif» et «perfectionnement de la prosodie».

...

Commentaire

Pour le groupe d'enfants qui a bien évolué, nous constatons comme pour le groupe des 3-6 ans une confiance de fond.

Un seul enfant (7 ans) commence sa psychothérapie en même temps que l'évaluation. Cependant, il a été suivi avant mais les déménagements ont fait retarder la prise en charge psychothérapique.

Ce qui apparaît pour ce groupe, c'est que soit l'entourage familial est très proche de l'enfant et le comprend, soit un relais est effectué avec l'environnement social (école, pairs, etc), soit encore, ce sont les deux contextes qui sont bons.

3. Enfants de 12 à 15 ans

8 enfants de 12 à 15 ans sont en psychothérapie[97].

- Ils sont tous en psychothérapie psychodynamique
- Il sont en psychothérapie depuis 1 à 10 ans.

Leurs âges, antériorité de psychothérapie, scores à l'ECAR et acquisitions sont réunis dans le tableau ci dessous.

	Age	Napa	ECAR T0	Acquis T0	ECAR T12	Acquis T12	Δ Apt	
Y009	12	2	47	3	20	11	8	PPD

97 [Y015, Y009, Yi14, X005, Yi24, Yi23, Yi17 et Yi30]

Y015	12	3	39	11	11	14	3	PPD
Yi14	13	10	18	6	3	14	8	PPD
Yi24	14	1	34	7	22	10	3	PPD
Yi30	14	6	29	12	16	13	1	PPD
Yi17	14	10	22	12	9	14	2	PPD
X005	14	10	18	13	6	14	1	PPD
Yi23	15	4	41	4	26	8	4	PPD

Commentaire

La situation de ces enfants montre de nouveau une diversité.

- **Les deux enfants de 12 ans (Y009 et Y015)** sont tous les deux dans des institutions où se déroulent leur psychothérapie. Ils ont tous les deux bien réduit leur score à l'ECAR pour le premier de 47 à 20 et le second de 39 à 11. Y009 a acquis 8 aptitudes dans l'année et Y015 a fait le plein.
- **Trois enfants de 13 et 14 ans (Yi14, Yi17 et X005)** sont en psychothérapie depuis 10 ans. Leur ECAR au départ de l'évaluation est similaire (18, 22 et 18). Ces scores régressent à 12 mois également de façon similaire. À 12 mois, ils ont tous réalisé les 14 acquisitions.
- **Un enfant de 14 ans (Yi24)** est en psychothérapie depuis un an seulement. Malgré sa prise en charge tardive, nous observons une progression positive significative de cet enfant qui passe d'un score à l'ECAR de 34 à 22 à un an. Il a fait l'acquisition de 3 aptitudes au cours de cette année d'évaluation portant son gain à 10. Quelles sont les aptitudes qu'il n'a pas pu encore acquérir ? : Le regard pétillant avec une bonne tonalité d'échange, l'apparition du non, la fermeture du cercle et le temps linéaire avec une meilleure tolérance à la séparation.
- **Le dernier enfant de 14 ans (Yi30)** est en psychothérapie depuis 6 ans. Ses comportements autistiques se sont sensiblement améliorés passant de 29 à 16. Une seule acquisition a été réalisée par cet enfant qui en avait déjà 12. L'aptitude qui lui reste à acquérir est "regard pétillant avec une bonne tonalité d'échange".
- **L'enfant de 15 ans (Yi23)**, en psychothérapie depuis 4 ans, est le plus âgé du groupe d'études. Ses comportements autistiques se sont beaucoup réduits au cours de l'année d'évaluation (41-26) et les 4 nouvelles aptitudes qu'il a acquises sont les suivantes : regard avec bonne tonalité d'échange, recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe, développement du pointage protodéclaratif et perfectionnement de la prosodie. Ses fonctionnements (Insight, expression et défenses affectives, relation aux autres et au monde) montrent également une forte évolution à T12.

- **Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 12 à 15 ans**

	IG	CP	Age	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	3	Y009	12	2	46	3	20	11	8	PPD
	5	Y015	12	3	39	11	11	14	3	PPD
	1	Yi14	13	10	18	6	3	14	8	PPD
	2	Yi24	14	1	34	7	22	10	3	PPD
	2	Yi30	14	6	29	12	16	13	1	PPD
	2	Yi17	14	10	21	12	9	14	2	PPD
	3	X005	14	10	18	13	6	14	1	PPD
	4	Yi23	15	4	41	4	26	8	4	PPD
moy								12,3	3,8	
sd								2,3	2,8	

Commentaire

Quatre enfants sur 8 ont acquis l'ensemble des aptitudes mesurées par l'EPCA et les 4 autres 8, 10, 11 et 13. Ils ont tous bien progressé au niveau de leurs symptômes et comportements.

Influence des médiateurs ?

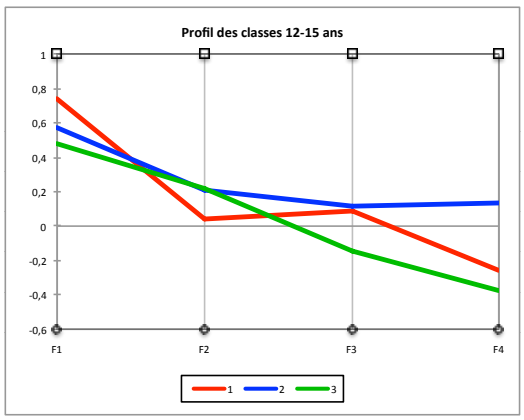
Médiateurs préconstruits

CP	Age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y009	12	30,0	36,7	31,5	34,8	61,1	38,3	7,6	30,6	29,8	0,0	-22,5	62	-4
Y015	12	31,7	11,7	42,6	21,7	33,3	28,3	3,5	-5,6	17,9	21,7	-28,3	59	-23
Yi14	13	21,7	-1,7	56,5	17,1	37,5	25,0	2,8	-11,1	4,8	3,3	-6,7	35	4
Yi24	14	5,0	0,0	49,1	16,2	37,5	30,0	8,3	19,4	38,1	18,3	-20,8	62	-24
Yi30	14	-11,7	23,3	37,0	17,0	38,9	23,3	11,1	41,7	10,7	-4,2	-12,5	43	-8
Yi17	14	20,0	20,0	50,0	11,6	-4,2	-3,3	25,7	2,8	20,2	9,2	0,0	28	6
X005	14	26,7	13,3	28,7	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	81	-19
Yi23	15	13,3	-8,3	44,4	16,1	52,8	6,7	16,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	41	-8

Pour ce groupe d'enfants plus âgés le médiateur transfert du patient est toujours positif et avec des scores important ainsi que pour le médiateur PPD. À ce niveau, ce groupe hétérogène ne se distingue pas vraiment des autres groupes d'enfants plus jeunes. Les scores TCC sont en négatif pour tous sauf pour un enfant (score de 4 assez faible cependant (Yi14). L'engagement du thérapeute, sauf pour un enfant (Yi17) est fort (entre 33 à 61), l'ajustement du thérapeute est également positif, sauf toujours pour le même enfant avec des scores plus variables (entre 7 et 38). Notons que les scores les plus bas correspondent aux deux enfants les plus âgés (14 et 15 ans). Le médiateur "action du thérapeute" le plus significatif est CVL, positif pour tout le groupe avec des scores relativement forts (11 à 42) excepté pour un enfant qui a un score à 5 (yi14).

Médiateurs émergents

1.



Classe	1	2	3
	MsY009	MsYi30	MsYi24
	MsY015	MsX005	MsYi23
	MsYi14	MsYi17	

Ms signale que les objets «psychothérapies» sont construits à partir de la moyenne des scores à T0, T6 et T12 de chacun des 100 items du CPQ pour chaque enfant

Y009 et Yi14 se situent dans la classe 1, avec un F1 très positif. Les autres facteurs de la psychothérapie de Y009[98] montrent un enfant actif, imaginatif et expressif en interaction avec le thérapeute. Celui-ci contrôle l'interaction, fait des commentaires, stimule la verbalisation, interprète le jeu mais pas les

98 Y009. F2. L'enfant est attentif aux interactions sociales, il inclut le thérapeute dans son jeu à T12 ; le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (item 17), fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (item 02), souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (item 97) ; F3. Le jeu de l'enfant est imaginatif (item 95), fluide, absorbé (item 29), exprime ses affects et sentiments ; le thérapeute interprète la signification du jeu chez l'enfant, mais pas ses défenses. F4. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute, exprime une attente d'être félicité ou protégé (item 22), répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations (item 42), les interruptions, les pauses ou l'interruption de la thérapie sont discutés.

défenses de l'enfant. L'enfant n'est pas collé au thérapeute avec lequel un dialogue se déroule verbalement et par le jeu.

La psychothérapie de Yi14[99] semble marquée par l'adolescence (émergence de pensées sexuelles, une ambivalence des sentiments et une agressivité exprimée) qui conduit le thérapeute à poser des limites alors qu'en même temps il interprète le jeu de l'enfant et commence à discuter ses rêves et ses fantasmes.

La psychothérapie psychodynamique de Yi23 est marquée par la situation intermédiaire de l'enfant : il comprend les commentaires du thérapeute et l'inclut dans son jeu, mais il est peu organisé dans son expression verbale, est distant de ses sentiments. Il ne semble pas curieux, son jeu est modérément fluide, il ne transmets pas de sentiments ambivalents envers son thérapeute, dirige sa colère vers l'extérieur, exprime une attente d'être félicité tout en ne cherchant pas une plus grande proximité avec le thérapeute.

Influence des modérateurs ?

Y009 a été pris en charge à l'hopital de jour à 4 ans dans une équipe pluridisciplinaire contenante. Les parents sont fragiles et en cours de séparation ce qui occasionne beaucoup d'anxiété chez l'enfant. C'est un enfant qui malgré son angoisse importante à une grande curiosité intellectuelle qui participe beaucoup ce qui lui est proposé et notamment investit l'écriture. Il a beaucoup de difficulté avec ses pairs et une expression émotionnelle inhibée par une difficulté de réguler ses émotions. Beaucoup d'épreuves pour cet enfant au cours de l'année d'évaluation, notamment à partir du 4ème mois, tant dans son milieu familial qu'institutionnel où il a eu le départ du médecin directeur puis de son institutrice à l'Hopital de jour. Les liens avec le père sont maintenus un week-end sur deux et avec les entretiens mensuels avec l'éducateur et la psychothérapeute.

Y015 est un enfant qui évolue lentement avec un retard cognitif global, psychomoteur et du langage. Ses parents se sont séparés récemment, ce qu'il a du mal à intégrer. La garde est alternée, le père est au bord de l'effondrement et sa mère sort de sa problématique dépressive et a un nouveau compagnon. Il est noté dans la FC finale que le père investit à nouveau son fils et que l'enfant après une entrée difficile dans le groupe des grands de l'HJ a pu s'y installer et nouer des relations positives avec ses pairs et ses éducateurs qui ont mis en place un cadre de travail thérapeutique spécifique médiatisé.

Yi14 est un enfant qui évolue dans un contexte de vulnérabilité familiale avec une mère attentive mais qui reste anxieuse. Les parents soutiennent la psychothérapie. L'enfant suit une scolarité normale tout en ayant une grande tendance à s'isoler ce qui lui permet de masquer sa réalité intérieure. Il semble que cet enfant n'a pas été bien coté au niveau des acquisitions au début de l'évaluation. En effet, les scores à plusieurs acquisitions, notamment celle du langage est cotée 0 à T0, alors que l'enfant suit une scolarité normale.

X005 s'est développée dans un environnement aimant, ses relations interpersonnelles avec ses parents sont de qualité affective forte. Elle a en outre, de bonnes relations avec les éducateurs et éducatrices d'un IME qu'elle a intégré dans l'année. Elle a une histoire médicale précoce avec de nombreux problèmes médicaux également de la maman qui a conduit à son épuisement, plus des ruptures de lien à un an.

Yi17 est dans un environnement qui a connu des discontinuités, notamment dans les trois dernières années durant lesquelles le grand-père de l'enfant qui l'accompagnait régulièrement a ses séances est tombé malade, la psychothérapie s'est alors réduite à une séance par semaine. Cependant, il y a eu une

---

[99] YI14. F2 le thérapeute recourt à des formulations exploratoires (item 37 R), pose des limites (item 48), ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement de l'enfant (item 55 R) ; celui-ci fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute (item 05 R) ; les rêves et les fantasmes commencent à être discutés à T12 (item 90). F3 L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (item 49), son jeu est plutôt imaginatif (item 95), il devient clair et organisé dans son expression verbale à T6 et T12 (item 54) ; Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (item 46) F4. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité (item 10), se comporte de façon indépendante (item 80), des sentiments ou des pensées sexuels émergent à 2 et 12 mois (item 11), il dirige sa colère ou ses sentiments agressifs vers l'extérieur (item 85 R).

bonne coopération avec l'école qui a mis à disposition un éducateur pour accompagner l'enfant à sa psychothérapie pour laquelle il exprimait un intérêt. Par ailleurs, les parents ont beaucoup de mal à comprendre les problèmes de leur enfant et négligent ainsi ses compétences et ses besoins.

Yi24 n'a été diagnostiqué qu'à l'âge de 11 ans, pourtant les parents et l'école avaient remarqué ses difficultés. Sa psychothérapie n'a commencé qu'à 13 ans, depuis un an lorsque l'évaluation commence. Sa mère a peu de confiance dans l'évolution de son enfant et parait peu impliquée affectivement contrairement au père qui est beaucoup plus accessible et parle de son fils avec l'espoir d'une amélioration. Les parents amènent régulièrement leur enfant à la psychothérapie et participent tous les deux aux entretiens demandés par le psychothérapeute. Les relations de Yi24 avec ses pairs sont rares et pauvres, c'est un enfant qui passe beaucoup de temps à jouer seul en créant des scenari fantasmatiques. Le cas de ce garçon a été présenté à Gènes et publié dans le numéro 73-74 de *Pour la Recherche.*

Yi30 est dans un environnement difficile avec un père malade physiquement ce qui oblige la mère à être éloignée régulièrement du domicile pour veiller son mari lors de ses hospitalisations. Elle est anxieuse et conserve une relation symbiotique avec son enfant. Il y a eu une discontinuité dans les personnes qui l'assistent à l'école et qu'il avait bien investies. Cependant, le contexte scolaire est bon et l'enfant est très impliqué dans les activités. Il a eu de bons résultats ce qui lui a donné une bonne confiance. Les parents sont très confiants par rapport à la psychothérapie à laquelle l'enfant participe volontiers.

Yi23 a 15 ans, c'est le plus âgé du groupe des 50 enfants. Il est en psychothérapie depuis 4 ans, il a pourtant été diagnostiqué à 4 ans, diagnostic qui a été confirmé plusieurs années plus tard. Son cursus scolaire a été régulier, dès la maternelle avec un environnement spécialisé. Aujourd'hui, l'intégration scolaire est bien installée et l'enfant a une variété d'activités de loisir. La relation entre les parents et la psychothérapeute est de confiance ce qui produit un engagement dans un travail régulier aussi par les grands parents qui conduisent l'enfant qui vient volontiers à ses séances. Il est noté que la mère est très anxieuse.

***

Commentaire

De façon générale, l'ensemble des enfants évolue dans un environnement plutôt soutenant pour l'enfant et sa psychothérapie, malgré parfois la fragilité de ses parents. Des difficultés sont en effet notées, comme la séparation des parents dans un contexte souvent difficile. On note également souvent une anxiété au sein de la famille, notamment chez la mère et parfois une discontinuité dans les accompagnants. Toutefois, ce dernier problème a été résolu par un réseau social fiable qui permet une aide importante et une confiance chez l'enfant.

Il semble que ce qui caractérise ce groupe d'enfants, c'est une implication particulière de l'enfant, que ce soit dans une activité précise comme l'écriture, la musique ou le sport ou/et la scolarité.

XI. RELATIONS INTERNATIONALES

Les congrès annuels et européens de la *Society for Psychotherapy Research* (SPR) qui constituent le lieu de référence de la recherche en psychothérapie au niveau international ont été très positifs pour le réseau. Au cours de celui de 2012 "*Change mechanisms in psychotherapy: State of the art, state of the science, and a bridge between them*" nous avons eu une véritable affluence à notre présentation de posters et nous avons renforcé les liens au cours de discussions approfondies avec les "leaders" de la recherche en psychothérapie qui sont venues les discuter et exprimer qu'elles souhaitaient suivre nos travaux et participer à une collaboration.

Ces personnes sont:

- J Barber (Pr psychologie, Adelphi University, USA), ancien président de la SPR et qui a été un évaluateur externe du projet du réseau. Élève de Luborsky, il publié de nombreux ouvrages et une multitudes d'articles sur l'évaluation des psychothérapies. Un entretien avec lui a été publié dans *Pour la recherche*.

- L Castonguay (Pr psychologie, Penn State, USA), ancien président de la SPR a une activité de recherche dans 3 domaines : études de processus et de résultats dans les psychothérapies, psychothérapies intégratives et réseaux de recherche fondés sur les pratiques. Ouvrages et multitude d'articles.

- N Despland et Y de Roten (Pr de psychiatrie et Psychologue, Lausanne, CH), auteurs de nombreux articles en Français sur l'évaluation des psychothérapies.

- TD Eells (Pr psychologie dans le département de psychiatrie, Louisville) dont les travaux de recherche sont centrés sur la Formulation de cas, auteur de l'ouvrage de référence dans le domaine, qui vient d'être réédité, éditeur associé de *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy,* par ailleurs très actif dans l'organisation (Executive Officer) des congrès internationaux de la SPR.

- D Fishman (Pr psychologie, Rutgers) qui a développé le concept d'études pragmatiques de cas en psychothérapie et est le rédacteur en chef de la revue en ligne de l'APA *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, http://pcsp.libraries.rutgers.edu dans laquelle il nous a proposé de publier.

- P Hoglend (Pr psychiatrie, Oslo) qui dirige une équipe importante de recherche en psychothérapie en Norvège (Oslo), très intéressante car à la fois très rigoureuse et ouverte sur les études quantitatives et qualitative, notamment linguistiques, qui a développé les *Psychodynamic functioning scales* que nous utilisons dans le pôle borderline, auteur de plusieurs articles publiés dans l'*American Journal of Psychiatry.*

- H Kächele (Pr psychiatrie, Ulm), membre de l'IPA qui est le référent de la recherche en psychothérapie en Allemagne, il a animé des multitudes de recherches et écrit de très nombreux articles et ouvrages, notamment sur les études de cas, et bases de données de cas.

- N Midgley (Psychologue psychanalyste enfants, U Essex, Anna Freud Centre, UK) qui travaille avec P Fonagy, rédacteur en chef de 2 revues de pédopsy, et qui termine le développement et la validation de l'APQ-sort avec Céleste Schneider, auteure avec Jones du CPQ instrument de processus que nous utilisons dans le pôle autisme. Il est co-auteur de l'article que nous avons publié avec M Thurin dans *Counselling and psychotherapy research* et de revues bibliographiques NHS sur la recherche processus-résulats et résultats concernant l'enfant et l'adolescent.

- D Orlinsky (Pr de psychologie, Chicago) a écrit des textes très intéressants sur la modélisation de la psychothérapie (modèle générique). Il anime le pôle formation à la psychothérapie de la SPR activé l'année dernière. Il réalise actuellement une étude internationale sur la psychothérapie à laquelle à peu près tous les pays ont répondu sauf la France en reprenant les bases de l'étude réalisée en 1990 (à laquelle j'avais participé avec Gerin et Dazord). Il souhaiterait l'activer en France, ce qui demanderait en fait que une ou plusieurs personnes s'en occupent.

- C Schneider (Université de Berkeley), auteur avec Jones du *Child Psychotherapy Process Q-set* que nous avons traduit avec elle.

XII. CONCLUSIONS

1. Quelques aspects généraux

- Vingt-quatre enfants sur 25 (96%), âgés de 3 à 6 ans et ayant bénéficié d'une psychothérapie exercée par des professionnels dans des conditions naturelles, ont montré en 1 an une réduction significative (≥ 16%, *p < 0,001*) des symptômes et comportements autistiques.

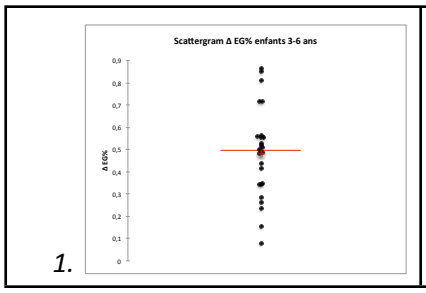
  Pour dix-neuf d'entre eux (76%), cette réduction des symptômes a été accompagnée d'un gain sensible (≥3) [3 ; 9] d'acquisitions essentielles (relation, regard, échange, propreté, image de soi, langage, graphisme, stéréotypies et jeu, temporalité).

- Les 17 enfants, âgés de 7 à 11 ans et ayant bénéficié d'une psychothérapie exercée par des professionnels dans des conditions naturelles, ont montré en 1 an une réduction significative (≥ 12,5%, *p < 0,001*) des symptômes et comportements autistiques.

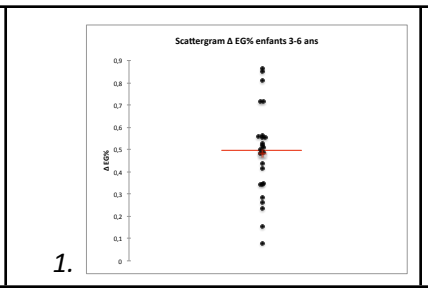
  Pour 12/17 d'entre eux (70%), cette réduction des symptômes a été accompagnée d'un gain sensible (≥3) [1 ; 7] d'acquisitions essentielles (relation, regard pétillant, attention conjointe, propreté, stade du miroir, langage, apparition du NON, perfectionnement de la prosodie, fermeture du cercle, temporalité et tolérance à la séparation).

- Les 8 enfants de 12 à 15 ans ont poursuivi leur évolution. Celle-ci n'est pas présentable exactement sur le même mode que pour les enfants plus jeunes car 3 d'entre eux atteignent des scores de comportements autistiques très faibles et le maximum des aptitudes mesurables avec les instruments utilisés.

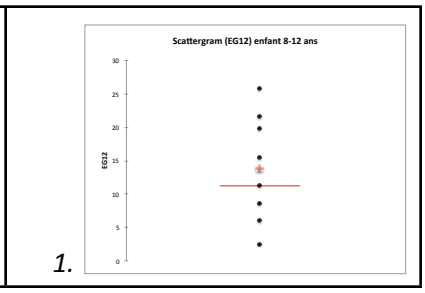
Un récapitulatif de la répartition de la variation des scores de comportements autistiques est présenté dans les scattergrams suivants :



1.



1.



1.

L'interprétation de ces premiers résultats est à faire avec précaution, de nombreuses variables sont susceptibles d'intervenir et les échantillons restent faibles. Cependant, l'amélioration générale constatée avec les nombreuses variables prises en compte tend à affirmer que la psychothérapie est le principal facteur explicatif.

D'une part, il semble qu'il y ait un rythme d'acquisition d'année en année relatif à la psychothérapie (certains enfants du même âge sont en psychothérapie depuis 1, 2 voir 3 ans et on peut voir qu'ils ont un niveau de départ différent). D'autre part, il est remarquable que les enfants plus âgés qui n'ont pas suivi de psychothérapie précocement n'ont qu'un nombre faible d'acquisitions quand ils la commencent à 8, 11 et 13 ans.

Quelques enfants peuvent aller plus vite et d'autres moins vite, voire être bloqués. Ces différences ont été examinées par tranches d'âges et cas par cas.

Aujourd'hui, la tendance qui se dessine est que l'évolution des enfants avec psychothérapie les différentie de ceux qui n'en ont pas eu. La psychothérapie est tendanciellement efficace. Le travail statistique reste à affiner et c'est sur quoi nous travaillons aujourd'hui.

Pourquoi et comment ces résultats ont-ils été obtenus ?

Nous avons distingué deux grandes catégories de facteurs de changement, ceux qui concernent le *processus interne de la psychothérapie*, c'est-à-dire les médiateurs qui interviennent sur l'évolution des symptômes et comportements autistiques, sur le fonctionnement psychique de l'enfant et sur son développement, et ceux qui concernent le *contexte de la psychothérapie*, les modérateurs, qui lui pré existent et qui l'accompagnent.

Pour essayer de décrire les principaux médiateurs qui composent ces facteurs nous avons utilisé une double méthode d'approche : 1) celle de *médiateurs préconstruits* susceptibles, en référence aux travaux généraux sur les psychothérapies et à ceux plus spécifiques concernant les traitements psycho développementaux de l'autisme, de contribuer à l'évolution des enfants ; 2) celle de *médiateurs émergents* à partir de l'analyse factorielle des mesures issues du processus à partir des scores du CPQ qui décrit d'une part ce qui caractérise la psychothérapie des enfants dans notre échantillon et ce qui caractérise celle de sous-groupes en mettant en relation l'approche mise en œuvre et le profil de fonctionnement et d'interaction avec le thérapeute de l'enfant dans la psychothérapie.

Les premières comparaisons de cas analogues soulignent l'impact que peut avoir chacun des agents de la psychothérapie et notamment le soutien que lui apporte la famille. L'implication du thérapeute et l'ajustement de son approche aux besoins et possibilités de l'enfant à chaque étape de son évolution, l'engagement et la participation de l'enfant, mais aussi ses nouvelles aptitudes qui modifient ses relations au monde et aux autres, interviennent dans le processus transactionnel de la psychothérapie .

2. Influence des théories et pratiques de référence

Parmi les 50 cas étudiés, 41 psychothérapies ont été réalisées par des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique, 5 par des thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale, 3 par des thérapeutes d'orientation psychomotrice et 1 se réfère à la thérapie par le jeu. Les analyses statistiques montrent que les thérapies d'orientation cognitivo-comportementale peuvent être clairement distinguées des psychothérapies d'orientation psychanalytique et psychomotrice, ce qui est aussi confirmé par des indices d'adéquation à des séances « prototypes » de thérapies.

L'étude montre que cette distinction ne doit pas être considérée comme une frontière rigide. En effet, il existe des variations à l'intérieur des sous-groupes par références de thérapies et des «emprunts» aux autres thérapies qui varient à la fois suivant le fonctionnement de l'enfant et le temps de la cotation. Ainsi par exemple, le score «psychodynamique» s'élève dans les TED aux cotations réalisées à 12 mois. Cette étude fait apparaître ainsi que l'application d'une technique reste contingente de l'état de l'enfant et de son développement.

3. À partir des cas isolés

Qu'apporte l'étude de cas dans le plan d'analyse ?

Les études de cas en conditions naturelles permettent d'observer les ingrédients réellement mis en œuvre dans la psychothérapie plutôt que de tester l'influence d'un ingrédient présumé en ne prenant pas en compte d'autres variables qui restent latentes susceptibles de participer à la causalité des résultats (Kazdin, 1982, 2007).

L'étude de cas cherche à tirer parti de tous les aspects d'un cas, comme une chose en elle-même. Elle peut être utilisée pour analyser l'interaction complexe de facteurs dans un seul cas. (McLeod, 2011). C'est en effet l'un des objectifs de l'analyse des études dans le réseau qui tente de suivre le plus précisément possible le processus d'une psychothérapie chez un enfant autiste, au niveau interne (ce qui se passe dans la psychothérapie) mais aussi en tenant compte de sa situation (externe à la psychothérapie) au sens large, et de son évolution au cours de la thérapie.

L'étude de cas dans la recherche du RRFPP permet de se représenter l'enfant aussi précisément que possible, d'abord du point de vue du clinicien, point de vue renforcé par ses pairs qui ont accès aux données cliniques du cas. Comme nous l'avons vu avec le cas de Merlin, ce premier point est abordé par une "vignette clinique d'introduction" qui synthétise l'observation globale de l'enfant en y faisant entrer des éléments de son histoire et des modalités de sa prise en charge psychothérapique. Complétée plus

tard avec les trois premiers entretiens, la situation clinique, développementale et psychosociale (environnementale) est décrite et organisée selon les 3 premiers axes de la formulation de cas. Plus précise que l'évaluation globale de la vignette clinique, la formulation de cas précise le contexte de l'histoire de l'enfant, ses problèmes actuels, comment ils peuvent se trouver maintenus par son contexte de vie et les symptômes et comportements liés à son autisme. Elle recherche les éléments non dynamiques qui ont pu et peuvent encore influencer la situation de l'enfant. Elle cherche également à décrire à ce moment du début de l'évaluation les éléments susceptibles d'éclairer la dynamique du fonctionnement de l'enfant. Les quatrième et cinquième axes de la formulation de cas concernent la conception d'un premier plan de traitement avec des objectifs à court, moyen et long terme et celle d'une stratégie de départ pour les atteindre.

Ce premier aspect qualitatif introduit une représentation de l'enfant, du point de vue du clinicien et de ses pairs. Il constitue une ligne de base qui va leur permettre d'apprécier le déroulement (processus) d'une année de psychothérapie en relation avec ces premières données. Celles-ci servent également à établir l'indice de gravité à partir de dix modérateurs qui distinguent, non seulement les vulnérabilités de l'enfant, mais également ses forces sur lesquelles peut s'appuyer le clinicien.

Les cotations de chaque instrument aux différents temps prévus dans la méthodologie permettent de suivre l'évolution précise de l'enfant dans différentes dimensions de son comportement, de son développement et de quelques uns de ses fonctionnements. Elles permettent aussi de le suivre dans le rapport qu'il établit avec sa psychothérapie (avec son thérapeute, ses interactions avec lui, les thèmes qu'il aborde, ses activités (jeu, dessin,...) et du côté du thérapeute, avec les actions thérapeutiques qu'il met en œuvre. La mise en relation des données observées de chaque cas, à partir des divers instruments mais également à partir de l'observation qualitative de l'enfant, éclaire les aspects plus discrets, mais pour autant très significatifs, qui se perdraient dans l'analyse de groupe. Par exemple, une courbe d'évolution qui fait un creux à un moment donné peut signaler un blocage interne de l'enfant, mais aussi un événement particulier qui le suscite. Ce n'est pas la même démarche pour le clinicien d'aborder le problème et ce n'est pas la même interprétation que nous pouvons en faire. Le retour aux données qualitatives est essentiel pour apprécier précisément ce qui se passe pour un enfant donné.

L'étude de cas est particulièrement utile pour modifier ou affiner un modèle théorique (qui tient particulièrement compte de la reproduction et de la généralisation des cas) en faisant ressortir un aspect ou une dimension qui n'était pas jusqu'alors pris en compte dans le modèle. Elle permet en outre d'avoir un impact sur la pratique car elle fait ressortir l'ajustement (ou non) de la technique du thérapeute pour ce patient donné.

4. À partir des cas regroupés

L'analyse des cas regroupés est naturellement moins centrée sur les détails de chaque cas, mais en revanche elle fait ressortir des éléments qui ne sont pas visibles sur un cas unique, notamment les différences et similarités au sein du groupe. L'analyse des 50 cas nous a appris la diversité et la complexité des situations observées.

Reprenons les principaux éléments issus du regroupement des cas.
Contrairement à l'analyse de cas isolé, nous ne rapportons évidemment pas ici les vignettes cliniques.

Les modérateurs nous apportent des informations très importantes sur la prise en charge de ces enfants. Ils nous apprennent que 30 enfants sur 50 ont été repérés avant 3 ans et que 29 ont commencé une psychothérapie entre 3 et 4 ans. 46 enfants bénéficient d'un bon soutien psychosocial, 44 vont à l'école et tous bénéficient d'un bon plateau technique.

Les principaux troubles communs au groupe d'enfants distingués par les thérapeutes dans *la formulation de cas initiale* (après les 3 premiers entretiens) sont principalement de trois ordres :
les troubles du développement du langage, les troubles des interactions et la réactivité forte de l'enfant à certaines situations. Certains troubles sont du domaine du retard, d'autres liés à l'expression. Les cliniciens ont davantage décrit les troubles des interactions.

Les objectifs envisagés tournent autour de 4 grands domaines : 1. *communication/interaction,* pris suivant différents aspects : propre à l'enfant (par exemple développement du langage), mais aussi social

(réduire l'isolement de l'enfant avec l'entourage et susciter les initiatives de l'enfant vers autrui), et enfin avec ses parents (travailler avec les parents) , 2. *intolérance par rapport à la frustration,* 3. *travail d'articulation entre corporel et psychique psycho-corporel* et 4. *acquisitions.*

Les stratégies envisagées par les thérapeutes tournent autour du travail avec les parents et les partenaires (école, éducateurs...). Peu se sont prononcés sur un type particulier de psychothérapie (7).

Suivant les moyennes observées des 50 cas, les scores à l'ECAR ont bien régressé, les scores de pathologie à l'EPCA ont également bien régressé, tandis que les scores de développement se sont significativement élevés. De façon générale, les enfants ont réduit leurs symptômes autistiques et augmenté leur développement.

Concernant les acquisitions évaluées à l'EPCA, nous avons vu que les plus difficiles à acquérir sont la disparition des stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique ainsi que la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation. La recherche de vrais échanges, la propreté, le langage et le graphisme sont celles qui évoluent le mieux dans notre groupe de patients.

Au niveau des trois indicateurs du CPQ, nous avons observé pas (ou peu) de développement de l'insight, le score reste en négatif chez la plupart des enfants, un gain de près de 5 points à l'évaluation de l'état émotionnel et de son expression, une réduction des affects négatifs et des défenses (EAD), ainsi que de 8 points de la relation au monde et aux autres (RMA).

Concernant le CPQ, l'analyse à partir de médiateurs préconstruits fait apparaître une grande diversité des cas. Cependant, nous observons des similarités de scores positifs pour la relation transférentielle de l'enfant, l'engagement et l'ajustement du thérapeute.

Cette diversité des cas a amené à faire une recherche de profils de psychothérapies de ces enfants. Les classes qui en sont issues sont très pertinentes pour distinguer les approches générales et les actions du thérapeute soit TCC, soit PPD, mais aussi pour observer des profils de psychothérapie incluant les deux approches. Elles permettent également de renforcer l'évaluation des trois médiateurs positifs dont nous avons parlé plus haut : transfert du patient, engagement et ajustement du thérapeute.

Pour rechercher des similarités et/ou des dissimilarités entre les psychothérapies des différents patients à partir de groupes d'items, nous avons réalisé une analyse factorielle à partir de la moyenne des scores sur l'année de chaque item du CPQ pour les 50 patients. Les médiateurs issus de cette analyse ont été appelés médiateurs émergents. Quatre facteurs émergents ont été extraits. Le premier facteur qui explique 40% de la variabilité regroupe trois médiateurs : l'ajustement du thérapeute et le cadre, les affects et le travail psychothérapique de contenance et de verbalisation, et l'enfant. Le second facteur qui explique 9% de la variabilité regroupe la technique générale du thérapeute et l'attitude de l'enfant qui peut être favorable ou défavorable au travail psychothérapique. Le troisième facteur qui explique 4,3% de la variabilité décrit un enfant curieux, clair, imaginatif qui peut exprimer des sentiments conflictuels ou ambivalents à son thérapeute (ou l'inverse). Le thérapeute a une approche plutôt cognitivo-comportementale ou psychodynamique suivant le signe des scores dans ce facteur. Le quatrième facteur qui explique 3% de la variabilité décrit essentiellement un enfant très proche de son thérapeute, en interaction positive avec lui, qui explore des pensées ou des sentiments intérieurs et est dans l'émotion (ou l'inverse). L'action du thérapeute n'est pas spécifique d'une approche générale particulière.

Les facteurs émergents ont une double spécificité par rapport aux modèles classiques. D'abord, ils placent la technique psychothérapique du thérapeute en relation directe avec l'état psychologique de l'enfant et ses capacités de participation et de relation. Ensuite, ils font ressortir des situations types propres à des sous-groupes d'enfants. L'analyse de ces situations est loin d'être terminée, mais on peut déjà dire que leur connaissance peut attirer l'attention du thérapeute sur certaines causes possibles de difficultés et sur les conduites spécifiques qui pourraient être adoptées. Un troisième aspect peut être souligné, c'est celui du «facteur commun» qui en réalité définit les conditions d'une approche favorable de la prise en charge des enfants autistes à partir de 3 dimensions : le cadre et l'ajustement du thérapeute à la situation développementale *et psychologique* de l'enfant ; le travail psychothérapique de

contenance et de verbalisation des affects de l'enfant ; l'accordage de l'enfant qui dépend pour une part importante des deux dimensions précédentes.

En résumé,

L'analyse de groupes est très pertinente pour faire sortir les régularités et les similarités des cas. Ces similarités sont observés à tous les niveaux de l'évaluation, comme nous l'avons vu : au niveau des modérateurs, de la formulation de cas, du processus de la psychothérapie du point de vue des actions du thérapeute, mais aussi du vécu et du rapport de l'enfant à sa psychothérapie et à son thérapeute.

Il existe des trajectoires différentes, ce que chacun sait mais qui est là objectivé. Il s'agit d'entrer maintenant dans une analyse de la diversité comparant les cas. C'est le troisième niveau d'analyse.

5. À partir des cas comparés

Les recherches menées dans le réseau permettent d'aborder les trajectoires d'évolution au niveau de sous-groupes de cas dont certains paramètres distinctifs sont définis (âge, nombre d'années antérieures de psychothérapie, gravité des comportements autistiques et développement initial), et au niveau de cas comparés individuellement à partir des différences rencontrées dans ces sous-groupes, ce qui permet de considérer l'impact potentiel de variables complémentaires, notamment contextuelles.

Les comparaisons de sous-groupes partent de l'âge et introduisent de façon systématique comme variables complémentaires le nombre d'années de psychothérapie ainsi que les scores initiaux de comportements autistiques et développementaux (à partir des aptitudes acquises).

Les cas comparés font apparaître des trajectoires moyennes d'évolution dans chaque classe d'âge et des cas extrêmes qui se différencient à partir des paramètres étudiés par la faiblesse ou l'importance de leurs changements en un an.

Les évolutions moyennes par tranches d'âge sont résumées dans le tableau suivant :

	Age	Nombre	IG	Napa	Δ EG	% EG	Δ Dev	TE Dev	Δ Apt
1. Moy	3-4	9	3,3	0,3	19	0,49	16	1,6	4,1
sd			1. 2,3	1. 0,7	1. 11,2	1. 0,2	1. 18,5	1,8	3,2
1. Moy	5-6	16	3,1	1,1	18	0,48	16,4	1,6	4,7
sd			1,4	0,9	10,2	0,2	10,8	1,0	2,6
Moy	1. 7-11	1. 17	1. 2,8	1. 3,8	1. 15,8	1. 0,49	1. 10,8	1,0	3,6
sd			1. 1,5	1. 2,5	1. 4,8	1. 0,2	1. 8,7	0,8	2,7
Moy	12-15	8	2,8	5,8	17,1	0,58	7,5	0,7	3,8
sd			1,3	3,8	6,3	0,2	7,5	0,7	2,8

Ces évolutions moyennes montrent des caractéristiques intéressantes.

- Pour chacun des groupes, l'indice de gravité est similaire, de 2,8 pour les enfants les plus âgés à 3,3 pour les plus jeunes. Le nombre d'années antérieures de psychothérapie va bien sûr crescendo, de 0,3 pour les enfants les plus jeunes à 5,8 pour les plus âgés. Le delta de réduction des symptômes et comportements reste proche pour les enfants les plus âgés (17) de celui des plus jeunes (19). À noter que le score le plus faible se trouve être chez les enfants de 7-11 ans avec un score à 15,8. Ce constat est intéressant dans le sens qu'il objective que, même si les enfants font un travail psychothérapique depuis plus longtemps (les plus âgés ont un Napa à 5,8 alors que les plus jeunes ont un Napa à 0,3), ils continuent à réduire leurs symptômes.

- Le même constat ne peut pas être fait avec le développement puisque nous observons que le delta le plus élevé concerne les jeunes enfants (autour de 16), qu'il se réduit chez les 7-11 ans à 10.8, et se réduit encore pour les 12-15 ans à 7.5. Cela semble mettre en lumière de façon plus objective que le développement, même si l'on peut constater par ailleurs qu'il est ralenti, n'est que partiellement corrélé à la réduction de la gravité des symptômes.

- Le dernier constat du tableau est que le delta des aptitudes acquises varie suivant les groupes d'âge de 4,1 pour les enfants les plus jeunes à 3.8 pour les plus âgés, en passant par 4.7 pour le groupe des 5-6 ans et 3.6 pour celui des 7-11 ans ans. Ce constat devra être approfondi avec un groupe plus grand, mais il semble déjà montrer que les capacités d'acquisitions de nouvelles aptitudes sont particulièrement fortes chez les enfants de 3-6 ans.

Nous avons distingué des résultats faibles et des résultats fort par tranches d'âges. Nous reprenons ci-dessous, en résumé, les variables inférées de ces différences : type de psychothérapie, médiateurs préconstruits, médiateurs émergents et modérateurs.

- Concernant les résultats les plus faibles, 5 enfants sont concernés dans les groupes 3-6 et 7-11 ans. Aucun dans le groupe des 12-15 ans.

Pour les enfants de 3 à 6 ans, 2 sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en thérapie d'échange et de développement et 1 en thérapie de jeu. Les médiateurs préconstruits font état que l'engagement important des thérapeutes ne compense pas la faiblesse de l'engagement et de la participation des enfants et que l'activation des facteurs spécifiques est réduite. Les médiateurs émergents confirment que le déficit d'engagement et de participation des enfants réduit les possibilités techniques de la thérapie. Les modérateurs signalent une insécurité de base pour ces enfants.

Pour les enfants de 7 à 11 ans, 4 sont en psychothérapie psychodynamique et 1 en thérapie psychomotrice. Les médiateurs préconstruits font état de la réduction de l'engagement pour 3 enfants et la participation négative ou nulle pour les 5 enfants. De même l'interaction sur les thèmes est négative pour 4 enfants. Les scores CVL et PPD sont réduits pour l'ensemble de ce sous groupe. Les médiateurs émergents confirment que les facteurs techniques sont réduits au minimum en relation à ces enfants désaccordés ou peu attentifs qui ne s'engagent pas dans le jeu. Les modérateurs signalent que les parents sont soutenants, que la prise en charge de ces enfants est plurielle. Cependant, des difficultés diverses (continuité, violence de l'enfant, discontinuité dans le suivi, échec de la thérapie, atteinte grave), interviennent négativement.

- Concernant les résultats les plus forts, 14 enfants sont concernés dans le groupe des 3 à 6 ans, 6 dans le groupe des 7 à 11 ans et tous dans le groupe des 12-15 ans.

Pour les enfants de 3 à 6 ans, 11 sont en psychothérapie psychodynamique, 1 en thérapie d'échange et de développement et 2 en thérapie psychomotrice. Les médiateurs préconstruits font état d'un engagement positif (4) ou très positif (11) de l'enfant, d'une participation positive pour la moitié d'entre eux, d'une relation transférentielle très forte. L'engagement du thérapeute est très fort, son ajustement à l'enfant est très positif et les médiateurs techniques sont activés. Concernant les médiateurs émergents, le facteur commun F1 est très activé et les médiateurs spécifiques F2 et F3 montrent une mise en œuvre des techniques psychothérapiques avec des enfants participant. Les modérateurs signalent une confiance établie de l'enfant et son entourage : confiance de l'enfant dans son contexte scolaire et sa psychothérapie et confiance des parents dans les progrès de leur enfant, meilleure compréhension du monde de l'enfant.

Pour les enfants de 7 à 11 ans, les 6 enfants sont en psychothérapie psychodynamique. Les médiateurs préconstruits font état que les scores sont plus élevés que l'ensemble du groupe 3-11 et que le groupe avec faible Δ apt pour la participation du patient, le transfert patient, l'interaction sur les thèmes, la communication et le verbal. Concernant les médiateurs émergents le facteur commun F1 est très activé et le F2 activé positif chez 5 enfants, le facteur F3 chez 3 enfants, ce qui rejoint l'analyse faite pour le groupe 3-6. Les modérateurs signalent comme pour le groupe des 3-6 ans, l'existence d'une confiance de fond : entourage très proche, possibilité de relais par l'environnement social ou de convergence positive des 2 contextes.

Pour les enfants de 12 à 15 ans, les 8 enfants sont en psychothérapie psychodynamique. Les médiateurs préconstruits font état que le transfert patient et la technique psychodynamique est assez forte, que le médiateur communication et le verbalisation est assez fort pour les 7 enfants, ainsi que l'engagement du thérapeute. Concernant les médiateurs émergents le facteur commun F1 est activé chez tous les

enfants (3+++, 3++, 2+). Le F2 est peu activé chez 5 enfants et nul chez 3. F3 est peu activé chez 6 enfants et négatif pour 2. Les modérateurs signalent une implication particulière de l'enfant, que ce soit dans une activité précise comme l'écriture, la musique, le sport ou la scolarité.

Les données précédentes sont présentées dans les tableaux ci-dessous

Age	Nbre enfants	Nbre Δ Apt faibles	%	Nbre Δ Apt forts	%	total Apt ≥12	%
3-4	9	2	0,22	4	0,44	3	0,33
1. 5-6	1. 16	1. 3	1. 0,1	1. 6	1. 0,3	6	0,38
7-11	17	5	0,29	3	0,18	7	0,41
12-15	8	-	-	2	0,25	5	0,63

Tableau 1 : nombre et % de psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles et forts[100], par tranches d'âge

Age	Nbre	influence type psychothérapie	médiateurs préconstruits	médiateurs émergents	modérateurs
3-6	5	2 PPD, 2 TED, 1 TJ	l'engagement important des thérapeutes ne compense pas la faiblesse de l'engagement et de la participation des enfants. l'activation des facteurs spécifiques est réduite	Le déficit d'engagement et de participation des enfants réduit les possibilités techniques de la thérapie	Insécurité de base décrite par les modérateurs et la formulation de cas
7-11	5	4 PPD, 1 Pmot	réduction de l'engagement pour 3 enfants et participation négative ou nulle pour les 5 enfants, interaction sur thèmes négative pour 4 enfants. Scores CVL et PPD réduits / ensemble du groupe	Les facteurs techniques sont réduits au minimum en relation à des enfants désaccordés ou peu attentifs, ne s'engageant pas dans le jeu	Parents soutenants, prise en charge plurielle. Mais difficultés diverses (continuité, violence de l'enfant, discontinuité dans le suivi, échec de la thérapie, atteinte grave), interviennent négativement
12-15	0	tous PPD			

Tableau 2 : variables inférées dans les résultats faibles, par tranches d'âges

Age	Nbre	influence type psychothérapie	médiat préconstruits	médiat émergents	modérateurs
3-6	14	11 PPD, 1 TED, 2 PPmot,	engagement positif (4) ou très positif (11) de l'enfant, participation positive 7/14, relation transférentielle ++ (41). engagement +++ du thérapeute, ajustement +, médiateurs techniques activés	Le facteur commun F1 est très activé et les médiateurs spécifiques F2 et F3 montrent une mise en œuvre des techniques psychothérapiques avec des enfants participant.	Confiance établie de l'enfant et son entourage. Confiance de l'enfant dans son contexte scolaire et sa psychothérapie. Confiance des parents dans les progrès de leur enfant, meilleure compréhension du monde de l'enfant.
7-11	6	6 PPD	scores plus élevés que l'ensemble du groupe 3-11 et que groupe avec faibles Δ apt pour participation patient, transfert patient, interaction thèmes, communication, verbal. psychodynamique	Le facteur commun F1 est très activé et le F2 activé positif chez 5 enfants, le facteur F3 chez 3 enfants, ce qui rejoint l'analyse faite pour le groupe 3-6	Comme pour le groupe 3-6, existence d'une confiance de fond. Entourage très proche, possibilité de relais par l'environnement social ou de convergence positive des 2 contextes

[100] gain d'aptitudes ≥6 durant l'année ou ≥12 à la fin de l'année d'étude

12-15	8	8PPD	Transfert patient et PPD ++, communication, verbal 7/8 ++, Engagement T 7/8 ++.	Le facteur commun F1 est activé chez tous les enfants (3+++, 3++, 2+). Le F2 est peu activé chez 5 enfants et nul chez 3. F3 est peu activé chez 6 enfants et négatif pour 2	Implication particulière de l'enfant, que ce soit dans une activité précise comme l'écriture, la musique, le sport ou la scolarité.

Tableau 3 : variables inférées dans les résultats forts, par tranches d'âges

6. Participation des praticiens à l'étude et impact sur la pratique

A ces résultats issus des études intensives de cas, il convient d'associer ceux d'une enquête menée auprès des praticiens qui ont directement participé aux études et publiée dans *Counselling and Psychotherapy Research*[101]. Quatre points ont été particulièrement soulignés par eux : les questions théoriques qu'elles ont introduites ; l'impact qu'elles ont eu sur leur pratique ; la facilité et l'intérêt du travail en groupe de pairs ; le sentiment que cette recherche semblait importante pour défendre la pratique psychothérapique.

Des articles déjà publiés (Amenta et Messeca et [102]) et à publier (Molinié, Gausset, de Oliveira[103]) dans *Pour la recherche* précisent et confirment les données présentées dans *Counselling and Psychotherapy Research* dont nous présentons la traduction des résultats, de la discussion et des conclusions:

Résultats

Les tableaux I-IV présentent les résultats de l'étude en relation avec chacune des 4 catégories de questions (avec une valeur négative indiquant que les participants sont en désaccord avec la formulation, et une valeur d'autant plus élevée, dans le sens négatif ou positif, que leur point de vue est plus fort). Les items sont ordonnés du score moyen le plus élevé au score moyen le plus bas (qu'il soit négatif ou positif).

Les résultats de l'étude suggèrent que la recherche a eu des effets importants pour les cliniciens à différents niveaux : théorique ; dans la pratique clinique ; et même sur le processus de la psychothérapie. Lorsque les participants on décidé de participer à l'étude, ils ont ressenti une préoccupation importante à propos des objectifs de l'étude, et exprimé le sentiment que le processus de collecte des données (en particulier celui de la prise de notes détaillées) ne serait pas facile. Mais en ayant choisi de participer, il se sont sentis soutenus par les groupes de pairs et n'ont pas trouvé que le contexte de la recherche avait un impact négatif sur leurs patients.

Une forte motivation a été initialement de prendre part à la défense professionnelle de la psychothérapie, mais un fois qu'ils ont décidé de participer à l'étude, les cliniciens ont exprimé le point de vue que l'étude revitalisait leur travail clinique, qu'elle leur permettait de spécifier des questions cliniques, d'avoir des discussions entre pairs qui apportaient beaucoup à leur réflexion à propos de leurs patients. Ils ont également rapporté que la formulation de cas était un outil intéressant et qu'ils n'avaient pas eu de réelles difficultés à constituer un groupe de pairs, à exposer leur pratique et à comprendre la méthodologie de l'étude.

De façon intéressante, ceux qui ont répondu à l'enquête n'ont pas exprimé de façon forte que leur participation à l'étude avait changé leur vision de la recherche. Mais ils ont souligné que leur participation à la recherche avait soulevé des questions théoriques et avait eu un impact considérable sur leur pratique clinique sur un mode qui leur semblait utile pour leurs patients. En définitive, la

---

[101] Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012 ; 12(3): 187-193.

[102] Amenta M et Messeca S. Le groupe de recherche italien. Pour la recherche 2012 ; 73-74 (2-3) : 5-6.

[103] Molinié M, Gausset M-F et de Oliveira DA. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. à paraître 2013.

défense de leur profession et le développement d'une meilleure compréhension de l'origine des changements chez leurs patients ont été deux motifs importants pour prendre part à l'étude.

Tableau I. Catégorie A: Décision à propos de la participation.

	Formulation	Moy	SD
1	Ma décision de prendre part à cette étude a été difficile	-2.39	1.86
2	Quand j'ai pris connaissance des objectifs de cette étude, je me suis senti concerné	1.58	2.36
3	Avant cette étude, je n'étais pas du tout familier avec la méthodologie de la recherche	-0.83	2.06
4	Ma décision initiale de prendre part à cette recherche est issue de l'incitation d'une autre personne	-0.25	2.38

Tableau II. Catégorie B: Expérience de l'étude.

	Formulation	Moy	SD
5	La constitution de mon groupe de pairs a été difficile	-2.06	1.76
18	la sortie de traitement d'un patient engagé dans l'évaluation avec mes pairs a déstabilisé le groupe	-1.75	1.56
6	je me suis senti(e) aidé(e) par le groupe de pairs	1.25	1.75
19	le consensus sur les cotations a toujours été très difficile à obtenir avec les différents instruments	-1.17	2.22
8	La prise de notes extensives a été facile	-1.03	2.04
7	La compréhension de la méthodologie a été difficile	-0.67	2.41
24	La présentation du suivi de mon cas et le fait d'exposer ma pratique dans le groupe de pairs s'est avéré être facile	0.42	2.01
20	Pour faciliter le travail avec ms pairs, j'ai utilisé Skype ou une autre technologie internet	-0.33	2.51
9	La prise en main des instruments est (a été) difficile	0.22	2.24

Tableau III. Catégorie C: Implication, motivation

	Formulation	Moy	SD
14	Au niveau professionnel, cette recherche me semble importante pour défendre la pratique psychothérapique	2.03	1.65
15	La possibilité de mieux connaître ma pratique et de comprendre comment les changements se réalisent pou mon patient ont fait partie de ma motivation	1.39	2.14
10	Le groupe de pairs est (a été) le moteur principal de mon implication	0.75	2.41

Tableau IV. Catégorie D: "Impact de l'étude"

	Formulation	Moy	SD
22	Cette étude n'a pas suscité chez moi de questions théoriques	-2.69	1.31
12	Cette recherche n'a pas (eu) d'impact sur ma pratique	-2.39	1.78

	Formulation	Moy	SD
23	La formulation de cas est une étape intéressante pour définir l'indication d'une psychothérapie et ses objectifs	1.67	1.81
17	Les discussions cliniques en groupe de pairs ont beaucoup apporté à ma réflexion en rapport avec ce patient	1.61	1.93
21	J'ai le sentiment que cette recherche a eu un impact positif sur le processus psychothérapique du patient engagé.	1.53	1.56
11	Le travail en groupe de pairs a revitalisé ma clinique	1.14	2.37
13	La participation à cette recherche m'a permis de préciser des questions cliniques	0.86	2.03
16	Je vois mieux les changements de mon patient depuis que j'ai commencé cette recherche	0.67	1.88
25	Ma représentation de la recherche en psychothérapie a évolué de façon positive depuis ma participation au réseau.	0.44	1.86

Discussion

Cinq points peuvent être soulignés à partir des réponses qui ont été données à l'enquête et de discussions ultérieures qui ont eu lieu lors des assemblées générales des cliniciens impliqués dans le réseau après l'enquête était terminée.

Le groupe de pairs

C'est l'élément structurel fondamental du PRN. Il offre un mécanisme qui est en soi un soutien. Les cliniciens en parlent avec beaucoup d'enthousiasme à partir de trois aspects principaux: (a) le plaisir de se confronter à des questions cliniques; (b) la recherche du consensus, avec des discussions très intenses lorsque les cotations sont différentes, mais aussi sur des points particuliers qui concernent la pathologie de leurs cas; (c) ne pas se sentir soi-même évalué (sous le jugement de quelqu'un), mais au contraire, participer en utilisant l'expertise clinique de celui qui apporte des opinions convergentes et complémentaires. Le groupe de pairs représente aussi un mécanisme important pour la réalisation pratique de la recherche. La confidentialité des données dans un groupe de cliniciens identifiés, travaillant dans le cadre d'un code professionnel de déontologie partagé, rend possible de se conformer au dispositif éthique de la psychothérapie.

La collecte des données

Des difficultés avaient été prédites au stade de la planification (par exemple, « Il serait très difficile de prendre des notes pendant ou juste après une séance »,« l'enregistrement audio serait impossible ou briserait la relation thérapeutique, etc »). En fait, la prise de notes a été très facile pour certains thérapeutes parce qu'ils en avaient déjà l'expérience, alors que pour d'autres, il était difficile de choisir le moment de prendre des notes – durant ou après la séance. Les enregistrements audio des séances se sont faits en routine pour certains, mais difficile, voire impossible, pour d'autres (en particulier dans le cas des patients borderline). Il est resté difficile pour les cliniciens de noter leurs propres interventions non verbales. À la fin de l'étude, le souci de la prise de notes avait complètement disparu.

La formation

Pour la formation, les résumés des mesures / instruments ont été affichés sur le site Web du RRFPP. Toutefois, nous recommandons qu'avant toute étude les cliniciens se familiarisent avec les instruments en les testant. En outre, les réunions de «retours d'expérience» ont joué un rôle crucial dans la mise à jour des difficultés et la façon de les résoudre. Enfin, mais ce n'est pas le moindre aspect, le soutien en ligne proposé par l'une d'entre nous (MT) a été très utilisé!

Impact de la recherche sur la psychothérapie

La recherche à partir de la pratique a d'abord été perçu par de nombreux cliniciens comme un risque pour la psychothérapie. Au contraire, cette enquête a souligné que la recherche pouvait avoir des effets positifs sur le travail des thérapeutes (Jiménez, 2007; Kazdin, 2008). L'attention à la pratique ouvre un espace de réflexion sur la pertinence des interventions psychothérapeutiques et leurs effets: par exemple, les choix concernant le type d'intervention peuvent être différents selon le stade de la thérapie et les besoins du patient. Les thérapeutes ont également exprimé deux craintes principales au début de la recherche: la peur de savoir que les patients doivent être engagés dans un traitement pendant une année entière (et de ne pas pouvoir respecter la durée de l'étude), et la crainte d'exposer leur pratique clinique en face de leur pairs et de se sentir jugé. Ces deux craintes ont disparu très rapidement une fois que l'étude a commencé.

Impact de la recherche sur les cliniciens

Les discussions au sein d'un groupe plus large ont montré que la recherche, vue dans un cadre clinique, non seulement n'attaque pas le clinicien, mais offre une occasion d'apprentissage et de développement, par rapport à la situation normale où le thérapeute en pratique privée assume la responsabilité complète d'un processus clinique avec très peu de soutien d'un groupe de pairs. La recherche permet également de suivre la façon dont les changements se produisent dans le traitement. Cela confirme que le changement est un processus qui ne peut être réduit à une intervention particulière (magique) avec le patient, mais que c'est un processus graduel composé de toute une série de "micro-changements». Certains changements prennent plus de temps que d'autres et une logique de ce processus de changement semble exister sous une forme qui peut être identifiée par des mesures empiriques telles que le Questionnaire Classé de Psychothérapie de l'Enfant (Child Psychotherapy Q-sort). Ainsi, même si l'évolution de leur point de vue sur la recherche n'a pas été pour eux le trait le plus saillant de l'enquête, les discussions ont montré que la participation à la recherche a produit chez les cliniciens un sentiment réel de découverte et a soulevé chez eux des questions théoriques importantes sur la nature de la psychothérapie et le processus de changement.

Limitations

L'enquête présentée dans ce rapport succinct a été réalisée avec un nombre relativement restreint de thérapeutes et il n'est pas facile de dire dans quelle mesure ceux qui ont répondu à l'enquête étaient représentatifs de l'ensemble du groupe. Le format de l'enquête a permis de capturer quelque chose de l'expérience des participants, mais peut ne pas avoir été en mesure de saisir toute la richesse de leur expérience. Comme l'enquête a été menée par le coordinateur du RRFPP, il est possible que les réponses données par les participants n'aient pas été tout à fait honnêtes, bien que l'anonymat du processus ait essayé de contrecarrer ce risque. Le point jusqu'auquel les résultats de cette enquête peuvent être transférable à d'autres contextes reste une objet de spéculation, étant donné la position très particulière de la recherche au sein de la psychothérapie française et les moyens plutôt uniques à partir desquels ce Réseau a été établi et les mesures qu'il a utilisées.

Conclusions

Conséquences sur l'écart chercheur-praticien et rôle des Réseaux de recherches fondées sur les pratiques

Malgré ces limites, l'enquête touche à des questions importantes pour les chercheurs en psychothérapie en général. Combler le fossé qui s'est creusé entre les chercheurs et les cliniciens est devenu un objectif très important pour la recherche en psychothérapie, surtout dans un pays comme la France où il y a eu une tradition d'hostilité envers l'investigation empirique du processus de traitement. Développer l'évaluation des psychothérapies dans des conditions naturelles et l'approfondissement de la connaissance des modérateurs et médiateurs du changement au cours du processus psychothérapeutique en sont les deux objectifs cruciaux. C'est la nécessité de développer une réelle collaboration entre les chercheurs et les cliniciens en centrant la recherche évaluative sur les questions cliniques qui soutiennent l'amélioration de la pratique.

L'enquête et l'expérience de l'exécution du RRFPP ont conduit à plusieurs développements qui visaient à réduire l'écart entre la recherche et le clinicien. En liaison avec l'absence de formation initiale des cliniciens à la recherche, nous avons partagé le principe, souligné par Castonguay (In Lampropoulos et al., 2002), que la meilleure façon d'être formés en recherche clinique est d'en faire. Cette approche générale a été complétée par la remise d'un livret de recherche à chaque clinicien, la publication des instruments et leur présentation vidéo sur l'internet, l'organisation d'une formation régulière et de réunions consacrées à la résolution des problèmes. Nous avons aussi proposé un soutien individuel par téléphone pour les difficultés rencontrées. La création des groupes de pairs a résolu de nombreux problèmes potentiels concernant l'appropriation de la méthodologie par les cliniciens, ainsi que la qualité de leurs cotations et la fiabilité inter-cotateurs. Ce temps semble avoir été très apprécié par les cliniciens.

L'enquête qui est présentée ici, soutenue par notre propre expérience de la gestion du RRFPP, semble apporter une vision encourageante de la manière dont un Réseau clinique peut fonctionner, en réunissant un nombre assez important de cliniciens qui observent, pendant un an, les évolutions de leur propre cas et de ceux de 2 collègues et le processus de psychothérapie qui les sous-tend.

Les réponses des cliniciens qui ont participé à notre enquête confirment ce que Castonguay et al. (2010) disaient:

> . . . Peut-être la recommandation la plus importante pour les futurs Réseaux de Recherches Fondées sur Pratiques est de mener des études qui relient intrinsèquement la recherche avec la pratique – des études pour lesquelles il est impossible de distinguer complètement si la nature des questions étudiées, les tâches mises en œuvre, ou les données recueillies sont de nature empirique ou clinique. Nous pouvons parier que les psychothérapeutes et les chercheurs rencontreront plus de succès dans la conception et la mise en œuvre d'une étude de Réseau lorsque leurs objectifs empiriques sont étroitement liés à des tâches cliniques et / ou à des préoccupations quotidiennes (comme lorsque les cliniciens ont la possibilité de d'en savoir plus sur ce qui pourrait faciliter et / ou interférer avec le changement, au moment où ils sont impliqués dans le processus de collecte de données avec chaque patient). Pour paraphraser un terme couramment utilisé « en harmonie avec soi » (egosyntonic), la recherche doit être« en harmonie avec la clinique ».

7. Conclusions générales, résultats et perspectives

Le début du 20ème siècle a montré un débat considérable à propos des méthodes les plus appropriées pour évaluer les psychothérapies dans le contexte de l'importance croissante de la «pratique fondée sur la preuve».

De nouvelles directions et recommandations ont été proposées par de nombreux chercheurs (p.e. Kazdin, 2007), associations professionnelles (p. e. APA; Levant 2005) et des instituts de recherche (p.e. Rush, 1998). De ces débats, certaines idées partagées semblent avoir émergé. À coté de l'idée que les essais contrôlés randomisés (ECRs) ne devraient pas être la seule méthode d'évaluation en psychiatrie et notamment en psychothérapie, trois objectifs ont été soulignés : a) le besoin de développer des études dans des conditions naturelles (Thurin & Briffault 2006) ; b) l'extension de l'évaluation des résultats à celle du processus psychothérapique lui-même, de façon à mieux comprendre les conditions, les causes et les mécanismes de changement ; et c) la réduction du fossé entre cliniciens et chercheurs (voir, Goldfried & Wolfe 1996 et 1998 , Thurin & Thurin 2007). Les congrès internationaux ont placé ces perspectives dans les titres de leur programmes. Deux articles récents publiés dans *Autism* (Mesibov 2011) et *Clinical Neurosciences* (Lerner *et al.* 2012) proposent une évolution dans ce sens et soulignent l'intérêt de l'étude des mécanismes de changement au niveau des pratiques et d'une liaison possible avec la recherche fondamentale.

Ces orientations sont très motivantes, mais leur implémentation est complexe. De façon spécifique, elles requièrent non seulement le développement de méthodologies rigoureuses d'observation et d'analyse des processus de changement, mais aussi l'agrégation des cas. Elles requièrent un haut niveau d'implication des cliniciens dans la recherche et elles soulèvent la question de la possibilité d'une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs.

Ce rapport montre que ces nécessités peuvent être combinées et qu'elles conduisent à des premiers résultats très intéressants, tant au niveau des connaissances que des pratiques.

Développer des études dans des conditions naturelles

Cet objectif paraissait très difficile à atteindre du fait des réserves et même de l'opposition initiale assez générale des cliniciens à présenter ce qui se déroulait *in situ* dans leur pratique. Le cadre général de la psychothérapie est celui du colloque singulier et sa description était présentée comme une intrusion susceptible de perturber voire d'entraver le processus lui-même. Il est probable aussi que présenter un travail très difficile et souvent très frustrant représentait pour le clinicien un risque de jugement négatif auquel il refusait de s'exposer.

La méthodologie du réseau a permis de dépasser progressivement ces obstacles du fait qu'elle ne se fonde pas sur le modèle d'une thérapie idéale, mais sur celui de thérapies pratiquées dans des conditions naturelles par des praticiens qui font aussi bien qu'ils le peuvent sur la base des connaissances acquises et de leur expérience, et pour lesquels la participation à une recherche en réseau peut avoir un intérêt professionnel et contribuer à élargir la base des connaissances. Ce point de départ a été étayé et relayé en quelques mois par l'expérience pratique de l'évaluation et des réunions en groupes de pairs qui l'accompagnaient à partir des données recueillies au cours des séances. Les cliniciens ont pu constater que l'évaluation qu'ils menaient de leur cas, non seulement n'entravait pas le processus de soin, mais le renforçait. Un autre aspect était la non formation des cliniciens à la recherche. Il a été résolu par des formations en grand, petit groupe et individuelles par internet, par des réunions de retours d'expérience durant lesquelles les difficultés de cotation ont été abordées et ont reçu des réponses claires et précises, et par un accompagnement personnalisé des groupes de pairs.

À noter aussi que les conflits inter-approches ont été évités par la vigilance de chacun à rester au niveau des études de cas et de la préoccupation partagée d'apporter le meilleur service au patient et de progresser dans cette voie.

La méthodologie, qui a été conçue pour apporter des éléments aux questions cliniques et actuelles de la recherche («*Pourquoi, comment et dans quelles conditions agit-elle ?»*) a non seulement constitué un cadre très solide et respecté, mais elle été rapidement bien reçue, ce qui a permis de nouvelles demandes d'inclusion.

Le label et le financement de l'Inserm et de la Fondation de France ont joué un rôle important, de même que le soutien accordé par la Direction générale de la Santé, confirmé par courrier individuel de son Directeur Général, Didier Houssin, à Bruno Falissard et Jean-Michel Thurin.

Une méthodologie innovante ouvrant à des recherches sur les causes et les mécanismes

Le réseau a ouvert une méthodologie innovante reposant sur des études intensives de cas permettant de suivre la chronologie des changements multidimensionnels dans 4 registres : a) les comportements autistiques, b) le développement et l'acquisition de nouvelles aptitudes, c) l'acquisition de nouvelles fonctionnalités dans la compréhension, la gestion émotionnelle et la relation aux autres et au monde et d) le processus psychothérapique lui même impliquant le patient, le thérapeute et sa technique, et leur interaction.

En plus des résultats présentés plus haut, ces études ont permis

- de constituer une base de données à la fois structurée et ouverte qui peut accueillir les cas isolés, les présenter et les interroger à partir des variables issues des instruments ou directement, ce qui permet des analyses de groupes, sous-groupes et le retour permanent aux cas individuels. Chaque cas singulier apporte des informations qui concernent aussi l'ensemble des cas, et réciproquement ; il peut s'inscrire parmi des cas analogues dont les similitudes et les différences en termes de caractéristiques, de résultats et de trajectoires peuvent être décrites et analysées.

- de réaliser une mise en lien de cliniciens et de chercheurs qui se sont investis dans le projet tout en ayant des approches différentes. Le partage d'outils et de méthodes a élargi les hypothèses de

recherche, a eu une valeur pédagogique et un retentissement sur les pratiques qui ont été soulignés par les participants.

- d'extraire les caractéristiques communes du processus interne des 50 premières psychothérapies menées dans des conditions naturelles dont les études sont terminées. Ces caractéristiques communes sont complétées par celles de psychothérapies menées avec des enfants 1) particulièrement interactifs ou au contraire particulièrement décalés ou désaccordés dans leurs interactions sociales ; 2) présentant un déficit de modulation des émotions particulièrement important. Par ailleurs, les différentes composantes de l'alliance thérapeutique ainsi que les facteurs pivots susceptibles d'intervenir dans les processus de changement ont été analysés.

- de décrire de façon précise les facteurs de contexte (les modérateurs) potentiellement impliqués dans les résultats.

Le processus de la psychothérapie peut être ainsi décrit et analysé et c'est un des aspects les plus novateurs du réseau. Parmi les nombreux résultats qui ressortent de cette analyse, l'un d'entre eux nous paraît à souligner. C'est que l'accordage général de l'enfant à la situation psychothérapique conditionne l'application d'une technique quelle qu'elle soit. Cet accordage est lui-même contingent de la qualité de l'approche propre à des cliniciens expérimentés *et de facteurs contextuels externes favorables ou défavorables qui ne sont pas immuables*. Leur prise en compte à partir de la formulation de cas est tout à fait essentielle et sa modélisation fait partie des perspectives du réseau.

Une méthodologie innovante qui rejoint à la fois les recommandations de la HAS et de la recherche centrée sur l'autisme

Les enjeux actuels qui ont été soulignés dans le cadre des recommandations HAS sont vraiment ceux qui correspondent à la variété des situations thérapeutiques et des pratiques spécifiques que l'on rencontre dans l'autisme.

Cette variété des situations et des pratiques implique des recherches méthodologiques dans lesquelles le Réseau apporte une contribution de précurseur.

La méthodologie des études réalisées dans le Réseau correspond aux recommandations les plus récentes dans le domaine de l'autisme qui préconisent de « se centrer sur les prédicteurs de différences individuelles dans la réponse (c-a-d, les modérateurs) aux traitements » et de « spécifier soigneusement les processus par lesquels chaque composante de l'intervention produit des changements spécifiques dans les résultats ». Cette définition est une étape dans la compréhension des mécanismes de changement et l'articulation possible avec d'autres niveaux de leur objectivation que celui de la clinique (Lerner 2012). La particularité du Réseau est la réalisation concrète de ces recommandations et l'initiation d'une dynamique de recherche à partir des pratiques réalisées dans des conditions naturelles.

Une réduction du fossé entre cliniciens et chercheurs

Les relations entre cliniciens et chercheurs se sont développées dans le réseau lui-même et au niveau international.

Dans le cadre français, l'implication personnelle de «leaders» à la fois respectés et très impliqués dans la clinique, la recherche ou les deux, le choix des instruments qui sont «clinico syntoniques» pour reprendre la formule de L Castonguay et les pressions sur la pratique ont engagé un processus favorable. Parallèlement, à partir du moment où les cliniciens se sont intéressés à la recherche, ils ont été exigeants vis à vis des chercheurs. Ils n'ont pas simplement appliqué la méthodologie, mais ils ont cherché à en comprendre les fondements. Les chercheurs ont joué leur rôle dans ce sens. Cela a conduit à une dynamique très positive d'échanges individuels et collectifs pour ce travail complexe, qui est à poursuivre.

Dans le cadre international, l'action thérapeutique dans ses différentes composantes, les processus et les facteurs de changement en psychothérapie, les méthodes pour les appréhender, le rapprochement entre cliniciens et chercheurs, les ponts entre recherche en psychothérapie et recherche fondamentale sont au cœur des publications et des congrès, notamment ceux de la *Society for psychotherapy research*

qui regroupe les chercheurs de ce champ des différents continents. La réflexion sur la pratique fondée sur la preuve est déjà très aboutie et a donné lieu à de très nombreux articles et ouvrages. Les nouvelles recommandations de l'Association américaine de psychologie dans ce registre ont marqué un tournant radical qui s'exprime dans la place donnée à l'expertise clinique, à la complémentarité des méthodologies de recherche et à leurs domaines respectifs, et à l'ajustement aux spécificités des patients. Cette évolution a permis un renouvellement des rapports entre approches. Elle n'empêche pas que des travaux par approche soient réalisés, mais la recherche constitue un cadre où les différences voire les divergences peuvent s'exprimer. Les chercheurs ont pris conscience du tort que leur avait fait leur isolement dans un monde plus préoccupé par le formel que par la résolution de questions ayant des bases cliniques et ils sont à la recherche de moyens de combler le fossé entre cliniciens et chercheurs.

Dans ce contexte, le réseau apporte sa contribution à l'abord de questions centrales en l'associant à la dimension pragmatique de sa mise en œuvre. Des liens se sont constitués dès la constitution du réseau qui se sont élargis et renforcés à travers la traduction et l'utilisation d'outils communs, créant une véritable communauté avec demande de suivi des travaux du réseau, de présentations et proposition de publication.

Communications et Publications

Depuis 2010, 27 communications au moins ont été réalisées concernant le pôle autisme du réseau, dont 6 en langue anglaise dans des congrès internationaux.

Concernant les publications françaises, elles ont concerné l'évolution générale de la méthodologie au niveau international, la présentation de la méthodologie du réseau dans plusieurs revues à comité de lecture, la publication des travaux du réseau au fur et à mesure de son développement et de ses résultats, la publication de la traduction du CPQ après celle du PQS.

Trois articles en langue française sont en cours de publication.

5 posters ont été présentés et discutés en langue anglaise à partir des travaux pôle autisme dans des congrès internationaux;

1 article a été publié en anglais, 2 autres sont en préparation.

Perspectives

Les enjeux nouveaux de l'évaluation et de la recherche clinique en psychothérapie dans le domaine de l'autisme se trouvent illustrés par la mise en place de ce réseau de recherches fondées sur les pratiques (*Practice-based Research Network*), de son fonctionnement et de ses résultats. Le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques a permis le développement d'une cohorte de cas suivis dans des conditions naturelles, cohorte dont le protocole des 50 premiers cas est achevé et dont l'analyse et les premiers résultats sont présentés. Cette cohorte a actuellement 25 autres cas en cours, rejoints par le démarrage d'études ancillaires concernant des enfants autistes sourds, épileptiques et des autistes adultes.

Ce rapport montre à quel point la constitution, la dynamique et l'efficacité d'un réseau axé sur les pratiques sont dépendantes du travail réalisé avec les cliniciens à tous les niveaux, et notamment ceux de la communication, de l'animation, de la formation, de l'accompagnement et des échanges permanents associés aux études menées, des retours d'information et d'expérience.

Une dynamique est engagée depuis 2008 à partir de la sélection du projet de recherche par l'Inserm dans le cadre des réseaux de recherche clinique et en santé des populations. Elle a besoin d'être soutenue pour poursuivre, approfondir et renforcer les études en cours.

Concernant la recherche proprement dite, 5 perspectives principales se dessinent

1. Préciser le nombre d'enfants autistes en psychothérapie, de façon générale et dans chacune approches

Les caractéristiques, le style, le processus, les résultats des psychothérapies et les conditions dans lesquels ils ont été obtenus ont été précisément décrits et analysés dans la population étudiée. Les résultats apparaissent significatifs. Il serait important de mieux appréhender la place effective des pratiques psychothérapiques dans le dispositif de soins.

2. Poursuivre les inclusions et enrichir la base de données

- Des demandes individuelles et institutionnelles continuent à être actuellement adressées au réseau. Elles sont issues du travail de communication important qui s'est tenu dans différents lieux et des moyens de formation et de suivi mis en place qui l'ont accompagné.

Le réseau doit pouvoir être prolongé de façon à renforcer de façon générale le nombre de cas et à pouvoir équilibrer la participation des différentes approches déjà présentes psychodynamique, thérapies d'échange et de développement, thérapies psychomotrices.

La base de données doit pouvoir être étendue à de nouveaux cas pour permettre des analyses statistiques plus complexes.

- Les demandes concernent les troubles autistiques chez l'enfant, mais aussi l'autisme chez l'adulte et chez des enfants souffrant de handicaps associés (surdité, épilepsie).

Il paraît important d'élargir les critères d'inclusions aux autistes enfants souffrant de poly handicaps et aux autistes adultes. Deux groupes de pairs vont participer à une étude pilote.

- Des demandes concernent d'autres approches (médiation par l'art thérapie).

Un groupe de pairs va participer à une étude pilote.

3. Poursuivre et renforcer les relations internationales

4. Se centrer à partir des données descriptives sur une modélisation des facteurs qui interviennent dans les changements

Cette modélisation pourrait se faire à partir d'analyses multi traits multi niveaux qui semblent particulièrement adaptées aux données longitudinales recueillies au cours des interventions psychothérapiques et à la diversité des cas chez les enfants autistes. Elle sera complétée d'études qualitatives comme cela a été présenté dans ce rapport.

5. Établir des collaborations avec la recherche fondamentale

Des études à partir des connaissances sur les effets physiologiques du stress et leurs répercussions sur les fonctions cognitives et psychosociales semblent être un pont très accessible pour une mise en relation des différents niveaux d'approche allant de la clinique à la biologie.

Ces perspectives devraient bénéficier pour leur réalisation des aides prévues pour le développement des études de recherche incluses dans le 3ème plan autisme 2013.

XIII. INTERVENTIONS, RÉUNIONS, COMMUNICATIONS, PUBLICATIONS

2013

- Rennes 19 avril 2013. Conférence au D.U. "Du bébé à l'adolescence : développement normal et pathologique. De la recherche à la clinique". *Évaluation des psychothérapies dans l'autisme*. JM Thurin

- Paris. 9 février 2013. CIPPA. La psychanalyse agit-elle avec les enfants autistes ? Comment ? JM Thurin.

- Montesson (CH de). 1 février 2013. Carrefours de la pédopsychiatrie SFPEADA et API "On a dit qu'on allait le faire mais on l'a jamais fait" Pratiques d'évaluation et de recherche en pédopsychiatrie. Études de cas de nouvelle génération. Le clinicien au coeur de la recherche. Animateurs : JM Thurin, S Berdah

2012

- Paris. 8 décembre 2012. Journée du Réseau : Pôle autisme. Présentation et discussion des interventions récentes. Questions concernant la publication des cas. JM Thurin, M Thurin, C Barthélémy, G Haag.

- Paris ASM13. 1 décembre 2012. Évaluation des psychothérapies dans l'autisme. JM Thurin

- Strasbourg. 19-20 octobre 2012 - Colloque International "Psychothérapies et psychanalyse. Enjeux thérapeutiques et éthiques du soin psychique". Une intervention de M Thurin : Caractéristiques d'une approche psychanalytique d'enfants autistes et une de JM Thurin : Questions éthiques posées par l'évaluation du soin psychique JM Thurin.

- Gênes (Italie). 29 septembre 2012. Les études du groupe italien, toutes suivies par des thérapeutes psychodynamiciens ont été présentées à Gènes et ont fait l'objet du numéro 73-74 de *Pour la Recherche*. Cette manifestation internationale était organisée sur place par l'Ordre des psychologues de la Ligurie. Interventions françaises de G Haag, JM Thurin, M Thurin.

- Caen. 29 septembre 2012 - Journées annuelles de l'ANCRA
  - Présentation du réseau et du déroulement d'une étude de cas, avec un mixage données cliniques / données de la recherche. C Brodin, C Barthélémy, M Thurin, JM Thurin.

- Paris. 21 septembre 2012 - Association Française de Psychiatrie. Journée sur l'autisme Autisme. Tourner la page de la psychanalyse ? JM Thurin.

- Marseille. 14 septembre 2012 - Journée du Congrès Français de Psychiatrie. Journée sur la psychothérapie
  - Méthodologies de recherche en psychothérapie. JM Thurin.

- Paris. 24 juillet 2012. Congrès international IACAPAP . Interventions
  - Single pragmatic case studies M Thurin
  - Results from aggregated single case studies T Delespierre
  - Comparison of similar pragmatic case studies JM Thurin

- Virginia Beach (USA). 20-23 juin 2012. 43nd International Annual Meeting de la SPR.
  - Poster 1 Change mechanisms in psychotherapies of 41 children suffering from autism and PDD. JM Thurin et al.
  - Poster 2 Does case formulation predicts the change process in psychotherapy? Contribution of 15 pragmatic cases studies of borderline patients. M Thurin et al.

- Tours. 30 mai - 1 juin 2012. Congrès international de l'IRIA. Posters
  - High emotional modulation insufficiency and ajustment of the therapist's attitude for children suffering from autistic disorder. JM et M Thurin

- Processing of Dismantling mechanism in psychotherapy for autistic child: co-creation of the intersubjective link? L Barrer, G Gimenez et T Arciszewski

- Paris. 4 mai 2012. Journée de la FFP (Fédération Française de Psychiatrie) sur les psychothérapies. Intervention
  - L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie. JM Thurin

- Paris. 5 mars 2012. Enseignement Université Paris VII
  - Évolution du processus dans la psychothérapie d'inspiration analytique (PIP) chez l'enfant autiste. P Poyet, C Ritter, L Barrer

- Paris. 3 janvier 2012. Séminaire de l'Unité Inserm 669 (Pr B Falissard). Intervention.
  - Psychotherapy Practice-Based Research Network. Methodology and first results. JM Thurin, M Thurin et T Delespierre.

2011

- 26 juin - 2 juillet 2011 - 42nd International Annual Meeting de la SPR, Bern, Switzerland Can clinicians truly become involved with research when they are initially opposed to it? Report on an experience with a practice research network. JM Thurin.

- 26 juin - 2 juillet 2011 - 42nd International Annual Meeting de la SPR, Bern, Switzerland. Poster 1 Why and how a psychotherapy works? Three complementary levels for analyzing the process of change in 20 intensive case studies of autistic children JM Thurin et. al.

- 26 juin - 2 juillet 2011 - 42nd International Annual Meeting de la SPR, Bern, Switzerland. Poster 2 Case formulation in a Practice-Based Research Network. Is standardization compatible with complexity ? M Thurin et al.

2010

- 22 Janvier 2010 Journée d'étape et de retours d'expérience

- juin 2010 - 41nd International Annual Meeting de la SPR, Asilomar, États Unis Bridging the gap between practice and research. JM Thurin et al.

- juin 2010 - 41nd International Annual Meeting de la SPR, Asilomar, États Unis From systematic case studies to their aggregation in a database. Comparative analysis and metasynthesis. M Thurin et al.

2009

- 2009 - D'un paradigme de recherche à un autre et à sa mise en œuvre dans le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques (Journées Pedo Psychiatriques - Paris) JM Thurin

2008

- 2008 - French Psychotherapy Practice Research Network (présentation de la méthodologie du réseau. Barcelone (Espagne)

- 2008 - Évaluation du changement en psychothérapie (Recherche et Évaluation des Interventions et des Thérapies Systémiques, Lausanne) JM Thurin

- 2007 - Évaluation qualitative des processus de la psychothérapie en pratique clinique (Pratiques et évaluations des psychothérapies – Dijon) JM et M Thurin

- 2007 - From intensive naturalistic single case studies to a practice-based research network in France. Madison (Wiscontin)

XIV. POSTERS ET PUBLICATIONS

1. Madison SPR 2007 (USA, Wiscontin)



From intensive naturalistic single case studies to a practice-based research network in France

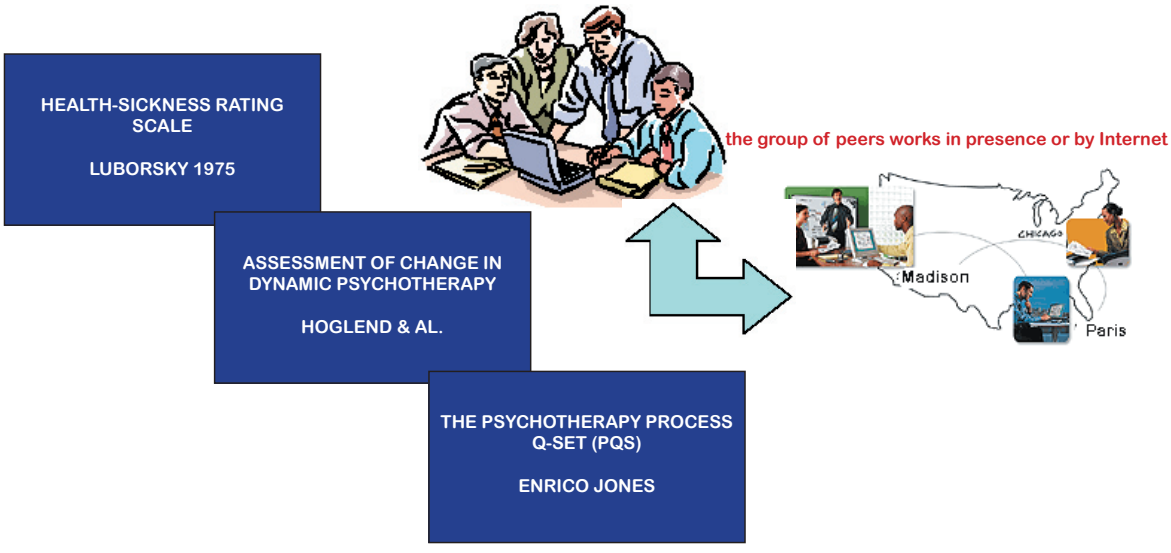
The methodology is based on intensive single-case studies of complex disorders' psychotherapies.

Quantitative and qualitative data are associated for the definition of the diagnostic, as well as initial, intermediate and final measures. Process analysis is used to describe at different moments in time the main characteristics of the on-going psychotherapy. It is thus possible to gain access to what is really done during the therapy, and not only to what is supposed to be done, based on a manual or even the name of the theory used by the therapist.

This methodology was tested during a one year pilot study, in real conditions of psychotherapy with outpatients. Observation, formalization and data analysis are integrated in a coherent iterative process during the whole therapy. Various tools (ESM, PQS, Hoglend's scales, DSM) are used as well as a case formulation, at the beginning and the end (or 1 year) of psychotherapy..

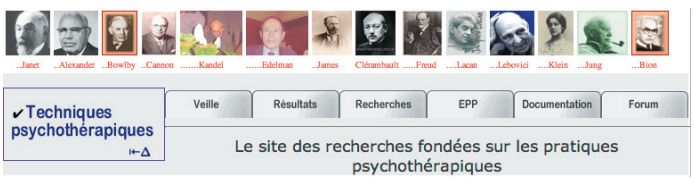
This protocol constitutes the first level of a more important project : a practice-research network structured by peers groups and a database designed to collect, search and analyze of data is designed as the second level of the project.

This framework is offering two possibilities at the same time : it provides therapists with the ability to follow the evolution of their cases, and to compare them with similar cases. It provides researchers with the ability to drive true comparative analysis, based on psychotherapies done in real situations, and on detailed enough descriptions to get significant outcomes.



Thurin JM, Thurin M. *Ecole de Psychosomatique*
9, rue Brantôme - 75003 Paris - FRANCE

www.techniques-psychotherapiques.org/
www.ecole-psychosomatique.org/

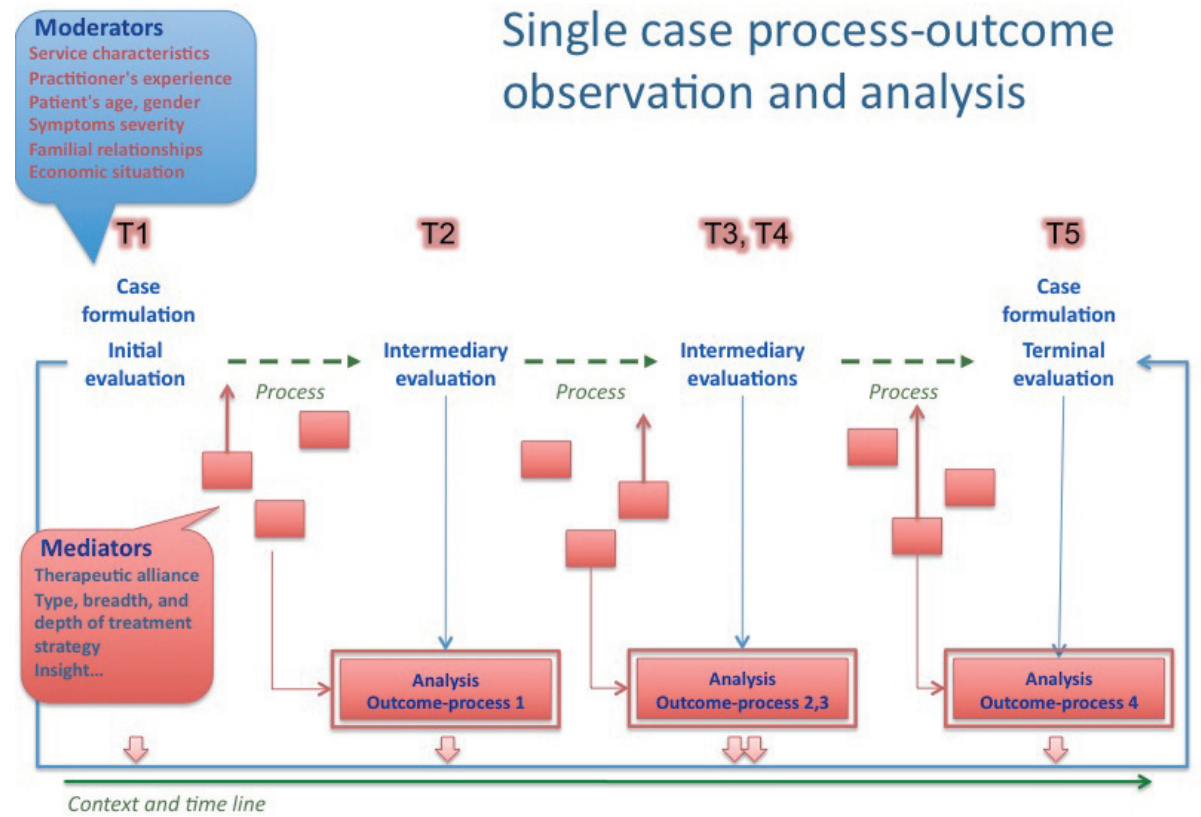


2. Barcelone SPR EU 2008 (Espagne)

French Psychotherapy Practice Research Network

Objectives : Studying outcome and mechanisms of change in naturalistic therapies for three major clinical problems : ● Self-damaging or mutilating acting processes at adolescents and adults with borderline personality disorder ● Development and emergences in the psychotherapy process of children with autistic syndrome ● Behavioral problems of Alzheimer patients.

Method : Prospective, longitudinal, observational study of more than 300 cases of patients from 150-300 clinicians working in peer's groups. Case formulation by clinicians and standardized assessments from verbatim and audio data. Comprehensive analysis of process with *Psychotherapy Process Q-sort* (Jones) and of functioning with *HSRS* (Luborsky) and *Psychodynamic Functioning Scales* (Hoglend). Analysis of data using differences between analogous cases, statistical mediation approach and chronological changes.



Design

1. Systematic case studies
   - peers groups
     - 3 clinicians
     - 1 clinician = 2 cases
   - duration : 1 year
   - standardized assessment from verbatim and audio data
   - Content's analysis (exploratory) and statistics (confirmatory)
2. Comparative studies between analogous cases

1. Variables to be explained
   - Borderline patient's self-damaging or self-mutilating acting processes
   - Autistic patient's developmental evolution
   - Alzheimer patient's behavior or depression disorders
2. Explanatory variables
   - Quality of therapeutic alliance
   - Success of a targeted intervention
   - ...

Systematic case studies are related to a descriptive epidemiological study

Indicators and instruments

for borderline patients

Functioning indicators (10)
1. Autonomy,
2. Symptoms' severity,
3. Suffering and subjective distress,
4. Consequences of the state of the patient on the entourage,
5. Ability to use capacities, in particular in work,
6. Quality of the interpersonal relationships,
7. Width and the depth of the interests
8. Expression and emotional tolerance,
9. Insight,
10. Problem's resolution and capacity of adaptation

Functioning Instruments
Health-Sickness Rating Scale. Luborsky 1975
Pychodynamic functioning scales. Hoglend P. & al. 2000

Process indicators (6)
1. Self representation, ability to think
2. Psychic conflictuality
3. Therapeutic alliance
4. Involvement in therapy
5. Defense mechanisms and coping abilities.
6. Therapeutic action

Process Instruments
Psychotherapy Process Q-set, Jones E., 2000
Child Psychotherapy Q-set, Schneider C. 2006

Thurin JM, Thurin M. 9, rue Brantôme - 75003 Paris FRANCE
jmthurin@internet-medical.com - mthurin@internet-medical.com
Ecole de Psychosomatique - Fédération Française de Psychiatrie - U 669
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

● *The network is coordinated by Bruno Falissard & Jean-Michel Thurin*

3. Asilomar 1 SPR 2010 (USA, Californie)

French Psychotherapy Practice Research Network

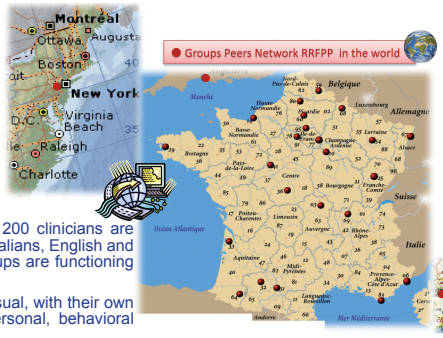
Bridging the gap between practice and research

● **French Federation of Psychiatry**

The FPP was founded with the support of Inserm in 1992 to develop research in all the fields of psychiatry and the mental health. It congregate the scientific societies of psychiatry. It is the privileged interlocutor of the Institutions of health. It is in relation with the professionals and associations of users from the field of the mental health. http://www.psydoc-france.fr/

● **Inserm U 669**

The U 669 is an INSERM unity whose themes of research are centered on the mental health with an approach of public health. Three research orientations are privileged: 1. conducts of destruction of oneself or others ; 2. evaluation of the practices and the treatments ; 3. methodological innovation in mental health research. http://www.u669.idf.inserm.fr/



● **Psychotherapists** : More than 200 clinicians are members of the Network (French, Italians, English and ...1 from New York). 50 Peers Groups are functioning (3 clinicians by group).

Clinicians follow their patients as usual, with their own technique, psychodynamic, interpersonal, behavioral and cognitive, systemic ….

They realize an intensive study of the psychotherapy of one of their patients in natural conditions during one year.

Patients :The program is focused on 3 populations of patients : autism and pervasive developmental disorders, borderline disorders,Alzheimer. 112 patients are included (43 females and 69 males).



The evaluations are validated by peers groups, in the working institution or remotely via new Internet technologies

● **1 peers group = 3 clinicians**

- Each clinician uses individually the evaluation instruments
- In the peers group, he or she confronts his measures with those of his peers
- If these measures are different, the peers come back to the clinical data
- The clinical discussion leads to a consensual measure.

DIFFICULTIES	INITIATIVES and SOLVING
Reserved opinion of the clinicians and particularly of the psychoanalysts towards evaluative research. Interrogation of the research ' organizations about the possible participation of the clinicians.	With the experience of the Inserm ' Collective expert report, analysis of the limits of RCTs and search for an alternative; extensive bibliographical review; choice of a process-outcome research methodology based on controled single case studies ; Constitution of a liaising group between psychoanalysts of different associations approving a demarche of evaluation compatible with the psychodynamic approach ;realization a one-year pilot study, in true conditions of psychotherapy with outpatients ; extension of the methodology to aggregation of cases and their comparison in a network organization; answer to the call of proposals of Inserm ; publication of articles and a book; creation of an organizational structure binding Inserm U 669 and French Federation of Psychiatry with participation of psychologists.
Initial representation of the clinicians of the difficulty of research.	Redaction of articles and conferences towards different journals, scientific societies, mental health institutions, and groups ; presentation of the general situation of psychotherapy research, of the proposed methodology and instruments; Creation of an Internet site and regular publication of the Bulletin «Pour la Recherche» dedicated to psychotherapy research and the activities of the network.
Absence of formation for clinicians to the instruments of evaluation and to informatics.	Regular training meetings and problems solving; publication of the instruments and/or their presentation on Internet; formation and support for informatics usage.
Appropriation of the methodology by the clinicians, quality of quotations and interrater reliability.	These potential problems were solved by the creation of peers groups ; each clinician and two colleagues realize an individual quotation of one of his patients ; the secondary comparison of these measures in peers groups and search for a consensus are the occasion of a very thorough clinical discussion starting from the data, a time which is very appreciated by the clinicians ; an accompaniment of the groups and a follow-up of coherence of the results are associated to this process.
Cost of time attributed to research and geographical distances between participants.	Use of the institutional possibilities; possibility of remote meetings with the new Internet technologies; cognitive and clinical interests of the research for the practitioners.
Diagnostic, international classifications and psychopathology	Adjonction to the DSM/ICM diagnostic of a case formulation opened to the different theories and psychotherapeutic approaches ; Training to the case formulation.
Data analysis	Weekly meetings of clinicians and statisticians; collaborative construction of the data analysis ; choice, test and usage of several softwares of data analysis ; comparison of the results.

● **Coordinators : Jean-Michel Thurin and Bruno Falissard**

Institutions : Inserm Unity U 669 and French Federation of Psychiatry

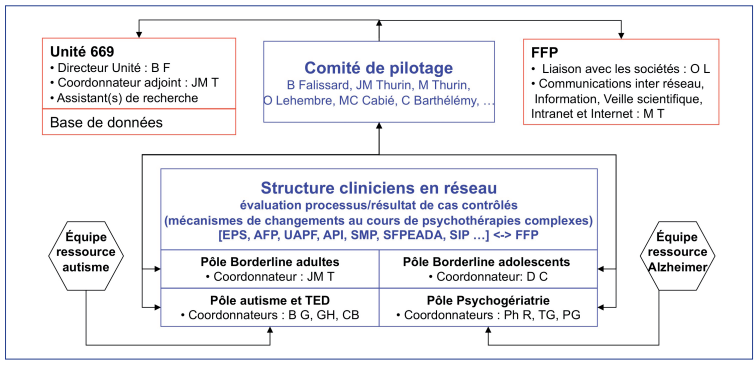
Financial support : National Institute of Health and Medical Research - Head Office of Health

Steering commitee : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard,

Mme Monique Thurin, Pr Bernard Golse, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, Dr Thierry Gallarda, Dr Philippe Guillaumot, M Didier Mellier

Methodology and data analysis : Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Bruno Falissard (U669)

http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/



4. Asilomar 2 SPR 2010 (USA, Californie)

French Psychotherapy Practice Research Network

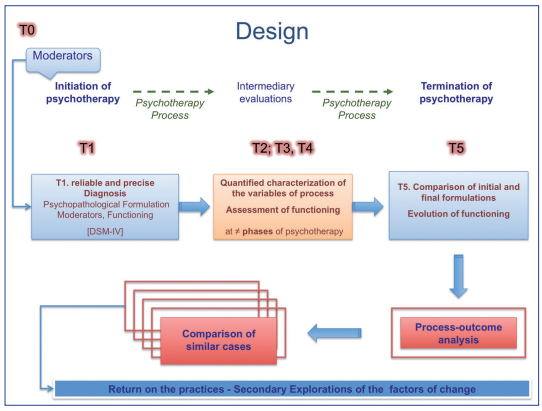
From systematic case studies to their aggregation in a database. Comparative analysis and metasynthesis

● **The methodology** is based on intensive single-case studies of complex disorders' psychotherapies.

Quantitative and qualitative data are associated for the definition of the diagnostic, as well as initial, intermediate and final measures. Process analysis is used to describe at different moments in time the main characteristics of the on-going psychotherapy. It is thus possible to gain access to what is really done during the therapy, and not only to what is supposed to be done, based on a manual or even the name of the theory used by the therapist.

Observation, formalization and data analysis are integrated in a coherent iterative process during the whole therapy. Various tools are used as well as a case formulation, at the beginning and the end (or 1 year) of psychotherapy..

This framework is offering two possibilities at the same time : it provides therapists with the ability to follow the evolution of their cases, and to compare them with similar cases. It provides researchers with the ability to drive true comparative analysis, based on psychotherapies carried out in real situations, and on detailed enough descriptions to get significant outcomes.



Borderline Pole

● **Functioning indicators (10)**

Autonomy, Symptoms' severity, Suffering and subjective distress, Consequences of the state of the patient on the entourage, Ability to use capacities, in particular in work, Quality of the interpersonal relationships, Width and the depth of the interests, Expression and emotional tolerance, Insight, Problem's resolution and capacity of adaptation.

Process indicators (6)

Attitude, behavior or experience of the patient, therapist actions and attitudes, nature of the interaction of the dyad, climate or atmosphere of the encounter.

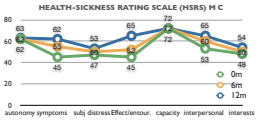
Functioning and Process Instruments

- Health-Sickness Rating Scale. Luborsky 1975
- Pychodynamic functioning scales. Hoglend P. & al. 2000
- Psychotherapy Process Q-set, Jones E., 2000
- Child Psychotherapy Q-set, Schneider C. 2006

PSYCHOTHERAPY M C - LONGITUDINAL CHANGES (1 YEAR)

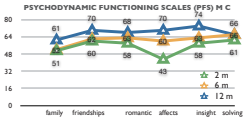
NAME : M C. YEAR : 2008 PEERS GROUP : M Thurin, F Journet, M Malempré

HEALTH-SICKNESS RATING SCALE (HSRS) M C



HSRS	0M	6M	12M
Autonomy	62	62	63
Severity symptoms	45	55	62
Subjective distress	47	50	53
Effect/entourage	45	52	65
Capacity	72	72	72
Interpersonal Rel.	53	60	65
Interests	48	50	54

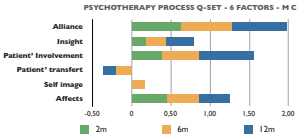
PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING SCALES (PFS) M C



PFS	2M	6 M	12M
Quality family R	51	52	61
Quality friendships	60	62	70
Qu. romantic/sexual R	58	63	68
Tolerance for affects	43	60	70
insight	58	63	74
Pb solving/adaptation	61	66	66

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET - 6 FACTORS AND TECHNIQUE T

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET - 6 FACTORS - M C

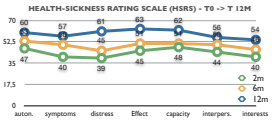


PQS - 6 FACTORS	2M	6M	12M
Alliance	0,63	0,64	0,71
Insight	0,18	0,25	0,36
Patient' Involvement	0,38	0,48	0,70
Patient' transfert	0,00	-0,20	-0,16
Self image	0,00	0,16	0,00
Affects	0,45	0,40	0,40

N°	ITEMS VERY CHARACTERISTIC (PQS) - M C. (1 YEAR)
23	Dialogue has a specific focus.
33	Patient talks of feelings about being close to or needing someone.
63	Patient's interpersonal relationships are a major theme.
24	Therapist's own emotional conflicts dont' intrude into the relationship.
51	Therapist conveys by his manner, tone of voice, or comments, that he does not assume an attitude of superiority.
12	There are few silences during the hour.
25	Patient begins hour directly without lengthy pauses or prompting questions from the therapist
15	Patient is willing to break silences, or supplies topics, and actively pursues or elaborates them.

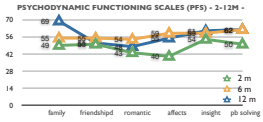
PSYCHOTHERAPY 8 BORDERLINE PATIENTS - LONGITUDINAL CHANGES (1 YEAR)

HEALTH-SICKNESS RATING SCALE (HSRS) - T0 -> T 12M



HSRS	2m	6m	12m
Autonomy	47	53	60
Severity symptoms	40	50	57
Subjective distress	39	45	61
Effect/entourage	45	51	63
Capacity	48	51	62
Interpersonal Rel.	44	50	56
Interests	40	46	54

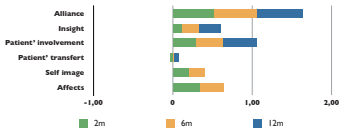
PSYCHODYNAMIC FUNCTIONING SCALES (PFS) - 2-12M -



PFS	2m	6m	12m
Quality family R	49	55	69
Quality friendships	50	55	51
Qu. romantic/sexual R	43	54	48
Tolerance for affects	40	59	55
Insight	54	59	61
Pb solving/adaptation	50	62	62

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET - 6 FACTORS

PSYCHOTHERAPY PROCESS Q-SET - 6 FACTORS - 8 P



PQS - FACTORS	2M	6M	12
Alliance	0,51	0,54	0,58
Insight	0,11	0,21	0,28
Patient' Involvement	0,29	0,33	0,43
Patient' transfert	-0,03	0,01	0,06
Self image	0,20	0,19	0,01
Affects	0,34	0,29	0,00

N°	ITEMS VERY CHARACTERISTIC (PQS) - 8 CASES BORDERLINE (1 YEAR)
63	Patient's interpersonal relationships are a major theme.
6	Therapist is sensitive to the patient's feelings, attuned to the patient ; empathic.
69	Patient's current or recent life situation is emphasized in discussion.
9	R Therapist is responsive and affectively involved.
24	R Therapist's own emotional conflicts do not intrude into the relationship inappropriately.
77	R Therapist's comments reflect kindliness, consideration, or carefulness.
15	R Patient is willing to break silences ; is activ.
51	R Therapist does not assume an attitude of superiority.

Preliminary results M C.

◗ **Level 1 -** Functioning and symptoms (HSRS - PFS)

Scores are in constant progression, except one which remains stable but was high at the beginning : « Adaptive capacity » (61-67). One notes a clear progression for « Tolerance for affects » (43-70), « Insight » (58-74), « Gravity of symptoms » (45-62) and « Consequences for entourage » (45-65).

◗ **Level 2 -** Psychotherapy process (PQS). Crucial factors are : A good and increasing alliance (0,63-0,71) ; a strong involvement of the patient (0,38 to 0,70) ; Insight evolves moderately (0,18-0,36) ; negative affects (anxiety/depression) remain quasi constant (0,45-0,40) and constitute a significant moderator.

According to the specific criteria from the PQS, the therapist used a psychodynamic interpersonal approach during this first year of psychotherapy.

◗ **Level 3 -** Evolutions of Case formulation are : Persistence of the tendency in the overflow and the abandonic strategies but in a less intense way. Improvement of the capacities of introspection. Better control of aggressiveness, less recourse to the splitting of the object, less systematic projection. Absence of new violent acting out. The therapist ensured a empathic presence. He avoided (too much) active and interpretative interventions. Subjective discomfort remains an important problem. A vigilance with the separations must be maintained.

Preliminary results (8 cases)

◗ **Level 1 -** Functioning and symptoms (HSRS - PFS)

The scores of the different dimensions are in constant progression. The most important improvements are: « Gravity of symptoms » (40-56,5), « Subjective distress » (38,9-60,8), « Consequences for entourage » (45,6-63,4), « Quality of relationships », in particular Family R (49-63) and « Tolerance for affects » (40-54,5).

◗ **Level 2 -** Psychotherapy process (PQS). Three factors are increasing : « Alliance » (0,51-0,58) ; « Patient's Involvement » (0,29-0,43) and « Insight » which remains weak (0,1-0,3). Two factors are reducing to 0 : « Negative affects » and « Self image » expression. The transfert of the patient towards the person of the therapist is not mobilized.

According to the specific criteria from the PQS, the therapist used a psychodynamic interpersonal approach during this first year of psychotherapy.

◗ **Level 3 -** Correlations of factors with outcome. The scores of the different symptomatic and functional dimensions, and crucial process operations have a parallel linear evolution.

◗ **Level 4 -** Examination of individual differences (outcome, factors and moderators) : not presented here.

Monique Thurin, Jean-Michel Thurin, Bruno Falissard, Tiba Baroukh, Geneviève Haag, Marie-Christine Cabié, David Cohen, François Journet FRANCE. U 669 Ecole de Psychosomatique - Fédération Française de Psychiatrie.
http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/
mthurin@internet-medical.com - jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

5. Berne 1 SPR 2011 (Suisse)

French Psychotherapy Practice Research Network

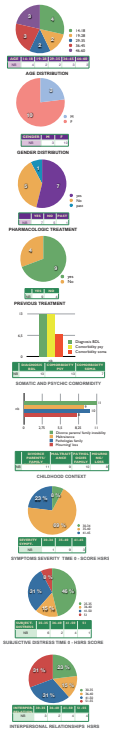
Case formulation in a Practice-Based Research Network. Is standardization compatible with complexity ?

Three questions

- Question 1: Which information respectively bring moderators, discourse analysis, DSM and case formulation?
- Question 2: Is this information common, complementary or divergent at a group of patients carrying the same diagnosis?
- Question 3: Are the case formulation and its standardization compatible with the complexity of the borderline disorder, in its organization and its variables?

Four presentations resulting from the first three clinical talks with a patient consulting a therapist

Moderators



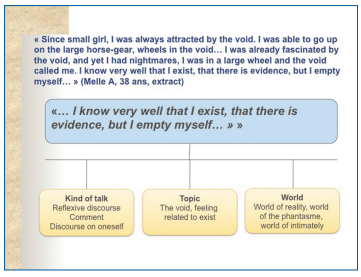
Discourse analysis

- Discourse analysis is focused on the object of the discourse in the patient and his way of meaning it :
  - by using different kinds of discourses (narrative, commentary, description...)
  - by accentuating some elements connecting a privileged topic
  - by locating the objects in a "world" : real, imaginary, current, past

This analysis allows a location on :

- Diagnostic elements : recurrent themes in the discourse. For example, depression, abondonment, interpersonal relationships, …
- Particular elements related to :
  - psychopathology
  - functioning
  - subjectivity : how the patient presents himself in his discourse through the figures of «I»
  - history : how the patient moves in his history when he tells himself : reference mark of the present as lived of the past, for example

Example of an extract of discourse



DSM

Axis DSM
Axe I
…
F45.4, F41.9, F43.2, F32.x...
Axe II
F60-31 - Bdl
F60.5, F60.8, F60.9...
Axe III
…
555.9, 346.20...
Axe IV
…
T74.1, T74.2,T74.0, Z63.0, Z63.8, F93.3...
Axe V
…
35 à 50
Common
Specific

Case Formulation at baseline

Axis	Criteria each axis	* Common * Informed/patient	Precise details
Axe 1 Current problems of the patient and their place in the context of its current life, its history and its development.	Current problems of the patient	Conflictual behavior causing a socio-familial isolation. Patient cannot function without assistance	Acting out or aggravation of a state (drug addiction, social withdrawal, event of life)
	Precipitating events	General feeling to be rejected or abandoned, overflowed	Died of parents or friends, aggressions, stress, incapacity to work, somatizations...
	Predisposing features	Psychic suffering	Stress, dependence, distress, depression
	Interpersonal relationships	Disturbed	More particularly family, friends or sentimental
	Symptoms and behaviors	Depressive elements	Self aggressiveness, food disorders, sleep disorders, distress abandonment, unhappiness, ...
Axe 2 Non dynamic factors which can have contributed to its problem.	Genetic problems	informed 4/13	
	Perinatal problem	informed 3/13	prematurity - maternal stress
	Social problems	Instability of the socio-familial setting	
	Family psychopatho.	Among all patients	
Axe 3 Synthetic integration of the available data opening with an interpretation of precipitating factors and influences which maintain the problems of the person.	Development	Informed 10/13	Psychological ill-treatment and physics expressed in childhood, sexual abuse...
	Psychical conflict	Informed 11/13	Dependance, problems of abandonment, ego ideal
	Family history	Deterioration or defection of family setting	
	Identity	Fragile identity base	
	Mechanisms of defense	Informed 11/13	Aggressiveness, avoidance, splitting, idealization
	Insight	Informed 8/13	poor
	Interpers. relationships	Disturbed	
	Emotional tolerance	Informed 7/13	Lack of control, sideration, little emotional expression
	Supporting elements	Informed 8/13	Investment expressed
Axe 4 First definition of goals and intermediate objectives of psychotherapy	Symptomatic objectives	Informed 7/13	Return of sleep, reduction of stress and anxiety...
	Functional objectives	Informed 10/13	Restoring self-confidence, working the acting, developing insight...
	Structural objectives	Informed 10/13	To build identity, narcissistic base, structuring of ego...
Axe 5 Strategy	Therapeutic approach	Informed 5/13	1 family, 4 psychodynamic
	Médiators	Informed 12/13	interpret/no interpret, narcissistic reinsurance...
	Setting	Informed 9/13	Very important

Comparative discussion of the presentations and response to our central question about case formulation

- **Moderators** bring recurring information in the group of the 13 evaluated patients borderline:
  - All have psychiatric comorbidities.
  - Half have somatic comorbidities.
  - Almost all have a very difficult context of childhood: instability of the familial setting, maltreatment, mournings and losses.
  - Severity of the symptoms is important (score of 45/100 at HSRS of Luborsky).
- **Discourse analysis** brings diagnostic and psychopathological information about the links which the patient establishes between the topics that he approaches, through his way of meaning them and of locating them in his worlds.
- **DSM IV** confirms the data resulting from the moderators and the discourse analysis:
  - Axis 5 notes a score from 35 to 50 for the whole of the patients.
  - The only common axis to all the patients is axis 2 concerning the diagnosis of personality borderline.
- **Case Formulation** makes it possible to build a synthetic representation of the complexity which associates the problems of the patient with his history and the organization of its functioning, as well as the way in which they are translated into objectives and strategies by the therapist.

We announced in red the elements present among all patients. It is in addition indicated in this column the number of patients for whom information was filled by each peer group carrying out the evaluation.

Concerning **the strictly similar data**, the patients present all with a conflictual behavior causing a social and familial isolation so important that they cannot function without assistance. They have the general feeling to be rejected or abandoned, overflowed. They express a psychic suffering, their interpersonal relationships are disturbed and they all present depressive symptoms. In addition, their history is marked by an unstable socio-familial setting and their identity base is fragile.

The clinicians strongly insist on the attention to the setting, as one of the strategies to carry out the objectives which they set in the short or medium term.
The column "Precise details" describes the aspects specific to the various patients.

- These elements bring a standardized description of the clinical and psychopathological situation of the patient as well as of the therapeutist strategy. This description is anchored on 22 key words and standardisable. This first analysis will be to confirm with the other cases which are in the course of evaluation.

Case formulation at one year of psychotherapy

- This new case formulation made it possible for the clinicians to define the modifications which have occurred in four of the 5 axes concerned. We report here, the most common elements of the group of evaluated patients. They confirm that the standardization is compatible with complexity, without evacuating the individual elements.

Axis 1: The current problems of patients are centered by school failures, professional projects and drug-addiction (improved but still significant). One notes a movement towards outside. As a whole, a reduction of acting out, the stop of scarifications are found among several patients, as well as a less important gravity of the symptoms. Some of which persist however like anxiety and depression… The interpersonal relationships are improved, but reach different qualities. They remain sensitive.

Axis 2 et 3 : Few significant elements noted by the clinicians, except within the supporting factors where a movement of the patient towards a more important positive implication in its relations is described.

Axe 4 : The symptomatic goals were achieved on the level of a significant "appeasing" of the various symptoms. The functional objectives are less significant, but it is noted a movement towards the improvement. Even for a patient who wished to leave the treatment in one paranoid tranferential living, the conflict with the parents disappeared and there were less actings out… The structural objectives are less perceptible by the therapists, which seems coherent after only one year of therapy with cases whose gravity is manifest.

Axe 5 : As for the structural objectives, the therapists did not express themselves much concerning their strategy with mediators such as "to interpret / not to interpret". These elements are observable with the process instrument and this axis should be the object of a special attention for the future cases. Concerning the strategies, the setting was maintained throughout this year and as sometimes the therapists say it with difficulty "but it resisted"…

- To answer our three questions, the information brought by the moderators, the discourse analysis, the DSM and the case formulation are at the same time different and complementary. Significant elements are common to the whole of the patients of the group. The case formulation and the discourse analysis bring specific information on the organization of functioning, the dynamics of the evolution and its points of anchoring. It is compatible with a complex disorders such as borderline and standardisable.

Monique Thurin, Jean-Michel Thurin, Bruno Falissard, FRANCE.
U 669 - Ecole de Psychosomatique - Fédération Française de Psychiatrie.
http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/
mthurin@me.com - jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

6. Berne 2 SPR 2011 (Suisse)

French Psychotherapy Practice Research Network

Why and how a psychotherapy works?

Three complementary levels for analyzing the process of change in 20 intensive case studies of autistic children

I. Single Case Intensive Process-Outcome Observational Method

Merlin is five years old when the evaluation of its psychodynamic psychotherapy begins (2 sessions per week), but this work began two years earlier. He is diagnosed of moderate autism. At the time of the case formulation, it is noted that it does not have the language, that he presents an absence of autonomy, food disorders, behavioral problems (aggressiveness, agitation, stereotypies) and a strong withdrawal in the relation. Merlin suffers moreover from an important somatic disease, which involved many hospitalizations. He lived one complicated period with his birth because his mother had to be brutally hospitalized, whereas he was fifteen days old.

- ***CARS (Childhood Autism Rating Scale of Barthelemy)***
  - **Total score: 52, 29, 22, 8 ; Relational deficiency: 50, 23, 17, 0 ; Modulating insufficiency: 67, 25, 17, 25**
- ***APEC (Autism Psychodynamic Evaluation of Changes of Haag and al.)***
  - **1. Emotion relationship:** Expression of infantile power (3, 3,2,3). Improvement of reciprocity with search for truth interpersonal exchanges (2, 2, 2, 3).
  - **2. Glance:** Seeks glance of the other with joint attention (2, 2,3,3). Development of proto declaratory pointing (0, 1,3,3).
  - **3. Image of the body:** Acquisition of cleanliness (0, 0,0,3). Seek of "face to face exchange" with a space between the two bodies (2, 1,1,3). Confirmation of mirror stage (0, 1,2,2).
  - **4. Verbal language:** Existence of a socialized gestural language. Articulation of two words (0, 2,3,3). Improvement of prosody (0, 0,2,3). Capacity of saying NO.
  - **5. Graphism:** Possible graphics on a detachable support. Installation of forms, catch tadpole. Closing of the circle.
  - **6. Exploration:** Interest for double objects, comparison similar/not similar (1, 0,2,3). Play of "hide-and-seek" (2, 2,2,3). Appearance of symbolic plays (1, 1,2,2).
  - **7. Temporality:** Oscillating time, control of restarting, belief of reversibility. Better tolerance with the separation.
  - **8. Aggressiveness:** Auto and hetero aggressiveness (2, 0,0,0). Attempt at aggressive control of others (2, 1,0,0).
- ***CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set of Schneider and Jones***

Which was always salient in psychotherapy (+4, +3, -4,-3)

- The child: engages himself in the play of "making believe"
- The therapeutist: tolerates the affect or the violent impulses of the child, interprets the significance of the play of the child. His emotional conflicts do not interfere in the relation.
- Interaction: nothing "very" characteristic.

Which was always not extreme (+2, -2)

- The child: transmits or tests ambivalent or conflictual feelings ; expresses little fear or a phobic behavior ; expresses little anger or aggressive feelings ; is not sad nor depressed.

Merlin acquired cleanliness. The language entered a true phase of acquisition, with problems of grammar.

Socialization remains a problem, as well as the difficulty of tolerating the failure.

Merlin always is not aware of the danger.

He has many obsessional defenses. He expresses his emotions and moments of unhappiness. Defenses remain to be softened as well as the development of his imaginary world, the symbolic plays miss fluidity.

Psychotherapy continues...

II. Individual-Case Comparison Method

Moderators	Merlin	Child 2	Child 3
Age	5 years	6 years	4 years
Gender	M	M	M
Psychotropic drugs	not	not	not
Somatic disorders	Yes (current)	No	Yes (2,9)
Psychotherapy Approach	Psychodynamic	Psychodynamic	Exchange and development therapy
Sessions	2 x week - 45mn	1 x week - 45mn	2 x week - 15-25mn
Working with family	Yes	Yes	Social parents follow-up
Former diagnosis	Moderate autism	Severe autism	Severe delay associated with autistic disorder
ICD 10	F 84-0	F 84-0 F 84-0	F 84-0 :F71:281-0; 263-5
Former treatments	Psychotherapy by same therapist	Day hospital	Kinesitherapy, then psychomotricity
Other treatment	Speech therapy 2 / week: 30mn	speech T, psychomotricity, water basin	psychomotricity
Schooling	Yes, partial with AVS	Yes,1/2 J /W with AVS	Yes, 2 ½ D/Week
Social, familial, former treatment contexts	Psychotherapy for 2 years. Collaboration with other therapists. Good collaboration with parents.	Initial daily hospitalization with his brother also autistic, then separated from him. Severe family pathologies	Familial violence and divorce. Older sister's support. Good integration in halt nursery. Hospitalized for worsened mononucleosis with dyspnea

Merlin

- **With CARS**, a regularly downward curve (60 -> 9 (max 100)).
- **With APEC**, reduction of pathology (22 -> 6) and gain of development (37 to 62 (max 100)).
- **With CPQ**, a very strong ***alliance*** (22) implying the child, the therapist and their interaction.
- ***Other mediators*:** high score of technic actions (affect expression (23.6), interpretation (25)), average score for communication and language, negative score for advices and behavior.
- **About moderators ?**
  - Very early diagnosis and treatment, very good collaboration with partners and family. of birth

Child 2

- **With CARS**, a score reduction of 15 points (56-41).
- **With APEC**, elevation of the development score (17-32).
- **With CPQ**, a strong ***alliance*** (31) with a significant commitment of the child (20), a very strong commitment and adjustment of the therapist (49 and 65), a positive interaction (12,5)
- ***Other mediators*:** rather important scores with actions language communication (27,4) and emotional expression (14,3) factors ; medium score for interpretation-significance (9,4 and negative score for advices and behavior (-15,8).
- **About moderators ?**
  - Early diagnosis.
  - Maternal depression. Difficult birth context.
  - Depressed child.

Child 3

- **With CARS**, a weak variation (43-33).
- **With APEC**, lower pathology (23 -> 16) and significant drop of development (16 -> 3) (to be re-examined).
- **With CPQ**, a weak ***alliance*** (10), with a negative commitment of the child, a strong commitment and adjustment of the therapist (21 and 27), a negative interaction.
- ***Other mediators*:** Very weak emotional expression (1.4), very weak communication language score (- 34), weak interpretation significance (6) and significant for advices and behavior (27.5).
- **About moderators ?**
  - Important somatic problem with hospitalization.
  - Very important problems of family violence and parental divorce.

III. Class-Case-Comparison Method

Analysis steps

1. **Definition of a general score** of evolution for each case (reduction of pathology + developmental gain).
2. **Extraction of classes** in change trajectories.
3. **Correlations of trajectories with mediators and moderators** of potential change

Mediators

1. alliance with 6 under-factors: Child's involvement, transfer, participation to activities, Therapist' involvement, adjustment, C-T interaction
2. emotion and affective capacity,
3. communication and language,
4. Interpretation and significance
5. advices and behavior

Moderators

- delay of diagnosis and treatment beginning,
- comorbidities,
- difficult developmental context,
- traumatic events,
- quality of familial and psychosocial support

First observations from 20 cases

Do the changes exist and of which nature are they?

- On average, they exist and are important. They relate to the behaviors (average improvement of) and the development (improvement of)

Are the changes of the same importance for all the children?

- No, the evolutions are variable. According to our total score, they vary from 74 to -5 points. Four classes of variations were thus isolated: strong, average +, average - and weak.

Which are the factors that can explain these differences?

The approach (psychoanalytical or cognitivo-behavioral)?

- Not as a single factor. This distinction is distributed since the most important evolutions until the least important.

The initial gravity of the case?

- Perhaps for a share, but in a paradoxical way. In our population, more serious is the case, more the scores varied at one year.

The therapeutic alliance?

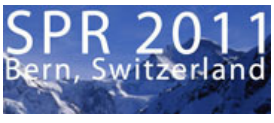
- Yes to some extent, 3 of the 4 children who had the best evolution locate in the first third of the highest alliances. The highest under-factors are transfer, therapist' involvement and adjustment.

The technical factors "pivot factors"?

- That which seems to play the most important part is second (ECA).

The moderators?

- The quality of the family support seems to have played a significant role.



Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, G Haag, C Barthélémy, T Baroukh, P Poyet, C Ritter, L Barrer, Bruno Falissard, FRANCE. U 669 - Ecole de Psychosomatique Fédération Française de Psychiatrie.
http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/
jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

French Psychotherapy Practice Research Network

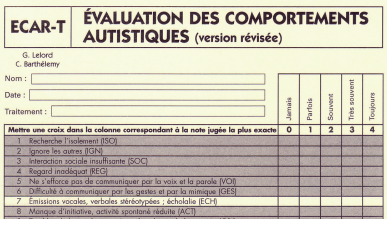
High emotional modulation insufficiency and ajustment of the therapist's attitude for children suffering from autistic disorder

● **BACKGROUND:** Outcomes of psychotherapeutic approaches for autistic children and potential mediators of change were subject to very little research. A Practice-based Research Network was opened in France to develop studies in this area.

● **OBJECTIVE:** In the semiology of autism, inability to modulate emotions involves child's suffering and has both behavioral and cognitive consequences. The present study focuses on evolution of this dimension during one year of psychotherapy for 41 autistic children and how the adjustment of the therapist' attitude can contribute to improve this insufficiency when it is particularly high.

● **METHOD:** Psychotherapies of 41 children were observed intensively during one year (process-outcome studies) and then aggregated for group and sub group analyses. Emotional modulation insufficiency (EMI) was studied with the Behavioral Summarized Scale (BSE, Barthelemy et al., 1997). Process was rated with Child Psychotherapy Process Q-sort (CPQ, Schneider and Jones, 2007) that describes the main features of psychotherapy: child and his/her problems, therapist, his approach and technique, and their interaction. Cases whose EMI / General Score (GS) ratios were ≥ 1.5 at baseline were selected. The most characteristic items describing the psychotherapeutic process in the group EMI / GS ≥ 1.5 were compared to those of all other cases and the EMI evolution of these cases observed.

● *CARS (Childhood Autism Rating Scale of Barthelemy)*



ECAR-T ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES (version révisée)

G. Lelord
C. Barthélemy

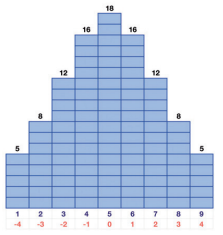
Nom :
Date :
Traitement :

Mettre une croix dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte	0 Jamais	1 Parfois	2 Souvent	3 Très souvent	4 Toujours
1 Recherche l'isolement (ISO)					
2 Ignore les autres (IGN)					
3 Interaction sociale insuffisante (SOC)					
4 Regard inadéquat (REG)					
5 Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)					
6 Difficulté à communiquer par les gestes et par la mimique (GES)					
7 Emissions vocales, verbales stéréotypées ; écholalie (ECH)					
8 Manque d'initiative, activité spontané réduite (ACT)					

❍ BSE was validated in the hospital department of pedopsychiatry of Tours. BSE has 29 items, rated from 0 to 4 according to the frequency or severity of symptoms. It allows to explore the various domains of the autistic child's behavior: social withdrawal, verbal and non verbal communication, adaptation to environmental situations, tonus, motivity, affect, shady reactions of the main instinctive functions, attention disorders, perceptions and intellectual functions. Symptomatic profiles are obtained that can be followed over several months. It is possible to analyze the evolution of this profile, symptom by symptom, or by taking into account various factors. It lists, for the different behaviors observed, spontaneous variations over time and improvements induced by treatment and rehabilitations.

Quantitative data collected from the scale are also used as clinical variables to explore possible relationships with other variables. It is thus possible to follow the evolution of «relational disability» and «emotional modulation insufficiency» intolerance to change, frustration, agitation, turbulence, hetero-aggressiveness.

● *CPQ (Child Psychotherapy Process Q-set of Schneider and Jones*



❍ *CPQ is a common language* to describe, classify and quantify the process of therapy from 100 items. Each item is designed to be observable, avoid references to a specific theory. It is intended to be largely neutral and can be used for any therapy. The CPQ is used to represent a range of therapeutic interactions including systematic characterization of therapist-patient interaction.

Items are sorted into one of nine categories ranging from most characteristic (+4) to the most uncharacteristic (-4), through a neutral box (0) with a forced distribution (see diagram).

This methodology obliges the rater to assess the relative significance of each item to this particular therapeutic hour and avoids the well-known halo effect, by which raters tend to avoid using the two extremes of a rating scale.

● **RESULTS/DISCUSSION:** Nine of the 41 children had EMI / GS ≥ 1.5. After one year, their EMI score reduced by 46%. The analysis shows several differences between the ten most characteristic items of the EMI subgroup and the whole group. Six most characteristic process items are common with those of all cases, but have a different ranking. The most important differences are: 1)Therapist is more confident and self-assured, his/her remarks are aimed at encouraging child's speech, h/she tolerates child's strong affect or impulses and refrains from overt or subtle negative judgments against him or her 2) Child is active, His/her is imaginative, lively, and generates new ideas.

❍ **IM/ EG is ≥ 1.5**

❍ 9 children have a ratio IM/ EG ≥ 1.5.

- *Strong EMI variation:* 2 children (Y1 and Y2) show an EMI variation of 41.7 points, respectively 83.3% and 71.4%, corresponding to a variation of EMI / EG of 3.2 and 1.7.

- *Medium EMI variation:* 4 children (Y3, Y4, Y5, Y6), show a variation of 25 points, corresponding to a variation of EMI/EG of 2.2, 2.9, 1.8 and 1.7.

- *Low EMI variation:* 1 child (Y7) shows an EMI variation of 16.7 points, corresponding to a variation of IM/EG = 1.3.

- *No EMI variation:* 2 children (Y8 and X9), have a variation of EMI = 0. cases are very different.

Question 1

Does therapist has implemented with EMI children a special technique (different from that of 32 other children)?

❍ In addition to the elements similar to all patients, Therapist has particularly encouraged child's speech. He tolerated his/her strong affects or impulses, without judgment or emphasizing his/her emotional experiences. Children were particularly active and their play imaginative,lively (see attached table).

Question 2

EMI of 2 children (Y8 and X9) did not evolve while their EMI/EG was identical to that of 7 other children. Why?

❍X9. Therapist is particularly sensitive to the childs feelings. Therapy session has a specific focus and its material is relevant to child's conflicts. T avoids explicit instruction or education. The child draws the T into play and engages in make-believe play...

❍Y8. T is highly affectively engaged, tolerates his strong affects or impulses of the child, restrains from responding personally to provocations, adjusts to him. Child rejects therapist's advice or information. His communications are affect-laden.

Question 3

What can reveal the specific situation of these two children?

❍X9 is 5 years old. She is in psychotherapy for 2 years and goes to school. Moderators' Index is favorable 8/10. Much improvement during the year: 8/14 acquisitions at T0, 14/14 at 12 months. Birth of a little sister between times 2 and 3 of study, problematic in the organization of the family ....

❍Y8 is 11 years old. Developmental disabilities from infancy, is hospitalized. Moderators' Index favorable 6/10. Decreased in his acquisitions (T0 6/14, T12 4/14). General improvement during the year but developmental age between 2 and 3 years. Stressors: the little brother came into the language and the older sister left home ....

n°	items characteristic	32 P	9 P	X9	Y8
9	R. Therapist is affectively engaged.	3.20	3.00	3.33	3.67
6	Therapist is sensitive to the child's feelings.	3.05	3.11	3,33	3.00
77	Therapist's interaction with child is sensitive to the child's level of development.	2.90	2.56		
47	When the interaction with the child is difficult, the therapist adjusts to the child.	2.48	2.00		3.67
24	R. Therapist restrains from responding personally to provocation and disturbing material.	2.47	2.44		3.67
88	Material of the hour is meaningful and relevant to child's conflicts.	2.28	2.22	4.00	
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases child's communication.	2.13	2.00		
86	Therapist is confident, self-assured.	2.08	2.67		
81	Therapist emphasizes feelings to help child experience them more deeply.	1.94	1.11		
3	Therapist's remarks are aimed at encouraging child's speech.	1.93	2.78		
18	R. Therapist refrains from overt or subtle negative judgments of the child		2.56	3,33	
45	Therapist tolerates child's strong affect or impulses.		2,56		3.67
95	R. Child's play is imaginative, lively.		2.56		
72	Child is active.		2.33		
23	Therapy session has a specific focus or theme.			4.00	
64	Child draws therapist into play.			4.00	
21	R. Therapist refrains from self-disclosure even when child exerts pressure for therapist to do so.			4,00	
71	Child engages in make-believe play.			3.67	
37	R. Therapist avoids explicit instruction or education.			3.33	
55	R. Therapist does not attempt to shape or reward behavioral changes.			3.33	
54	R. Child rambles, frequently digresses, or is vague.				3.67
20	Child is provocative; tests limits of the therapy relationship.				3.67
19	R. Child refuses or rejects therapist's advice or information.				3.33
61	R. Child appears un-self-conscious and assured.				3.33
40	R. Child's communications are affect-laden.				3.00

❍ Table : Scores items PQS very characteristic ● 32 children ● 9 children ● Child X9 ● Child Y8

● **CONCLUSION:** Therapists of children with high EMI scores adjusted their approach in a tolerant, non-judgmental, and expressive way, allowing the child to have an imaginative and lively therapeutic playing and helping him to contain his affects when they appear overwhelming him.

Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, G Haag, C Barthélémy, T Delespierre, P Poyet, C Ritter, L Barrer, Bruno Falissard.
Inserm U 669 - Ecole de Psychosomatique, Fédération Française de Psychiatrie. http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/
jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

8. Virginia Beach SPR 2012 (USA,)

French Psychotherapy Practice Research Network

Change mechanisms in psychotherapies of 41 children suffering from autism and PDD

Measures

BSE *(Behavioral Summarized Scale of Barthelemy) at 0, 2, 6 and 12 months*

Explores the various domains of the autistic child's behavior: social withdrawal, verbal and non verbal communication, adaptation to environmental situations, tonus, motility, affect, shady reactions of the main instinctive functions, attention disorders, perceptions and intellectual functions.

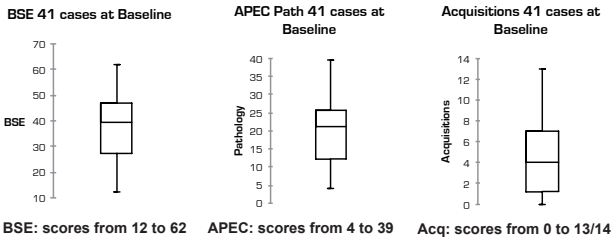
APEC *(Autism Psychodynamic Evaluation of Changes of Haag and al.) at 0, 2, 6 and 12 months*

Describes the development of the autistic child during 5 evolutionary stages in 7 dimensions: emotional expressions in the relation, glance, image of the body, verbal language, exploration of space and objects, temporal location, aggressive demonstrations

CPQ *(Child Psychotherapy Process Q-set of Schneider and Jones) at 2, 6 and 12 months*

A common language to describe, classify and quantify the process of therapy from 100 items. Each item is designed to be observable, avoid references to a specific theory. It is intended to be largely neutral and can be used for any therapy. CPQ includes 3 types of items: 1- elements describing attitudes, feelings, behavior or experience of the child, 2- elements describing the actions and attitudes of the psychotherapist, 3- elements concerning the nature of the interactions within the dyad, the climate or the atmosphere of the session.

Baseline: diversity of the cases - 1. Pathology and development



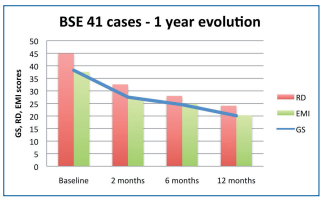
BSE: scores from 12 to 62 APEC: scores from 4 to 39 Acq: scores from 0 to 13/14

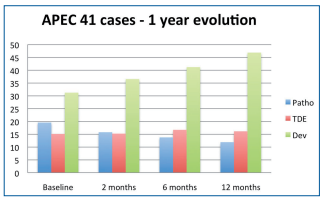
2. Moderators

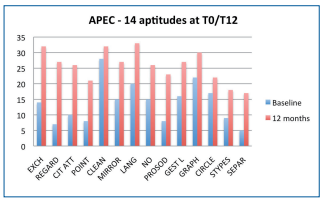
Age: 3-15 years, 22 of ≤ 6 years and 6 ≥ 12 years
Beginning of the treatment: 22 between 3-4 yrs, 12 between 5-6 yes, 7 between 7-13 yrs.
Context of development: easy for 16, difficult for 25
Context of trauma: absent for 18; at least one traumatic event for 23
Family support: 31 have a very good family support
Psychosocial support: 38 have a good psychosocial support
Parental support of psychotherapy: yes for 34
Psychic comorbidity: in 9 children (depression, panic, sleep, hyperactivity)
Somatic comorbidity: in 15 children (important sleep disorder, asthma,…)
Quality of technical support: good for all children
Schooling: for 35 children

Change Process

Outcome (BSE, APEC)





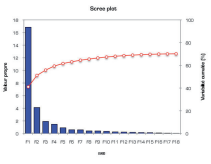


14 Aptitudes
Search of true exchanges (EXCH)
Regard with a good exchange (REGARD)
Search other's eyes for joint attention (CJT ATT)
Proto declarative pointing (POINT)
Cleanliness acquired (CLEAN)
Mirror stage (MIRROR)
Language acquired (LANG)
Emergence of No (NO)
Development of prosody (PROSOD)
Gestural language (GEST L)
Graphics acquired (GRAPH)
Closing the circle (CIRCLE)
Stereotypes (-) and symbolic play (+) (STYPES)
Time and tolerance to separation (SEPAR)

Process (CPQ)

Identification of most characteristic process descriptors

– Factorial analysis of mean scores (3, 6 and 12 months) of each CPQ item of each patient.
-> 4 factors F1 (41%), F2 (10%), F3 (4,7%), and F4 (3,6%)



Common factor F1 (CPQ)

Therapist
– is confident, self-assured, affectively engaged, sensitive to the child's feelings and accurately perceiving the therapeutic process.
– emphasizes feelings to help child experience them more deeply, tolerates child's strong affect or impulses and restrains from responding personally to provocation and disturbing material and also from overt or subtle negative judgments of the child.
– clarifies, restates, or rephrases child's communication and interprets the meaning of child' s play, his/her remarks are aimed at encouraging child's speech.

Child
– is active.
– conveys the sense that the therapist understands his experience or feelings
– seems to be unaware of his internal difficulties

Interaction
– His/her interaction with child is sensitive to the child's level of development and when the interaction with the child is difficult, s/he accommodates the child.
– Material of the hour is meaningful and relevant to child's conflicts.

Specific factors F2, F3 and F4

- Factor 2 (10% of variability)
  - Therapist has a psychodynamic approach
  - Child is attentive to social interactions, responds with a more developed play, comments or associations to the therapist's remarks.
- Factor 3 (4,7% of variability)
  - Child is curious, animated, engaged in verbal expression and play
  - S/he explores relationships and expresses mixed feelings about the therapist.
- Factor 4 (3,6% of variability)
  - Child expresses feelings, affects and emotions
  - Therapist models emotions and interprets transference
  - Multiple interactions between child and therapist during the session

Therapeutic alliance (patient's commitment and participation, therapist's commitment and adjustment, and their interaction), ACE (expression and awareness of the affects), CVL (communication, language and verbalization), PA (psychodynamic approach), CBT (cognitive behavioral approach), Insight, RRO (relation with reality and others) and EAD (working with emotion, affects, defenses) are also systematically evaluated.

Case to case comparison: one example

Impact of Insight and mediators on change trajectories

Similarities at baseline between Jade and Yann						
	Age	Acq	T	IPD	Psychot. Ant.	Support parents
Jade	5 years	8	ppd	2	2 years	Very good
Yann	5 years	7	ppd	2	2 years	Very good

Differences at Baseline					Similarities at 12 months		
	sexe	Soma comorbidity	BSE	EPCA Dev		Acq	BSE
Jade	F	no	16	55	Jade	14/14	7
Yann	M	yes	56	39	Yann	14/14	8

	SGV	F1	F2	F3
Jade	32	0,721	0,231	0,236
Yann	66	0,772	0,379	0,150

❍ **Jade et Yann are two children of the same age. They are both in psychodynamic psychotherapy for two years (CPQ validates this psychotherapeutic approach). Their overall score of change (change at BSE + change at APEC) is however very different: 32 for Jade and 66 for Yann. However, after one year of therapy, severity of symptoms (BSE: 7 vs. 8) is similar for two children, as well as for acquisitions (14 and 14)). How can we explain the process that allowed Yann fill his baseline handicap from Jade?**

What say the mediators of change?

Yann has an insight present from the start (+10), while it is very negative (-35) for Jade. Scores of EAD (working with Emotion, Affects, Defenses) and RRO (Relation with Reality and Others) are relatively strong in Yann (respectively 36 and 29) while they are respectively 0 and 6 for Jade.

What say the CPQ factors?

Patient's commitment and participation, and Therapist's commitment and adjustment scores are quite similar for both patients, as their interaction. However, both EAA (Expression and Awareness of the Affects) and CLV (Communication, Language and Verbalization) factors show differences in weight. They are higher for to Yann. (EAA: 24 vs. 13 and CLV: 18 vs. 1).

Psychodynamic and cognitive behavioral scores are equivalent for both children (psychodynamic: 68 and 68; cognitive-behavioral: -22 and -17)

In conclusion: the difference between the scores of overall variation of the two children can be explained by the fact that Yann, despite his higher level of autistic symptoms and lower development than Jade, benefited from this insight from the start of therapy. Mediators of change (EAD and RRO as well as ACE CVL) show a clear difference in both children. It would be the more developed ability of insight and therapeutic work focused on emotional expression, communication and language that allowed Yann to catch Jade, as shown by the final scores to a year of psychotherapy.

SPR • 2012
Virginia Beach USA
Society for Psychotherapy Research
June 20 -23, 2012

Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, G Haag, C Barthélémy, T Delespierre, P Poyet, C Ritter, L Barrer, Bruno Falissard, FRANCE. U 669 - Ecole de Psychosomatique - Fédération Française de Psychiatrie.
http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/
jmthurin@techniques-psychotherapiques.org

9. Publications dans *Pour la recherche*

- n° 55 (décembre 2007). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Publication de la réponse à l'appel d'offre Inserm.
- n° 56 (mars 2008). RRFPP (2). Compte rendu des questions posées au cours de la journée du 25 avril 2008.
- n° 57 (juin 2008). RRFPP (3). Point sur le pôle autisme.
- n° 58 (septembre 2008). RRFPP (4). Point sur le pôle borderline.
- n° 59 (décembre 2008). RRFPP (5). Point sur le pôle Alzheimer.
- n° 60 (mars 2009). RRFPP (6). Journée d'étape du 5 décembre 2008.
- n° 61 (juin 2009). Traduction et manuel d'utilisation du PQS (Psychotherapy Process Q-Set).
- n° 63 (Décembre 2009) Journée d'étape du Réseau. 22 janvier 2010
- n° 66 (Septembre 2010). Questionnaire de configuration du processus psychothérapique (version enfant)
- n° 68-69 (Mars-Juin 2011). Compte rendu de la conférence internationale de Rome (Pôle autisme Italien du réseau).
- n° 71-72 (Décembre 2011-Mars 2012). L'autisme, Grande Cause Nationale 2012.
- n° 73-74 (Décembre 2012). Compte rendu de la conférence internationale de Gènes (Pôle autisme Italien du réseau).

10. Autres publications récentes associées à l'étude

- Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.
- Thurin JM. L'étude de cas, au coeur de la formation et de la recherche en psychothérapie. *Perspectives Psy* 2012 ; 4(51): 364-373.
- Thurin JM, Thurin M. Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : comprendre pourquoi et comment une psychothérapie marche. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ; 168:135-140
- Schneider C, Midgley N, Duncan A. A «Motion Portrait» of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl : exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the child psychotherapy Q-set. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy,* 2010 2010 ; 9:98-111.
- Thurin JM. Les cliniciens au coeur de la recherche clinique en réseau, une autre façon de concevoir l'évaluation. *Psychiatrie Française* 2010 ; 30(2): 34-39.
- Thurin M, Thurin JM. Utiliser des instruments spécifiques pour caractériser une psychothérapie dans le cadre naturel de la pratique. *Psychotropes* 2010 ; 16 (2) : 63-83.
- Thurin JM. Évaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie familiale*, Genève, 2009 ; 30(2): 235-250.
- Thurin JM & Thurin M. Psychanalyse et thérapies systémiques : écarts et complémentarités. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2010 ; 45(2): 67-89.

XV.RÉFÉRENCES

Références associées à la définition et la présentation des réseaux au niveau international

Agency for Healthcare Research and Quality http://www.ahrq.gov/

Amenta M & Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74: 5-6.

Audin, K., Mellor-Clark, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Lewis, S., Cann, L., Duffy, J., & Parry, G. (2001). Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 10 (3), 241-251.

Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidencebased practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 319-327.

Barlow D. Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist*, Vol 51(10), Oct 1996, 1050-1058.

Barthe J. Prototypes de processus thérapeutiques idéaux. Application du PQS. Manuscrit présenté en annexe.

Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B.,Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 139-153.

Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-168.

Castonguay, L., Nelson, D., Boutselis, M., Chiswick, N., Damer, D., Hemmelstein, N., & Borkovec, T. (2010). Clinicians, researchers, or both? A qualitative analysis of therapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 47, 345-354.

Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, et al. Helpful and hindering évents in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010, Vol. 47, No. 3, 327–344

Greenberg et al. Clinical Psychology Review : Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* Volume 26, Issue 6, October 2006, Pages 657-678.

Henton I. Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review* 2012 ; 27(3):11-28.

Kathleen M. Carroll, Ph.D. and Bruce J. Rounsaville, M.D. Bridging the Gap: A Hybrid Model to Link Efficacy and Effectiveness Research in Substance Abuse Treatment. *Psychiatr Serv* 54:333-339, March 2003.

Kutner et al. (2005). "The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities". *Cancer Control* 2005 ; 12(3): 186-195. http://ww.moffitt.org/CCJRoot/v12n3/PDF/186.pdf.

Ruiz, M.A., Pincus, A.L., Borkovec, T.D., Echemendia, R.J., Castonguay, L.G., & Ragusea, S.A. (2004). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83, 213-222.

Schneider KJ. 2001. Challenges and collaborative possibilities of the PRN: A view from depth therapy. (Comment on The Pennsylvania practice research network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research, by T. Borkovec, R. Echemendia, S. Ragusea, & M. Ruiz). *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, (2), 180-183.

Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.

Références associées aux autres auteurs cités dans le rapport

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidencebased practice in psychology. *Am Psychol* 2006; 61:271-85.

Barber JP. Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome :Introduction to the special section. *Psychotherapy Research* 2007 ; 17(2) : 131-136.

Barlow DH & Hersen M. *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change.* New York, Pergamon Press, 1984.

Barthélémy C., Roux S., Adrien J.L., Hameury L., Guérin P., Garreau B.,Fermanian J., Lelord G. (1997). Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 139-153.

Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Ragusea, S. A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 155-168.

Brodin C, Barthélémy C, Thurin M, Thurin JM. Présentation du réseau et du déroulement d'une étude de cas. Journées annuelles de l'ANCRA.

Dupéré V, Lacourse E, Vitaro F et Tremblay RE. Méthodes d'analyse du changement fondées sur les trajectoires de développement individuel. Modèles de régression mixtes paramétriques et non paramétriques*. *Bulletin de Méthodologie Sociologique* 2007 ; 95: 26-57

Falissard B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Paris, Masson 2005.

Fishman D. The «Individual-Case-Comparison» Mehtod for systematically comparing good-outcome and poor-outcome RCT clients: Editor's Introduction. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2011 ; 7(2): 241-245. http://pcsp.libraries.rutgers.edu

Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, 51 (10), 10071016.

Haag G., Botbol M., Graignic R.,Perez- Diaz F., Bronsard G., Kermarrec S.,, Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S. : Haag G., Tordjman S., Clément M.-C., Cukierman A., Druon C., Duprat A., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S, Guilé J.M., Cohen D., Tordjman S., The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study, *Journal of Physiology*, Vol. 104- N° 6, p. 323-336.

HAS et Anesm. Actions futures : le développement des études de recherche. Recherche-action, Recherche clinique. In Recommandations de bonne pratique pour Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (Méthode Recommandations par consensus formalisé), mars 2012, p 44-47.

Insel T.R. Beyond Efficacy: The STAR*D Trial. *Am J Psychiatry* 2006; 163(1):5-7.

Inserm. *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective* (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris : Inserm, 2004.

Iwakabe S, Gazzola N. From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating qnd synthesizing vase studies. *Psychotherapy Research* 2009 ; 19(4): 601-611.

Jones EE, Cumming D, et Horowitz MJ. Another look at the noon specific Hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of consulting and clinical psychology* 1988 ; 56(1):48-55.

Jones EE, Parke LA, Pulos SM. How therapy is conducted in the private consutling room: a multidimensional description of breif psychodyanmic treatments. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(1)16-30.

Kazdin A E. *Single case Research Designs.* N.Y. Oxford, Oxford University Press, 1982.

Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003 ; 44(8):1116–1129.

Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Ann Rev Clin Psychol*. 2007;3:1-27.

Kazdin AE. Evidence-Based Treatment and Practice New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist* 2008 ; 63 (3): 146–159.

Kraemer H, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry* 2001 ; 6:158:6.

Kutner et al. (2005). "The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities". *Cancer Control* 2005 ; 12(3): 186-195. http://ww.moffitt.org/CCJRoot/v12n3/PDF/186.pdf.

Lerner MD, White SW, McPartland JC. Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2012; 14: 307-418.

McLeod J. *The role of case studies in the development of theory and practice in counselling and psychotherapy*. London, SAGE bacsp, 2010

Mesibov GB & Shea V. Evidence-Based Practices and Autism. *Autism* 2011 15: 114-133.

Poyet P, Ritter C, Barrer L. Évolution du processus dans la psychothérapie d'inspiration analytique (PIP) chez l'enfant autiste. Université Paris VII.

Rush, A. J. (1998). Bridging science and service. The National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research

Santé Gouv. Troisième Plan Autisme (2013-2017) présenté le jeudi 2 mai 2013 par Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, et Marie-Arlette Carlotti, ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf

Schneider C et Jones E. Child Psychotherapy process Q-set (CPQ). Traduction française : M Thurin, JM Thurin et C Schneider. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. Pour la Recherche 2010 ; 66 (3) :1-12.

Schneider et al. Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process: The Child Psychotherapy Q-set, p 72-84 in Midgley et al. ed. Child Psychotherapy and Research, Routledge 2009, à partir de la méthode de construction des prototypes développée par Ablon et Jones (description dans *Am. Journal of Psychiatry* 2002; 159:775–783)

Shadish, W., Cook, T. & Campbell, D (2002) *Experimental & Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. Boston: Houghton Mifflin.

Special Issue; Quantitative and qualitative methods for psychotherapy research. *Psychotherapy research* 2009 ; 4-5 : 369-615

Special Issue. New Approaches to the Study of Change in Cognitive Behavioral Therapies. Edited by Debra A. Hope and Adele M. Hayes. *Clinical Psychology Review*. Volume 27, Issue 6, Pages 679-768 (July 2007)

Strupp HH. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(5):595-603 ; 1980; 37(6):708-16 ; 1980; 37(7):831-41 ; 1980; 37(8):947-54.

Thurin JM, Thurin M, Briffault X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 : 39-47.

Thurin JM &Thurin M. *Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques*. Paris, Dunod, 2007.

Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.

Thurin JM et al. High emotional modulation insufficiency and ajustment of the therapist's attitude for children suffering from autistic disorder (ICD 10 F84.0). Poster Congrès IRIA, Tours 2012.

Thurin JM. What did we learn from the comparison of change trajectories for initially «similar» cases? IACAPAP 20th World Congress - Paris 2012.

Thurin M. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ. Manuscrit présenté en annexe

Thurin M. Le PQS, le CPQ et l'APQ, trois formats d'un instrument du processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent. Manuscrit présenté en annexe

Zarin DA, Pincus HA, West JC, McIntyre JS. Practice-Based Research in Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1997; 154(9):1199-1208.

Publications de JM Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies : http://www.techniques-psychotherapiques.org/PublicationsPsychothJMTvfr.html

Publications de M Thurin dans le domaine de la psychothérapie et de l'évaluation des psychothérapies http://www.techniques-psychotherapiques.org/administrationsite/CVMThurin.htm

XVI. ANNEXES 1

- Plan d'analyse des données
- Fonctionnement du réseau pour les cliniciens
- définition des médiateurs
- définition des modérateurs
- présentation d'un tableau synthétique de cas
-

1. Plan d'analyse des données

L'analyse des données est réalisée à trois niveaux en relation : le cas individuel, les cas regroupés et les cas comparés. Elle est construite suivant le plan suivant

- **CAS INDIVIDUEL**

1. Évaluation à Baseline

- vignette introductive (10 lignes max)
- contexte de la thérapie : évaluation de 10 modérateurs potentiels -> détermination d'un indice de sévérité contextuelle (1…10)
- formulation de cas suivant 5 axes et établissement du diagnostic CIM 10.
- mesure initiale des symptômes et comportements autistiques avec ECA_R
- mesure initiale du développement et des aptitudes acquises à baseline avec EPCA.
- intégration des bilans préliminaires.

2. Évaluation des changements manifestes entre T0 et T12

- Mesures à 2, 6 et 12 mois des indicateurs comportementaux, développementaux et de fonctionnement psychique, de leurs variations et de leurs tailles d'effet avec écarts à la moyenne (EM) des cas terminés.
- Calcul du score global de variation (SGV), de gain d'aptitudes (Δ Apt)

3. Description du processus psychothérapique

Cette description qui apporte une représentation cinétique du déroulement de la psychothérapie est réalisée à partir :

- des 10 items (issus du CPQ) les plus caractéristiques de la psychothérapie
- des items concernant le fond de la thérapie (éléments se maintenant dans la cotation +2 ou -2 au cours des 3 cotations)
- des items pour lesquels il y a eu des changements importants de cotation (passage d'une classe de cotation (par exemple -4 ou -3 à une autre classe (par exemple -1, 0 ou +1) avec maintien de la tendance à la 3ème cotation ;
- des items neutres ou non pertinents.
- des médiateurs préconstruits (approche générale du thérapeute (PPD, TCC ; alliance thérapeutique ; expression et contenance des affects ; communication, verbalisation, langage ;). Présentation sous la forme d'un tableau et d'un graphique représentant le poids des différents médiateurs à T02, T06 et T12.
- des médiateurs émergents à partir d'une analyse factorielle issue de l'ensemble du groupe et définissant 1 facteur commun et 3 facteurs spécifiques. Présentation sous la forme d'un graphe associant les 4 facteurs et de la description du profil de la psychothérapie à partir des éléments du CPQ qui composent chacun des facteurs.

4. Mise en relation des médiateurs préconstruits et émergents avec les résultats

- Recherche particulière d'éléments explicatifs des changements dans le processus psychothérapique et les modérateurs. Les hypothèses formulées seront réintroduites de façon générale dans les données du groupe.

5. Formulation de cas finale, discussion et conclusion.

- **CAS REGROUPÉS**

Pour l'ensemble des *n* cas

1. Données à baseline

- Présentation des données démographiques des enfants (sexe, âge, dépistage, début de prise en charge ; type d'institution ; type, modalités, durée et fréquence de la prise en charge, …) et issues des modérateurs à baseline.
- Présentation des résultats des formulations de cas (FC) à partir de n patients

2. Changements manifestes entre T0 et T12

- Tableau récapitulatif des scores individuels, variations, TE, et des moyennes, sd pour les cas regroupés mesurés avec ECA-R et EPCA sur une année de psychothérapie. Tests *t* bilatéraux pour les différentes dimensions.
- Courbes de croissance T0, T02, T06, T12 et analyse des trajectoires de changement .

3. Description du processus,

- 20 éléments les plus caractéristiques chez les n patients
- moyenne scores des médiateurs préconstruits chez les n patients
- définition de profils de psychothérapies suivant les caractéristiques des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois : constitution de sous-groupes par Classifications ascendantes hiérarchiques (CAH) à 2, 6 et 12 mois. Caractéristiques des classes et leur composition. Corrélations entre ces profils de psychothérapie et les résultats (comportements autistiques, développement et gains d'aptitudes)
- définition des médiateurs émergents par analyse factorielle de la moyenne des scores sur l'année de chaque item du CPQ pour les 50 patients. Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients. Classification ascendante hiérarchique (CAH) : constitution de 4 profils de psychothérapies et analyse de leur composition. Corrélations entre les profils de psychothérapie et les résultats.

- CAS COMPARÉS

- Distinction de 3 classes parmi les 50 cas par une CAH prenant en compte l'âge, l'indice initial de gravité, le nombre d'années antérieures de psychothérapie, les scores initiaux de comportements autistiques et de développement et le nombre d'aptitudes acquises à T12.
- Dans chacune des 3 tranches d'âge : 3-6 ans, 7-11 ans et 12-15 ans
    - Analyse cas à cas des trajectoires comportementales et développementales des enfants regroupés par âge, en prenant en compte le nombre antérieur d'années de psychothérapie, la sévérité des comportements autistiques et les aptitudes initiales acquises. Commentaire soulignant les questions qui se posent aux niveaux individuel et inter-individuel.
    - Récapitulatif des changements dans les registres comportemental et développemental (nombre général et durant l'année des aptitudes acquises).
    - Recherche de l'impact du processus interne de la psychothérapie sur l'amplitude des gains d'aptitudes à partir de 3 descripteurs : type de psychothérapie ; médiateurs préconstruits et médiateurs émergents.
    - Recherche de l'impact potentiel des modérateurs sur le processus psychothérapique et l'évolution de l'enfant.
- Comparaison des évolutions moyennes suivant les tranches d'âge 3-6 ans, 7-11 ans et 12-15 ans

2. Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens

L'aide aux cliniciens pour

- participer au Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques,
- comprendre la méthodologie et
- utiliser les outils nécessaires

s'organise autour de cinq modalités principales :

1. Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience

- Celles-ci se déroulent également suivant deux modalités
    - Les *Journées* où sont réunis tous les cliniciens de tous les pôles du réseau et le public intéressé.
    - Les *Séminaires* consacrés à chacun des pôles et qui concernent le travail des cliniciens, discuté et présenté autour des résultats.

2. Les documents écrits

- Le livret d'évaluation, spécifique à chaque pôle
    - Il est adressé à chacun des cliniciens dès leur engagement dans le réseau. Il reprend pas à pas la méthodologie avec les fiches d'évaluation
- Les publications de *Pour la Recherche*
    - Plusieurs numéros ont été consacrés à la méthodologie générale, la méthodologie de chacun des pôles et des synthèses de retour d'expérience.
- Les rapports d'étape du réseau

3. Le Site internet dédié au Réseau et www.techniques-psychotherapiques.org

- Le site dédié au Réseau : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/
    - Le coffre à outils des membres du réseau :
        - ce lien propose une page où le clinicien peut consulter la méthodologie générale du réseau dans toutes ses composantes sous formes de textes, de diaporama
        - le clinicien peut facilement télécharger les outils informatiques utiles pour la lecture des vidéo présentées (*Quicktime*) ou pour la communication à distance en groupe de pairs (*Skype*)
        - la marche à suivre pour débuter les études
        - cette page propose également des liens concernant les informations pour chacun des pôles : description générale des outils et le lien de la méthodologie spécifique à chacun d'entre eux.
        - A partir de cette page les cliniciens concernés par l'un des pôles peuvent accéder à des formations aux instruments, et réaliser des passations en ligne (ce niveau est accessible par mot de passe, distribué à chacun des cliniciens qui s'inscrit dans le réseau).
    - Le calendrier des activités du réseau

        - Il est très utile aux cliniciens qui peuvent consulter les dates des réunions mais aussi qui y trouvent le compte rendu des réunions antérieures (diaporamas et vidéos).

    - La veille bibliographique des thèmes prioritaires de recherche

        - Des résumés des recherches récentes concernant les thèmes du réseau sont consultables.

- Le site techniques-psychotherapiques.org : http://www.techniques-psychotherapiques.org/

    - Véritable source documentaire sur l'évaluation des psychothérapies

4. Les échanges e.mail avec les cliniciens

- Prise de contact : inscription dans le réseau

    - Les échanges e.mail avec le clinicien commencent avec sa demande de participation. En retour une fiche de renseignements le concernant lui est adressée. Elle contient son nom, son adresse professionnelle, les modalités de prises en charge psychothérapique de ses patients (privée, institutionnelle, etc), ses bases théoriques (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, etc). À cette occasion, il est demandé au clinicien l'âge, le sexe et la date de la première séance de psychothérapie du patient qu'il engage dans les études (à partir de laquelle l'évaluation commencera). En retour de ces informations, le clinicien reçoit un code pour lui, un code pour son patient (anonymisation des données cliniques) et le livret d'évaluation relatif au pôle dans lequel il s'inscrit.

- Aide à la prise en main de la méthodologie

    - A partir de ces préalables de nombreux échanges ont lieu pour répondre aux questions du clinicien, pour expliquer à nouveau un point méthodologique, pour aider à la passation d'instrument…

- Les évaluations

    - Les fiches d'évaluation des différents instruments sont adressées par e.mail à un seul correspondant (M Thurin) qui les vérifie. Le cas échéant elle demande des précisions au clinicien ou de revoir en groupe de pairs des éléments non précisés.

    - Un point régulier est réalisé avec les groupes de pairs. Il permet de vérifier que les données sont bien arrivées et de dynamiser le travail des cliniciens.

5. Les échanges par téléphone

- Le clinicien peut prendre un rendez-vous téléphonique pour discuter de la méthodologie ou d'un point difficile à résoudre.

3. Description des instruments

1. Formulation de cas (FC) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

La formulation de cas est un outil conceptuel et clinique majeur qui peut être également utilisé comme outil de recherche dans les études de résultats et de processus en psychothérapie.

Plusieurs terminologies rendent compte de ce concept : Formulation clinique de cas, Formulation diagnostique, Formulation de cas en psychothérapie, Conceptualisation de cas.

Définitions

De nombreuses définitions ont tenté d'appréhender la complexité du contenu et du processus de construction de la FC. En voici trois :

- Une formulation de cas est le processus d'utilisation de cadres théoriques solides pour, d'une part, organiser les données d'entretien, les données d'observation et les données d'évaluation (psychologique, psychiatrique et/ou psychosociale), et d'autre part, formuler des hypothèses qui peuvent expliquer la dynamique fondamentale d'un problème actuel, afin de construire un plan de traitement basé sur des forces appropriées (Nelson et Hastie).

- C'est un processus intégratif de synthèse des facteurs complexes en interaction impliqués dans le développement des problèmes présentés par le patient. Sur cette base, un ensemble d'hypothèses est généré à propos de l'étiologie et des facteurs qui perpétuent ces problèmes. Il prend en compte les forces et les aptitudes de l'enfant et de sa famille qui peuvent aider à identifier des approches thérapeutiques potentiellement efficaces et traduit le diagnostic en interventions thérapeutiques spécifiques et individualisées (Winters 2007).

- Une formulation biopsychosociale est une tentative de travailler une hypothèse développée en collaboration avec l'enfant et sa famille. Elle tente d'expliquer les facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels qui se sont combinés pour créer et maintenir le problème clinique de l'enfant et ceux qui favorisent son meilleur fonctionnement psychologique. C'est un guide individualisé pour la conception et la sélection du traitement. Il sera changé, modifié ou amplifié au fur et à mesure que le clinicien en saura plus sur les forces et les besoins de l'enfant et de sa famille (Commission psychothérapie de l'APA).

Différence entre FC et diagnostic catégoriel (DSM, CIM)

Dans le DSM, l'existence (ou la disparition) d'un trouble repose sur l'objectivation d'un ensemble de symptômes en relation à un diagnostic établi. La réponse est globale (0 ou 1) et ne renseigne pas sur les différences individuelles. D'autre part, bien qu'en principe « athéorique », ce diagnostic se rapporte au concept de maladie et n'apporte pas d'éléments précis sur une autre nature du problème. Sa

construction conduit à l'application d'une technique standardisée à dose établie en vue d'un résultat centré sur les symptômes.

La formulation de cas apporte davantage de précision et une perspective dimensionnelle (les problèmes sont abordés dans une continuité du normal au pathologique). Elle comprend une recherche étiologique (compréhension des causes sous-jacentes) et prend en compte les dimensions intra et interindividuelles du trouble. Elle ouvre sur des objectifs et une stratégie d'action individualisés.

Cadre de la formulation de cas

La FC est une formalisation de la démarche clinique. A ce titre, tout en restant ouverte à une multi causalité, il est important de veiller à ce qu'elle ne devienne pas une « usine à gaz » qui comprendrait tellement d'éléments qu'elle serait inutilisable dans la pratique. Ses éléments sont organisés de façon à dessiner une configuration permettant de relier l'observation, les hypothèses causales et l'action thérapeutique.

FC et modèles psychothérapiques

La formulation peut se décliner, suivant les approches, en formulation psychodynamique, communicationnelle, cognitivo-comportementale, biopsychosociale (facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels) ou pluraliste (prenant en compte plusieurs modèles théoriques). Cette distinction permet de préciser les relations entre les hypothèses étiologiques et les objectifs de chaque approche relativement au cas suivi.

Différentes FC ont été élaborées pour répondre aux spécificités des différentes approches quant aux inférences causales qu'elles proposent et aux objectifs qu'elles poursuivent pour répondre aux problèmes qu'elles traitent.

Un aperçu peut en être donné par le tableau suivant.

***Co*mment organiser la formulation de cas ?**

Horowitz a proposé en 1987 un plan général qui reste très actuel et peut être ajusté à l'âge et à la pathologie rencontrée. Il correspond à un processus d'investigation clinique courant. Appliqué à l'enfant, il se présente de la façon suivante :

1. Problèmes de l'enfant, leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (symptômes et comportements les plus manifestes, éléments précipitant, facteurs prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, étendue et qualité des relations interpersonnelles, niveau de développement, autonomie et handicap).

2. Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies,...) et/ou qui constituent des éléments favorables.

3. Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de l'enfant.

4. Première définition des buts (p.e., réduction de l'angoisse, aménagement d'une relation interpersonnelle et construction d'un espace psychique, développement des aptitudes dans différents domaines), des objectifs intermédiaires (p.e., jeu et étayage, contenance dans les états de rage et d'angoisse,...) de la psychothérapie et de la stratégie pour les atteindre.

La formulation de cas décrira également les principaux modérateurs : articulation du cadre thérapeutique avec l'ensemble du suivi de l'enfant autiste ; relations avec la famille et engagement d'un travail régulier ; contenus de la prise en charge institutionnelle ; contacts avec structures thérapeutiques et accompagnants ; intégration scolaire et activités de loisirs .

La formulation initiale est destinée à évoluer régulièrement. C'est l'occasion de suivre les changements, de réfléchir à la pertinence des hypothèses et d'en générer éventuellement d'autres ; de définir les approches correspondantes ; de situer les obstacles potentiels et les aires de résistance.

En résumé, la formulation de cas est un outil clinique, thérapeutique et intégratif qui permet de traduire le diagnostic en approche spécifique, connecte les théories de la psychothérapie à la pratique et permet leur application à un patient particulier. Elle accorde les principes scientifiques et la compréhension du caractère unique de la personne en thérapie.

Quelques références bibliographiques

Nelson A & Hastie M. Teaching the Art of Case Conceptualization. Austin Child Guidance Center (Texas).

Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry*, 1987;144(5):543–50.

Sim K, Gwee K et Bateman A. Case Formulation in Psychotherapy: Revitalizing Its Usefulness as a Clinical Tool. *Academic Psychiatry* 2005 ; 29(3) : 289-292.

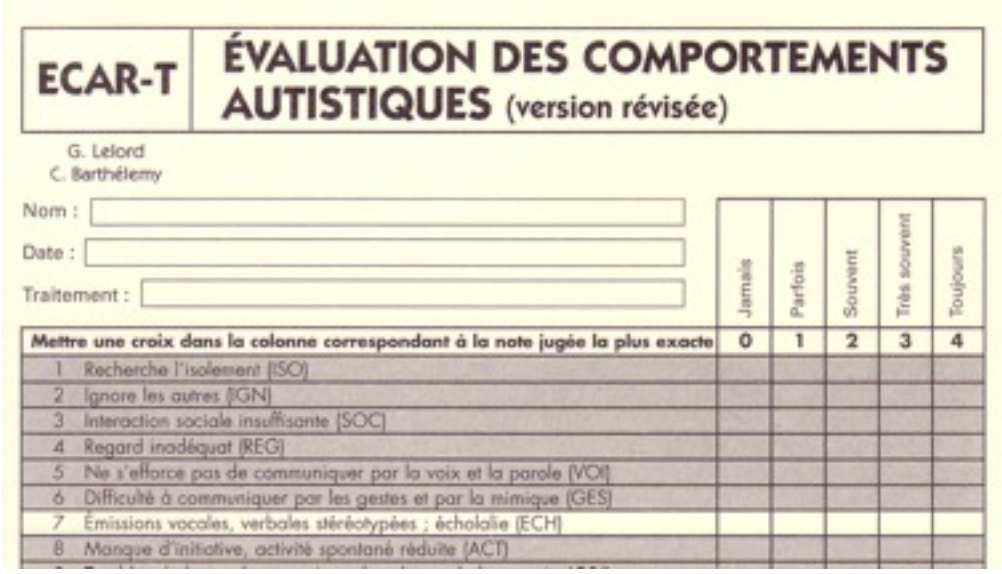
Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am,* 2007 ; 16 : 111–132.

2. ECAR-T : Évaluation des comportements autistiques (version révisée) de G. Lelord et C. Barthélémy

Cette échelle a été validée dans le service de pédopsychiatrie de Tours. Elle comporte 29 items cotés de 0 à 4 en fonction de leur fréquence d'apparition. Elle permet d'explorer l'enfant autiste dans différents domaines de son comportement : retrait social, troubles de la communication verbale et non verbale, adaptation aux situations environnementales, troubles du tonus, motricité perturbée, réactions affectives, troubles des grandes fonctions instinctives, troubles de l'attention, des perceptions et des fonctions intellectuelles. Elle indique, pour les différents comportements observés, les variables spontanées au cours du temps et les améliorations induites par les thérapeutiques et les rééducations.

A partir des cotations régulières de l'échelle, des profils symptomatiques sont obtenus pour un enfant. Ce profil peut être suivi sur plusieurs mois. Il est possible d'analyser l'évolution de ce profil, symptôme par symptôme, en tenant compte des différents facteurs qui ont éventuellement influencé cette évolution.

Les données quantifiées recueillies à partir de l'échelle sont par ailleurs utilisables en tant que variables cliniques pour la recherche d'éventuelles relations avec d'autres variables. Il est ainsi possible de suivre l'évolution de la « déficience relationnelle » et de « l'insuffisance modulatrice » à partir de scores récapitulatifs spécifiques.



ECAR-T **ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS AUTISTIQUES** (version révisée)

G. Lelord
C. Barthélemy

Nom :
Date :
Traitement :

Mettre une croix dans la colonne correspondant à la note jugée la plus exacte	Jamais 0	Parfois 1	Souvent 2	Très souvent 3	Toujours 4
1 Recherche l'isolement (ISO)					
2 Ignore les autres (IGN)					
3 Interaction sociale insuffisante (SOC)					
4 Regard inadéquat (REG)					
5 Ne s'efforce pas de communiquer par la voix et la parole (VOI)					
6 Difficulté à communiquer par les gestes et par la mimique (GES)					
7 Émissions vocales, verbales stéréotypées ; écholalie (ECH)					
8 Manque d'initiative, activité spontané réduite (ACT)					

Un manuel pour l'aide à la cotation est disponible pour cet instrument.

3. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile. Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

- EPCA : Evaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (nouvelle appellation de la Grille G. Haag et Coll.). En anglais : Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC).

Cette échelle, qui comprend 147 items, permet de suivre le développement de l'enfant autiste dans sept dimensions au cours de cinq étapes évolutives : expressions émotionnelles dans la relation, regard, image du corps, langage verbal, exploration de l'espace et des objets, repérage temporel, manifestations agressives. L'axe théorique sous-jacent est que la constitution de l'image du corps est au coeur de la situation subjective et de sa symbolisation. La relation à l'environnement et à l'autre peut être abordée à partir de l'évolution du regard, du langage, de l'exploration et des manifestations agressives.

La cotation, de 0 à 4 des propositions, est à l'appréciation du clinicien en termes d'importance (intensité, fréquence, signification, confondues).

Les cinq étapes évolutives observées sont les suivantes : état autistique sévère, étape de récupération de la peau, réduction du clivage vertical, réduction du clivage horizontal, individuation.

Dans cette grille et pour chacune des dimensions, il existe 3 types d'items :

- *Ceux qui décrivent des éléments pathologiques (P)*,

- *Ceux qui décrivent des éléments qui peuvent sembler pathologiques, mais qui traduisent un processus de développement en cours : Emergence Développementale Temporaire (EDT)*. Ce développement en cours peut contenir des traits qui expriment que le processus est initié mais n'est pas terminé (par exemple "crispation" dans le repérage des cycles faits dans l'organisation de vie par les enfants et coté en temps circulaire).

- *Ceux qui traduisent un développement acquis (D)*

Cette grille est en cours de publication dans Pour la Recherche 2013.

4. Questionnaire de configuration psychothérapique (version enfant). (Schneider & Jones, 2006 ; traduction française autorisée, M, JM Thurin, C Schneider)

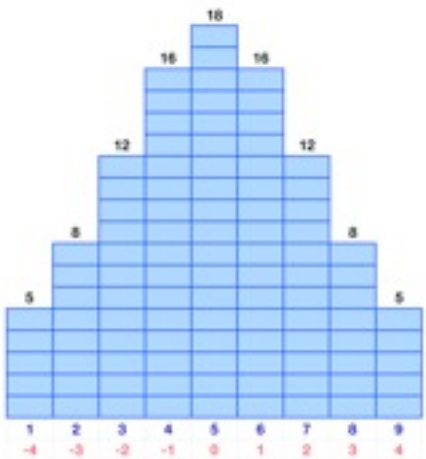
Le *Child Psychotherapy Q-set (CPQ)* est une extension du *Psychotherapy process Q-set* de Jones et *al.* (1985). Il a été élaboré au cours de plusieurs années avec un panel de cliniciens se référant à différentes théories.

Le CPQ constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à

pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.

L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Le CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacune des 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0) (cf. diagramme ci-dessous). Cette méthodologie permet la comparaison (à partir des données cliniques), prévenant le biais de réponses par séries et risquant de créer un effet de halo. Pour le dire autrement, le choix de la valeur des items se fait en sélectionnant entre deux valeurs proches celle qui correspond le plus à l'item en question.



Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour faciliter la cotation.

Le CPQ comprend trois types d'items :

1. Les éléments décrivant les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience de l'enfant.

2. Les éléments décrivant les actions et les attitudes du thérapeute.

3. Les éléments portant sur la nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Exemples des différents types d'items :

1er type : Item 40. L'enfant communique de façon inaffective.

· Placer vers caractéristique si l'enfant parle ou rapporte des informations de façon

monotone ou inaffective.

· Placer vers non caractéristique si la communication de l'enfant est chargée d'affect. Par exemple, l'enfant exprime différents affects suivant un éventail varié de tonalités, de caractères imagés ou de postures.

2ème type : Item 12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées .

· Placer vers caractéristique si le thérapeute utilise ses propres affects et sa tonalité émotive quand il aborde les états émotionnels de l'enfant. Par exemple, quand l'enfant décrit sans sentiment l'enterrement d'un animal aimé familier, le thérapeute dit tristement « Cela me fait vraiment de la peine, comme si j'allais pleurer ».

· Placer vers non caractéristique si le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives. Par exemple, quand l'enfant discute la perte d'un animal familier sur un mode inaffectif, le thérapeute dit « Je pense que vous êtes triste ».

3ème type : Item 16. Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).

· Placer vers caractéristique s'il y a discussion ou évocation à travers le jeu des fonctions corporelles. Les fonctions corporelles peuvent inclure la miction, les mouvements d'intestin, ou la fonction des organes sexuels.

· Placer vers non caractéristique si l'examen des fonctions corporelles est activement évité, ou non discuté quand ce thème émerge dans le jeu ou le comportement. Par exemple, l'enfant demande à être excusé pour utiliser les toilettes deux fois pendant la séance, et le thérapeute ne relève pas cet événement.

Il existe trois ordres de cotations :

· **Caractéristique** = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

· **Neutre** = non pertinent ou sans importance dans la séance.

· **Non caractéristique** = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable.

Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie neutre, ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie neutre quand il est vraiment **non pertinent** ou **sans importance** dans le contexte clinique actuel. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que **l'absence** d'un comportement ou d'une expérience particulière **est remarquable**. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée qui facilite le travail et en réduit le temps. La cotation de chacun des pairs est insérée dans un document word pour la validation en commun. La version validée sera conservée dans une base de données, ce qui permettra l'analyse ultérieure du processus et son éventuelle comparaison avec celui de cas analogues.

Le CPQ est utilisé dans le cadre des études du pôle autisme du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*. Il permet l'évaluation de différents facteurs à l'oeuvre dans les psychothérapies, à savoir : l'alliance thérapeutique dont il permet de distinguer, l'engagement, le transfert, la participation du patient dans sa thérapie, l'engagement, l'ajustement du thérapeute et leur interaction. D'autres facteurs, notamment comme l'expression des affects, l'interprétation, la communication, etc, peuvent être appréhendés. Les premiers résultats, à partir de huit cas évalués sur une durée d'une année ont été présentés en 2011 au cours de la Journée d'étape du Réseau et lors des 9èmes Rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres qui se sont tenues au Ministère de la Santé. Une centaine de cliniciens participent à ces études dans le pôle autisme et utilisent donc cet instrument qui apporte beaucoup à la clinique et à l'élaboration des grandes questions qui la sous-tendent.

Ref biblio : L'instrument est traduit en langue française. Il est publié dans sa version intégrale dans le numéro 66 de Pour la Recherche (septembre 2010). *Questionnaire de configuration du processus psychothérapique Version enfant. Traduction française, M Thurin, JM Thurin et C Schneider.*

4. Définition des médiateurs préconstruits et indicateurs de changements du CPQ

a) Alliance

Ce facteur regroupe les items qui indiquent qu'une alliance de travail se construit ou non entre le patient (P) et le thérapeute (T). Cette alliance est la moyenne des scores concernant 1. Le Patient - 1.a) engagement/résistance (EP), 1.b) participation du patient dans la thérapie (PP) ; 2. Le Thérapeute - 2.a) engagement (ET), 2.b) ajustement (AT) ; 3. L'Interaction patient-thérapeute (IT).

1. Patient

- **Engagement/résistance du patient (EP) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : 13, 30, 71, 88, 96.

Ce sous facteur témoigne que les apports de l'enfant dans la discussion ou dans ses activités sont reliés au travail de la psychothérapie.

item	Descriptifs
13	L'enfant est animé ou en éveil
30	Les aspirations ou les ambitions de l'enfant font partie des thèmes abordés.
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.
96	Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.

- **Participation du patient (PP) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : 19, 29, 63, 72, 83.

Ce sous facteur témoigne de l'activité explicite de l'enfant durant la séance.

item	Descriptifs
19	L'enfant demande un conseil ou une information.
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique)
63	L'enfant explore les relations avec les autres significatifs.
72	L'enfant est actif.
83	L'enfant fait des demandes répétées au T.

- **Transfert du patient (TP) - (9 items)**

Ce facteur est composé de 9 items : Abs (_01) + Abs (_10) + Abs (_15) + Abs (_20) + Abs (_39) + Abs (_49) + Abs (_64) + Abs (_78) + Abs (_80)

Ce sous facteur témoigne que l'enfant a établi des liens (ou non) déjà assez élaborés dans sa relation au thérapeute (recherche d'intimité, reproche directement adressé, participation au jeu du T. etc).

item	Descriptifs
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)
20	L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique (R. l'enfant est particulièrement respectueux, compliant, ou semble jouer le rôle du « bon patient")

item	Descriptifs
39	L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)
49	L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance)
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).
78	L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute (R. l'enfant se comporte d'une manière qui évoque la désapprobation, l'irritation, ou le rejet).
80	L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).

2. Thérapeute

- **Engagement du thérapeute (ET) - (6 items)**

Ce facteur est composé de 6 items : _06 + (_09 *-1) +(_24 * -1) + _60 + _66 + _86

Ce sous facteur témoigne de l'empathie (ou non) du thérapeute envers l'enfant qui ne se situe pas à proprement parler dans l'approche mais plutôt le style du thérapeute.

item	Descriptifs
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique
60	Le thérapeute est protecteur de l'enfant.
66	Le thérapeute est directement rassurant.
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).

- **Ajustement du thérapeute (AT) - (5 items)**

Ce facteur est composé de 5 items : _17; _45 ;_47; _77; _89

item	Descriptifs
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.
89	Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.

3. Interaction (IT) - (13 items)

Ce facteur est composé de 13 items : _04; _11; _14; _16; _23; _35; _38; _74; _75; _90; _91) + (_41 * -1) + (_42 * -1)04, 11, 14,

item	Descriptifs
4	Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).
14	Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
23	La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.
35	L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.

item	Descriptifs
38	Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou à des sentiments.
74	L'humour est utilisé (R. l'interaction entre le thérapeute et l'enfant semble austère ou sombre).
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées (R. la discussion des interruptions dans le traitement ou la terminaison semble être évitée).
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.
91	Une phase précoce de développement est un thème.
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute. (R. l'enfant répond aux remarques du thérapeute avec un jeu, des commentaires ou des associations)

b) Approches générales et interventions pivots

Ce facteur regroupe les actions thérapeutiques qui se déroulent au cours de la séance. Nous avons différencié deux niveaux de regroupement : 1) Le premier concerne de façon globale les actions qui se réfèrent aux facteurs communs, au cadre thérapeutique et aux approches qui se rapportent à une référence théorique spécifique ayant fait l'objet d'une distinction avec une cotation des éléments les plus spécifiques dans une perspective générale (TCC, PPD) ; 2) Le second considère quatre actions qui peuvent être associées aux fonctions pivots et donc susceptibles d'être associées aux changements : expression et conscience des affects, communication, verbalisation et langage, interprétation/signification, conseil et comportement.

1. Actions se référant à une approche générale psychodynamique ou cognitivo-comportementale (20 items)

Ce sous facteur regroupe les items où le thérapeute réalise une action thérapeutique explicite. Cette action est relative à son approche et à la direction de la psychothérapie qu'il mène. Elle peut être nettement identifiée à une technique, par exemple : Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (TCC) ; Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (PPD), mais aussi relative à des facteurs communs, p.e Le thérapeute pose des limites (48).

a. Facteurs spécifiques

Ces items sont issus d'une publication de C Schneider (en rouge, les items dont la formulation est associée à un score négatif ; des items significatifs d'une approche peuvent être discriminatifs de l'autre et cotés en négatif (par exemple, item 27)

ppd : 6, 45, 62, 38, 67, 79, 65, 76, 50, 52 – 27, 41, 09, 66, 21, 17, 55, 37, 18, 24

tcc : 55, 37, 66, 21, 27, 87, 57, 17, 03, 69 – 24, 51, 41, 100, 98, 09, 93, 90, 46, 67

b. Facteurs communs.

Ce facteur a été identifié à partir des éléments les plus caractéristiques pour les 50 patients et du Facteur F1 issu de l'analyse factorielle simple des scores moyens des 100 items du CPQ chez les 50 patients.

2. Actions relatives aux fonctions pivots

- **Expression et conscience des affects (ECA) - 6 items**

Ce facteur est composé de 6 items : 12, 50, 79, 81, 82, 97.

Ce facteur regroupe les items décrivant l'attitude du thérapeute et sa technique pour aider l'enfant à prendre conscience de ses affects, de ses sentiments et de ses changements d'humeur, à les exprimer et à les contrôler.

item	Descriptifs
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, envie, excitation).
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.
82	Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments.
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- **Communication, verbalisation et langage (CVL) – 7 items**

Ce facteur est composé de 7 items : 03, 16, 21, 31, 65, 79, 97.

Ce facteur regroupe les items reliés aux actions du thérapeute destinées à faciliter l'expression verbale de l'enfant. Sont inclus dans ce cadre, les items qui, dans cette perspective, se rapportent au style et à l'adaptation du thérapeute au discours de l'enfant, ceux qui concernent les informations et explications qu'il lui donne, les clarifications ou reformulations qu'il introduit ou la discussion du cadre de la psychothérapie.

item	Descriptifs
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).
21	le thérapeute dévoile quelque chose de lui.
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.

- **Interprétation/signification (IS) - 10 items**

Ce facteur est composé de 10 items : 36, 43, 46, 48, 62, 67, 68, 92, 76, 100 + Cas (_98≥0 ; _98 ; 0)

Ce facteur regroupe les items où le thérapeute interprète, établit des liens ou pointe un aspect particulier de son fonctionnement, de son expérience ou de sa conduite pour mener l'enfant à l'interprétation de leur signification.

item	Descriptifs
36	Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense.
43	Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres.
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.
48	Le thérapeute pose des limites
62	Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant.
67	Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées.
68	Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées.
76	Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience.
92	Les sentiments ou les perceptions de l'enfant sont liés aux situations ou comportement du passé.
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.

- **Conseil et Comportement (CC) - 10 items**

Ce facteur est composé de 10 items : 02,18, 27, 37, 48, 52, 55, 57, 87, 99

Ce facteur regroupe les items où le travail de la séance est focalisé plus particulièrement sur le comportement de l'enfant. Il décrit les actions du thérapeute et les moyens qu'il utilise pour amener une modification des comportements non souhaitables.

item	Descriptifs
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord.
27	Il y a une attention particulière pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance.
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique.
48	Le thérapeute pose des limites
52	Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables.
57	Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant.
87	Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils.

c) Indicateurs de changement intrapsychique issus du CPQ.

1. Insight (INS) - 5 items

Ce facteur est composé de 5 items : 05 (*-1), 32, 53, 54, 58 (*-1).
Il témoigne des dispositions et des capacités de l'enfant à comprendre ce qui est abordé dans la séance en relation à un travail psychique et à se comprendre lui-même. Il peut également (en négatif) s'agir d'une obstruction à la compréhension par un discours plus ou moins confus.

item	Descriptifs
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute.
32	L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes.
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale.
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.

2. Amélioration de l'état Émotionnel et de son expression, réduction des Affects négatifs et des Défenses (EAD) - 9 items

Ce facteur est composé de 9 items : 22 (*-1), 33 (*-1), 34 (*-1), 40 (*-1), 51 (*-1), 56 (*-1), 70 (*-1), 84 (*-1), 85 (*-1)
Ils concernent l'état émotionnel de l'enfant (crainte/attente positive, besoin de proximité/ d'autonomie), et son expression par le patient (difficulté d'expression, alexithymie/ expression affectivée, expression sous la forme de colère ou d'auto agression/évitement des sentiments de colère) et les mécanismes de défense (projection/ attribution et responsabilité, absence de modulation/contrôle des impulsions, distanciation/expression modulée, projection/ reconnaissance de ses sentiments), acting (auto agression / agression tournée vers l'extérieur.

Globalement, plus le score est fort, mieux va l'enfant, mais un examen attentif de la signification de chaque item dans son contexte est nécessaire) .

item	Descriptifs
22	L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé (R l'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé).
33	L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un (R l'enfant fait état ou exprime son sentiment de vouloir être distant, séparé ou de n'avoir besoin de personne)
34	L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés (R. l'enfant prend la responsabilité appropriée de ses propres actions ou de sa position).
40	L'enfant communique de façon inaffective (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).
51	L'enfant attribue ses propres caractéristiques ou ses sentiments au thérapeute (R. l'enfant reconnaît ses propres caractéristiques et sentiments).
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).
70	L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions (R. l'enfant ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve).
84	L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs (R. des sentiments conséquents de colère ou d'agressivité sont délibérément évités).
85	L'agression de l'enfant est dirigée contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).

3. Relation au monde et aux autres[104] (RMA) - 12 items

Ce facteur est composé de 12 items : 7 (*-1), 8, 13, 25 (*-1), 26 (*-1), 44 (*-1), 59 (*-1), 61 (*-1), 63, 73 (*-1), 94 (*-1), 95 (*-1)

Ils témoignent de la relation à la réalité de l'enfant.
Un score négatif traduit une relation difficile qui se manifeste chez l'enfant par son degré d'anxiété et de tension, de décalage, de méfiance, d'infériorité, de timidité, de crainte, de tristesse, de manque de spontanéité.
Un score positif traduit une relation marquée par la détente, la confiance, l'imagination, la curiosité et l'exploration des relations avec les autres.

item	Descriptifs
7	L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).
8	L'enfant est curieux (vs montre du désintérêt pour ce qui l'entoure).
13	L'enfant est animé ou en éveil (vs semble ennuyé, morne, sans vie ou sombre)
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).
26	L'enfant est socialement désaccordé ou décalé (vs l'enfant est attentif aux interactions sociales).
44	L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (vs confiant et en sécurité).
59	L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur).
61	L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).
63	L'enfant explore les relations avec les personnes importantes pour lui (la discussion de ces relations est évitée ou rapportée sans élaboration ou curiosité).

[104] Le choix des items a été réalisé en relation avec l'approche biologique des conséquences du stress, éléments symptomatiques et complémentaires quand il a un effet désorganisateur avec recherche d'adaptation d'un côté, activités d'exploration et disponibilité lorsqu'il est absent ou résolu, de l'autre.

73	L'enfant exprime des craintes ou montre un comportement phobique (R. l'enfant semble calme, courageux, et à l'aise même lorsque quelque chose est effrayant ou déconcertant).
94	L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).

3. Définition des modérateurs dans les études de cas autisme

Dans le cadre de l'autisme, nous avons distingué, outre l'âge de l'enfant et son sexe, 10 éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur le processus de la psychothérapie et d'avoir un impact sur ses effets : *Âge de repérage des troubles et de début de la psychothérapie, Contexte du développement précoce, Événements précoces potentiellement traumatiques, Soutien familial de l'enfant, Existence de relations psychosociales, Soutien de la psychothérapie par les parents, Comorbidité psychique, Comorbidité somatique, Plateau technique, Scolarisation*.

Age

Sexe (F/M)

1. **Âge du repérage des troubles :** (à partir de la première consultation de l'enfant)
2. **Contexte de développement précoce de l'enfant difficile :**

   Insomnie de l'enfant, difficultés importantes d'alimentation, réponses physiologiques exacerbées, spontanées ou consécutives à un événement ou une situation …
3. **Événements précoces potentiellement traumatiques**

   Événements déstabilisants et insécurisants tels que instabilité du cadre, précarité, déplacement géographique, agression
4. **Soutien familial de l'enfant**

   Le soutien familial peut être élevé ou réduit par l'épuisement ou un contexte externe difficile
5. **Existence de relations psychosociales** (même si l'enfant est en retrait)

   Ces relations concernent les pairs, d'autres membres de la famille, les partenaires sociaux (école, crèche, para médicaux, …), …
6. **Soutien de la psychothérapie par les parents** (signaler si le soutien est partagé ou ne repose que sur 1 parent et si ce soutien permet la régularité de la psychothérapie)
7. **Comorbidités psychiques de l'enfant**

   Dépression, TDAH, trouble grave du sommeil, …
8. **Comorbidités somatiques de l'enfant**

   Maladie somatique, complications à la naissance, …
9. **Plateau technique**

   Plus ou moins développé, il peut aussi différer avec l'âge de l'enfant (p.e., arrêt de la nécessité de la psychomotricité, de l'orthophonie et des ateliers éducatifs), ce qui est pris en compte dans la cotation
10. **Scolarisation**

    La scolarisation partielle ou accompagnée est prise en compte

Chacun des éléments est pris en compte dans la cotation du modérateur (0 ou 1). La somme des 10 cotations conduit à un index de difficulté contextuelle initiale (IG) ou de contexte favorable initial (IF) suivant l'orientation de la cotation. Dans l'étude, le contexte a été indexé sous l'angle de la difficulté (IG), mais la description individuelle des modérateurs présente les éléments du contexte dans son ensemble, avec ses difficultés, ses éléments favorables, et son évolution au cours de la psychothérapie.

4. Tableau récapitulatif du plateau technique des 50 enfants

CP	âge	séances/s	orthophonie	psychomotricité	entretien pédiatre	entretien psychiatre	ateliers	scolarisation

CP	âge	séances/s	orthophonie	psychomotricité	entretien pédiatre	entretien psychiatre	ateliers	scolarisation
X003	5	3s/s						
X005	14	2s/s (libé)	oui en libéral (antérieure)	oui (antérieure)			IME : autour des activités ménagères	normale jusqu'à 7 ans, puis Clis puis IME
X007	4	2 s/s	non nécessaire	non	à la demande		SESSAD sans précision	matin avec AVS
X030	6	2		1s/semaine			communication avec 2 autres enfants musicothérapie	2j/s à l'HDJ en alternance avec école maternelle
Xi03	11	3s/s	oui	oui				oui
Xi26	5	3s/s						oui
Xi32	7	2s/s	2s/s	3/s			piscine	oui
Y001	5	2 / s (libé)	2/s (makaton)				suivi en libéral(jeux)	2 J + 2 demi j/s avec AVS
Y003	6	1/s	1/s en institution et 1 s/15j en libéral	1s/s			1/s : bassin	1 demi J: maternelle avec AVS
Y009	12	3s/s	1/s en libéral	1s/s		1/s avec la famille	piscine, sport, art plastique, etc... psychodrame	HJ : enseignant spécialisé, travail quotidien
Y010	4	2 puis 1	2 s/s interrompu par les parents			mensuel au départ, nombreux annulés	jardin d'enfant 1/s annulé par les parents	2 matinées avec AVS
Y011	11	2 s/s						
Y012	9	1/s (libé)	1/s en libéral				trampoline ferme pédagogique vélo	IME
Y013	8	2s/s (libé)	1			mensuel (CMP)	multi sport, natation	CLIS
Y014	5	3 puis 2	1 puis 2 s/s	1 s/s 1a puis arrêt	1/an			maternelle : 4j/s. Actuel 2è a de CLIS
Y015	12	2 s/s						HJ
Y017	7	3/s	0	1 s/s		1 / mois	3/s	2h spécialisé
Y018	5	2 s/s : 1 seul, 1 avec la mère	oui	oui + Kiné				avec AVS
Y019	3	1/s		1s/s			trampoline, jeux en hauteur, calendrier	

Y020	11	2 /s				1 / mois	2/s	école hôpital / 3 demi J/s
Y021	5	non indiqué						
Y022	10	1/s	1 s/s	1 /s à 8 ans puis arrêt		ts les 3 mois	escalade 1/s gr habileté sociale	normal : collège 5ème
Y027	6	2/s				rare		Inst spécialisé 5 j/s
Y030	4	2 s/s	1 s/s en groupe	oui			groupe de vie éveil et cuisine	HDJ
Y031	6	2 s/s		oui			chants mimés et pataugeoire	HDJ 4m/s 1/2 j/s avec AVS puis arrêt
Y032	4	2 s/s (a changé de thérapeute 2f au cours des 12 mois de TED)		oui + Kiné			psychoéducatifs (bulles, bâtons de pluie, tour à boule, balle à ressort)	2m/s avec AVS
Y033	4	2 s/s		1s/s en groupe			pataugeoire atelier musical éveil équitation	4m/s avec AVS
Y034	5	nombre ?		oui			atelier groupe	avec AVS
Y036	5	2 s/s	1/s (Makathon)		1/2 mois (coordinateur des soins)	1/mois entretien familial	1/s (TED)	le matin puis tous les jours avec AVS
Y037	5	nombre ?		oui c'est la T				2j/s avec AVS +HDJ
Y041	8	1/s	1/s indiv 1/s groupe			1/an pour synthèse annuelle	4/s : sucré/ salé, relaxation, jeux moteurs, sortie ext.	1heure/s classe normale (musique), 3 s/s : institutrice HJ, 4 matinées/s Unité spécialisée
Y044	7	2	1 s/s	mise en place une année plus tard		1/mois : entretien familial	3/s	5 demi J/s (normale)
Yi05	11	2s/s puis 1/s	oui (public)	oui (public)				avec soutien
Yi06	6	4s/s + ABA depuis 1 an et demi	oui en libéral					école avec soutien inadapté
Yi07	4	2 s/s	oui	oui				école privée avec aide
Yi10	10	3s/s						bonne intégration
Yi11	10	2 s/s				organisation de groupe famille/ enseignant/ enfant	piscine	bonne
Yi13	6	3s/s						avec soutien
Yi14	13	4s/s						avec soutien, assez bon rendement scolaire

Yi15	8	3s/s	oui			scout, sport		avec soutien
Yi16	8	3 puis 2	oui			sport		oui bonne avec soutien
Yi17	14	1/s	oui					avec soutien
Yi19	7	2 s/s						oui, il est très apprécié
Yi20	3	3s/s	oui					oui avec soutien
Yi22	6	1/s						avec soutien
Yi23	15	1/s				1f/s	scout, musique	très bonne intégration scolaire
Yi24	14	1 puis 2/s	oui	oui				oui
Yi25	6	2 s/s + ABA						avec AVS
Yi28	9	3 puis 2 puis 1 éduc. à domicile 2f/s + TCC 2f/s						école normale
Yi30	13	3s/s					musicothérapie sport	avec soutien

5. Exemple de fiche de synthèse pour chaque patient

CodePatient	**Y001**	Date Début Traitement	10/09/2008	**termine**	
polePatient	Autisme	Certificat Consentement	(●) Oui ( ) Non	● Oui	
codeSoignant	001	début étude : année	2008	semaine 37	Non
age	5	reperage_avant3ans		après 3ans	
sexe	( ) F (●) M	exercice			
psychotherapie	PPD	rythmeseances	2/semaine 45	début 3-4 ans	5 ans ou +
autres modalités thérapeut.	O : psychot, orthophonie (2/semaine 30 mn)				
travail avec parents	( ) Oui ( ) Non				
soutienparentstherapie	( ) Oui ( ) Non	ModF_aspt	1		
diagnostic posé antér.		IG	2	IF 8	
CIM10	F 84.0	NAPA	2		
ant. prise en charge	( ) Oui ( ) Non				
autre thérapie ou p en c	orthophonie 2 séances/sem				
psychotrope	( ) Oui (●) Non	contextes			
scolarisation	( ) Oui ( ) Non				

vignette clinique

Les parents de Y001, très inquiets de son développement atypique, ont contacté directement la psychothérapeute. Ils avaient pris rendez-vous avec le CAMPS de la ville pour leur enfant de deux ans et demi auquel on proposait une hospitalisation en pédopsychiatrie à 40 kms de leur domicile avec un traitement psychotrope contre l'agitation. Il fallait attendre de 18 mois pour une prise en charge en orthophonie, pas de psychothérapie proposée.
Lors de la première séance l'enfant passe son temps à coller et décoller des étiquettes qu'il empile ensuite sur sa main. Son regard ne croise pas celui de la psychothérapeute. Il frôle les murs et s'y accroche, comme collé ; il se provoque des stimulations visuelles en appuyant sur ses globes oculaires. Il jette beaucoup les objets et agresse sa mère en la mordant, la frappant et la griffant. Il est très agité et ne peut être intégré dans un groupe avec des enfants de son âge.
Y001 est en psychothérapie depuis 2 ans (2 séances par semaine, de 45 mn) au moment de son entrée dans l'étude. Il est noté qu'il ne possède pas le langage, qu'il présente une absence d'autonomie, a des problèmes d'alimentation et de comportement (agressivité, agitation, stéréotypies et un important retrait dans la relation.

Formulation de cas initiale

Y001 - FC initiale

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :
Absence de langage, troubles du comportement, Retrait

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :
Evénements stressant : Confié à sa grand-mère paternelle, dépressive

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème :
La maman de Merlin a été hospitalisée 15 jours après la naissance de celui-ci car elle souffrait d' une infection urinaire

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :
Autisme modéré
Pas de langage

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :
Colle et décolle des étiquettes

Synthèse des modérateurs principaux

Y001 a commencé sa psychothérapie à deux ans et demi et bénéficie d'un très bon soutien familial. Les parents s'entendent très bien. Il a en outre un très bon plateau technique (école, thérapeute, orthophoniste, etc...) qui sont en bonne alliance associant les parents. Le début de vie a été difficile pour cet enfant dont la maman a du être hospitalisée lorsqu'il avait 15 jours, puis c'est lui qui a déclaré une maladie grave des reins qui a rendu des hospitalisations régulières indispensables. Travail de la thérapeute très positif avec les parents pour lever les angoisses liées à sa maladie (rencontre avec la pédiatre), aux acquisitions, etc. Elle rencontre également la fratrie quand un problème se pose avec Y001. Très bonne alliance de l'enfant avec sa thérapeute.

Évolution ECAR EPCA et indicateurs CPQ au cours de l'année

CodePatient Y001

	EG-00	EG-02	EG-06	EG-12	varEG	teEG	DR_00	DR_02	DR_06	DR_12	IM_00	IM_02	IM_06	IM_12
ECAR	52	29	22	8	-44	?	50	23	17	0	67	25	17	25
	0	0	0	0	0		0	0	0	0				

	00_P	02_P	06_P	12_P	ecm D	var P	00_D	02_D	06_D	12_D	var D	ecm D	Apt_T00	Apt_T12
EPCA	21	11	13	6	0,0	15,0	40	38	50	62	22,0	0,0	7	14

	INS_02	INS_06	INS_12	EAD_02	EAD_06	EAD_12	SA_02	SA_06	SA_12
CPQbase1	2,00	5,00	5,00	13,00	12,00	13,00	14,00	23,00	18,00

CPQtrescaract

item	Formulations	MsY001
09	(R. Le thérapeute est impliqué affectivement).	-3,00
24	(R le thérapeute ne répond pas personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-3,67
40	(R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-3,00
41	(R l'enfant exprime que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-3,00
44	(R. l'enfant se sent confiant et en sécurité).	-3,00
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	3,67
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.	3,67
61	(R. L'enfant ne semble pas embarrassé, est assuré, à l'aise ou sûr de lui).	-3,00
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu.	3,33
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire.	3,67
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément	3,33

	EP_02	EP_06	EP_12	PP_02	PP_06	PP_12	TP_02	TP_06	TP_12	ET_02	ET_06	ET_12	AT_02	AT_06	AT_12	IT_02	IT_06	IT_12
	6,0	5,0	7,0	7,0	4,0	1,0	30,6	52,8	38,9	10,0	13,0	5,0	8,0	10,0	4,0	8,0	7,0	12,5

	ECA_02	ECA_06	ECA_12	CVL_02	CVL_06	CVL_12	IS_02	IS_06	IS_12	CC_02	CC_06	CC_12	IT2_12
	12,5	25,0	33,3	28,6	7,1	3,6	10,0	30,0	40,0	-42,5	-7,5	-25,0	6,0

	PPD_02	PPD_06	PPD_12	TCC_02	TCC_06	TCC_12	M-PPD	M_TCC
CPQbase1	70,1	52,8	82,6	-29,4	-13,7	-24,1	68,5	-22,4

Commentaire Analyse CPQ

On note parmi les médiateurs préconstruits « alliance » de la psychothérapie une réduction de la participation de Merlin à 12 mois qui se retrouve dans les scores d'engagement et d'ajustement de sa thérapeute, et dans l'interaction entre Merlin et sa thérapeute. Cette dimension présente un pic à 6 mois et se réduit ensuite. Il est à noter que, parallèlement, à 12 mois, l'expression et contenance des affects (ECA) d'une part, et l'interprétation de la signification de l'expérience et de la conduite de Merlin (IS) prennent une place très importante.

Concernant les 4 facteurs émergents, Merlin est un des seuls enfants dont les valeurs sont élevées dans le facteur commun (F1) et positif dans les 3 autres facteurs spécifiques.

Formulation de cas finale

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant et santé :
- Manque de fluidité des jeux symboliques.

Poursuite du travail sur la névrotisation des défenses avec la construction de la personnalité.
Problèmes de nourriture : la sélectivité s'est améliorée, sauf pour les légumes.
A acquis le langage : utilisation de phrases, avec le « je », le futur, le passé composé, mais la grammaire est à améliorer.
La socialisation reste à travailler, malgré l'entrée au CP. Il est intégré toute la semaine, 6 demi-journées sur 8, en raison des temps de traitements dans une classe de son âge (CP) avec une EVS.
Difficulté à tolérer l'échec (perdre à un jeu; ne pas parvenir à faire quelque chose qui est demandé par l'école)
Recherche d'un traitement pour le problème de rein.
Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables

XVII.ANNEXE 2. TABLEAUX ET FEUILLES DE CALCUL

1. Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants
2. Histogrammes Age, IG et Napa
3. test t ECAR EG
4. test t ECAR DR
5. test t ECAR IM
6. Test t EPCA Pathologie
7. Test t EPCA Développement
8. Test t CPQ INS
9. Test t CPQ EAD
10. Test t CPQ RMA
11. Tableau descriptif des données (1)
12. Tableau descriptif des données (2)
13. Tableau descriptif des données (3)
14. Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans
15. Récapitulatif Tableau descriptif des données
16. Quantiles % Δ EG 50 patients
17. Quantiles % Δ Apt 50 patients
18. Variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice)
19. Variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement)
20. Variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA)
21. Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL
22. Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients
23. Données issues des prototypes d'approches psychothérapiques
24. CAH T02 facteurs préconstruits
25. CAH T06 facteurs préconstruits
26. CAH T12 facteurs préconstruits
27. Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois
28. Relation Classe T12 médiateurs préconstruits - Δ EG
29. Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax
30. Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P
31. Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax
32. CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3
33. Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax
34. CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois
35. Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes

36. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans
37. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans
38. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans
39. Histogramme de Δ Aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans
40. Quantiles de Δ Aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans
41. Statistiques descriptives groupes forts 1et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans
42. CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans
43. Médiateurs émergents enfants de 3-6 présentant un gain d'aptitudes faible
44. Médiateurs émergents des enfants de 3-6 présentant un gain d'aptitudes fort
45. Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude
46. Histogramme nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans
47. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans
48. Histogramme Δ Apt enfants de 7 à 11 ans
49. Quantiles Δ Apt enfants de 7 à 11 ans
50. Desc facteurs préconstruits comparatif 7-11 et 3-6
51. Facteurs émergents groupe 7-11 fort

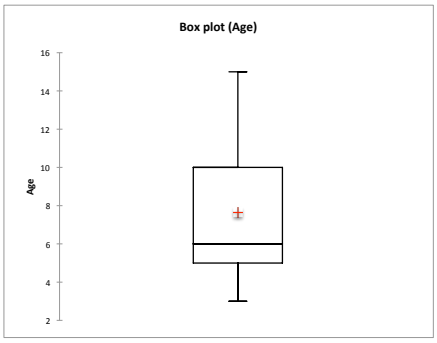
1. Fiche descriptive de l'âge, Indice de gravité (IG) et Nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa) du groupe des 50 enfants

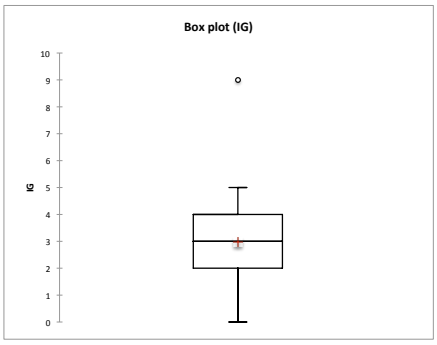
XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 30/12/2012 à 11:42:19
Données quantitatives : Classeur = _RecapPsychot3-15_50P.xlsx / Feuille = tout / Plage = tout!$B$1:$D$51 / 50 lignes et 3 colonnes

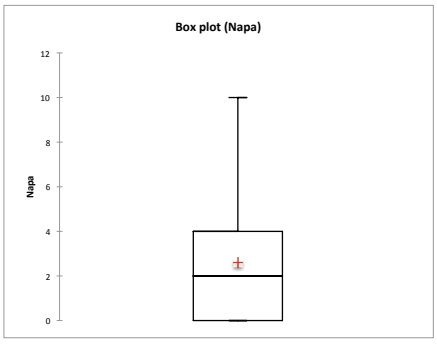
Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

Statistique	Age	IG	Napa
Nb. d'observati	50,00	50,00	50,00
Minimum	3,00	0,00	0,00
Maximum	15,00	9,00	10,00
1er Quartile	5,00	2,00	0,00
Médiane	6,00	3,00	2,00
3ème Quartile	10,00	4,00	4,00
Moyenne	7,65	2,98	2,60
Variance (n-1)	11,27	2,47	8,26
Ecart-type (n-1)	3,36	1,57	2,87

Box plots :







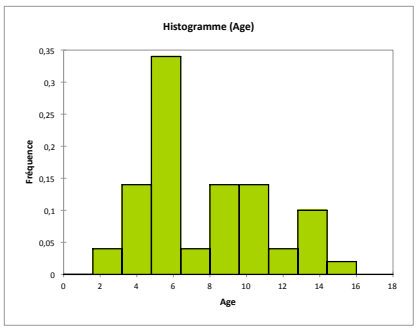
Le box plot représente sous la forme d'une boîte la médiane et les quartiles. la médiane signifie que 50% des enfants ont moins de la valeur affichée et 50% ont plus de la valeur affichée, pour le 3ème quartile, c'est 75% dessous et 25% dessus, etc.

2. Histogrammes Age, IG et Napa

XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 30/12/2012 à 11:48:39
Données : Classeur = _RecapPsychot3-15_50P.xlsx / Feuille = tout / Plage = tout!$B$1:$D$51 / 50 lignes et 3 colonnes
Intervalles : Nombre = 10

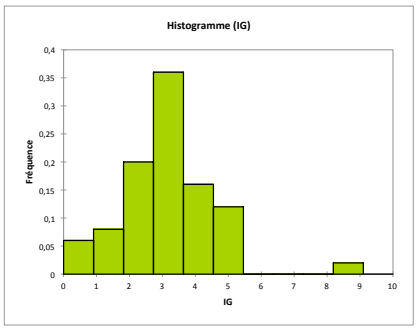
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données mams	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age	50	0	50	3,000	15,000	7,650	3,357
IG	50	0	50	0,000	9,000	2,980	1,571
Napa	50	0	50	0,000	10,000	2,600	2,873



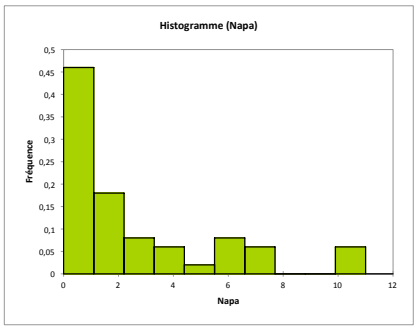
Statistiques descriptives pour les intervalles (Age) :

Borne inférieure	orne supérieur	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,6	0	0,000	0,000
1,6	3,2	2	0,040	0,025
3,2	4,8	7	0,140	0,088
4,8	6,4	17	0,340	0,213
6,4	8	2	0,040	0,025
8	9,6	7	0,140	0,087
9,6	11,2	7	0,140	0,088
11,2	12,8	2	0,040	0,025
12,8	14,4	5	0,100	0,063
14,4	16	1	0,020	0,013



Statistiques descriptives pour les intervalles (IG) :

Borne inférieure	orne supérieur	Effectif	Fréquence	Densité
0	0,91	3	0,060	0,066
0,91	1,82	4	0,080	0,088
1,82	2,73	10	0,200	0,220
2,73	3,64	18	0,360	0,396
3,64	4,55	8	0,160	0,176
4,55	5,46	6	0,120	0,132
5,46	6,37	0	0,000	0,000
6,37	7,28	0	0,000	0,000
7,28	8,19	0	0,000	0,000
8,19	9,1	1	0,020	0,022



Statistiques descriptives pour les intervalles (Napa) :

Borne inférieure	orne supérieur	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,1	23	0,460	0,418
1,1	2,2	9	0,180	0,164
2,2	3,3	4	0,080	0,073
3,3	4,4	3	0,060	0,055
4,4	5,5	1	0,020	0,018
5,5	6,6	4	0,080	0,073
6,6	7,7	3	0,060	0,055
7,7	8,8	0	0,000	0,000
8,8	9,9	0	0,000	0,000
9,9	11	3	0,060	0,055

3. test t ECAR EG

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 29/11/2012 à 14:39:20
Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!$C$1:$D$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données mamıs	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
EG00	50	0	50	12,069	62,069	36,483	12,755
EG12	50	0	50	1,724	45,690	19,086	11,028

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (EG00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 32,858; 40,108 [

Différence	36,483
t (Valeur obsern	20,225
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (EG12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 15,952; 22,220 [

Différence	19,086
t (Valeur obsern	12,238
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

4. test t ECAR DR

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 11:50:06
Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!$E$1:$F$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ac données manı	s données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
DR00	50	0	50	9,615	86,538	42,731	19,470
DR12	50	0	50	0,000	69,231	22,692	15,920

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (DR00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 37,198; 48,264 [

Différence	42,731
t (Valeur obser	15,519
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (DR12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 18,168; 27,217 [

Différence	22,692
t (Valeur obser	10,079
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

5. test t ECAR IM

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 29/11/2012 à 14:43:11
Données : Classeur = ECAR_50toutsimple.xlsx / Feuille = variations / Plage = variations!$G$1:$H$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ac données manı	s données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
IM00	50	0	50	8,333	75,000	36,500	16,572
IM12	50	0	50	0,000	75,000	20,167	14,686

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (IM00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 31,790; 41,210 [

Différence	36,500
t (Valeur obser	15,574
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (IM12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 15,993; 24,340 [

Différence	20,167
t (Valeur obser	9,710
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

6. Test t EPCA Pathologie

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 14:03:33
Données : Classeur = EpCAtout_avecVar50P.xlsx / Feuille = Variations / Plage = Variations!$C$1:$D$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manıs	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
P00	50	0	50	3,401	42,857	18,816	9,753
P12	50	0	50	0,680	29,932	11,442	7,085

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (P00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 16,045; 21,588 [

Différence	18,816
t (Valeur obsern	13,643
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (P12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 9,429; 13,456 [

Différence	11,442
t (Valeur obsern	11,419
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

7. Test t EPCA Développement

XLSTAT 2012.6.02 - Tests t et z pour un échantillon - le 13/01/2013 à 14:04:55
Données : Classeur = EpCAtout_avecVar50P.xlsx / Feuille = Variations / Plage = Variations!$K$1:$L$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ac données manı	s données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Dev00	50	0	50	3,546	63,830	34,340	16,540
Dev12	50	0	50	12,057	78,723	47,801	17,387

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (Dev00) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 29,640; 39,041 [

Différence	34,340
t (Valeur obser	14,681
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (Dev12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 42,860; 52,743 [

Différence	47,801
t (Valeur obser	19,440
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

8. Test t CPQ INS

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:18:33
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!$B$1:$C$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	Nb données manq	% données manq	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
INS_02	50	0	50	-75,000	55,000	-15,300	27,598
INS_12	50	0	50	-65,000	55,000	-7,100	31,169

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -23,143 ; -7,457 [

Différence	-15,300
t (Valeur obser	-3,920
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	0,000
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.03%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -15,958 ; 1,758 [

Différence	-7,100
t (Valeur obser	-1,611
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	0,114
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 11.37%.

9. Test t CPQ EAD

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:18:33
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!$B$1:$C$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	Nb données manq	Nb données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
INS_02	50	0	50	-75,000	55,000	-15,300	27,598
INS_12	50	0	50	-65,000	55,000	-7,100	31,169

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -23,143 ; -7,457 [

Différence	-15,300
t (Valeur obser	-3,920
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	0,000
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.03%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (INS_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] -15,958 ; 1,758 [

Différence	-7,100
t (Valeur obser	-1,611
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	0,114
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est supérieure au niveau de signification seuil alpha=0.05, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle H0.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est de 11.37%.

10. Test t CPQ RMA

XLSTAT 2013.2.01 - Tests t et z pour un échantillon - le 14/04/2013 à 08:22:10
Données : Classeur = ins,ead,rma,var-te.xlsx / Feuille = INS,EAD,RMA 02-12 / Plage = 'INS,EAD,RMA 02-12'!$F$1:$G$51 / 50 lignes et 2 colonnes
Moyenne théorique : 0
Niveau de signification (%) : 5

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manıs	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
REE_02	50	0	50	-41,667	47,917	7,667	19,873
REE_12	50	0	50	-18,750	47,917	16,125	13,728

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (REE_02) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 2,019; 13,315 [

Différence	7,667
t (Valeur obser	2,728
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	0,009
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.88%.

Test t pour un échantillon / Test bilatéral (REE_12) :

Intervalle de confiance à 95% autour de la moyenne :
] 12,224; 20,026 [

Différence	16,125
t (Valeur obser	8,306
|t| (Valeur criti	2,010
DDL	49
p-value (bilatér	< 0,0001
alpha	0,05

Interprétation du test :
H0 : La différence entre les moyennes est égale à 0.
Ha : La différence entre les moyennes est différente de 0.
Etant donné que la p-value calculée est inférieure au niveau de signification alpha=0.05, on doit rejeter l'hypothèse nulle H0, et retenir l'hypothèse alternative Ha.
Le risque de rejeter l'hypothèse nulle H0 alors qu'elle est vraie est inférieur à 0.01%.

11. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (1)

Donnees50casAut3.xlsx Tableau descriptif données (1) 07/04/13

1. tableau descriptif des données

	Baseline : Groupes ≤ 6 ans et > 6 ans						
	≤ 6 ans			> 6 ans			
	Mean	SD	N	Mean	SD	N	p
Âge entrée dans l'étude	5	1	26	10,5	2,5	24	
ECAR							
Ecar Global	38	14,2	26	35	11,1	24	<0,0001
Def. Relationnelle	46	21,6	26	39,5	16,7	24	
Insuffisance modulatrice	38	17,5	26	35,4	15,8	24	
EPCA						24	
Emot/relation (Patho)	5,8	3,5	26	6,1	3,6	24	
Emot/relation (Dev)	6	3,5	26	7,8	2,6	24	
Regard (Patho)	2,7	2,1	26	2,3	2,1	24	
Regard (Dev)	4	2,6	26	5,3	2,9	24	
Image du corps (Patho)	9,2	6,9	26	8	6	24	
Image du corps (Dev.)	7,8	5,3	26	11,2	3,7	24	
Langage (Patho)	2,5	2,8	26	3,8	2,2	24	
Langage (dev).	5,8	5	26	11	4	24	
graphisme (Patho)	1	1,4	26	0,8	1,3	24	
graphisme (Dev)	7,4	8	26	13,1	8,2	24	
Exploration (patho)	4,2	3,2	26	3,5	2,8	24	
Exploration (Dev.	4,8	4,4	26	7,1	5	24	
Temporalité (patho)	1,7	2	26	1,5	1,4	24	
Temporalité (dev.)	3,1	2,8	26	4,6	2,3	24	
Agressivité (Patho)	0,9	1,4	26	1,4	2	24	
CPQ - cadre T (Alliance)							
Engagement Patient	10,2	20	26	11,7	20,3	24	
Participation Patient	-1,2	22,6	26	1	28,3	24	
Engagement Thérapeute	51,6	18,5	26	38,2	24,4	24	
Ajustement Thérapeute	30,4	22,4	26	26,9	18	24	
Interaction P-T (transfert patient)	37,9	12,6	26	42,7	8,14	24	
Interaction P-T (thème)	19	12	26	1,8	13,5	24	
CPQ - Actions Thérapeute							
CVL	13,2	12,4	26	15,2	15,7	24	
ECA	14,6	24,7	26	14,1	21,6	24	
Interprétation/signification	-2,8	19,4	26	15,2	15,8	24	
Conseil et comportement	-4,4	19,7	26	-3	14,7	24	
CPQ - Approche Générale T							
PPD	40,3	27,9	26	44,4	18,1	24	
TCC	7,8	28,4	26	-1,5	19,1	24	
CPQ Indicateurs de changement							
Insight	-17,1	29,1	26	-13,3	26,4	24	
Emotion-Affect	15,5	12,3	26	10,4	13,2	24	
Réalité externe	3,4	19,4	26	12,3	19,8	24	

△ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

12. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (2)

Donnees50casAut3.xlsx Tableau descriptif données (2) 07/04/13

1. tableau descriptif des données

	6 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans						
	≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)			
	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	p
Âge entrée dans l'étude	5	1		10,5	2,5		
ECAR							
Ecar Global	24	11	14	22,5	12,3	12,5	<0,0001
Def. Relationnelle	27	13,7	19	26,3	17,5	13,2	
Insuffisance modulatrice	23	18,6	15	24	16	11,4	
EPCA							
Emot/relation (Patho)	4,2	2,5	-1,6	3,9	2,4	-2,2	
Emot/relation (Dev)	7,7	2,9	1,7	8,4	2,7	0,6	
Regard (Patho)	2,7	1,8	0	1,3	1,3	-1	
Regard (Dev)	5,8	3,1	1,8	6,5	3,3	1,2	
Image du corps (Patho)	5,5	4,2	-3,7	5,3	4,1	-2,7	
Image du corps (Dev.)	10	5,7	2,2	14	3,2	2,8	
Langage (Patho)	2,3	2	-0,2	2,6	1,5	-1,2	
Langage (dev).	9,5	6,2	3,7	12,9	4,7	1,9	
graphisme (Patho)	0,7	1,2	-0,3	0,5	0,8	-0,3	
graphisme (Dev)	9,8	9,2	2,4	13,9	8,6	0,8	
Exploration (patho)	2,7	3,1	-1,5	2	2,1	-1,5	
Exploration (Dev.	7,9	5,3	3,1	7,3	5,4	0,2	
Temporalité (patho)	1,3	1,9	-0,4	0,8	0,9	-0,7	
Temporalité (dev.)	3,4	2,7	0,3	5,8	2,7	1,2	
Agressivité (Patho)	0,7	1,4	-0,2	1	1,4	-0,4	
CPQ - cadre T (Alliance)							
Engagement Patient	13,7	21	3,5	17,7	18,1	6	
Participation Patient	2,7	21	3,9	5,8	26,2	4,8	
Engagement Thérapeute	51,3	19,8	-0,3	43,8	18,3	5,6	
Ajustement Thérapeute	31,9	23,9	1,5	17,3	16,5	-9,6	
Interaction P-T (transfert patient)	42,5	10,8	4,6	39,8	10,3	-2,9	
Interaction P-T (thème)	1,2	19,3	-17,8	8,8	14,8	7	
CPQ - Actions Thérapeute							
CVL	13	16,1	-0,2	23,4	14,1	8,2	
ECA	16,5	17,3	1,9	24,5	17,3	10,4	
Interprétation/signification	1	21,9	3,8	13,6	16	-1,6	
Conseil et comportement	2,2	21,7	6,6	-11,6	15,3	-8,6	
CPQ - Approche Générale T							
PPD	34,8	30,1	-5,5	51,8	17,1	7,4	
TCC	12,1	26,7	4,3	-7,6	20,7	-6,1	
CPQ Indicateurs de changement							
Insight	-8,7	29,6	8,4	-14,8	29,5	-1,5	
Emotion-Affect	21,6	14,9	6,1	10,4	13,2	0	
Réalité externe	10,3	19,5	6,9	14,4	13,8	2,1	

△ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

13. Tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans (3)

Donnees50casAut3.xlsx Tableau descriptif données (3) 07/04/13

1. tableau descriptif des données

	12 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans						
	≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)			
	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	p
Âge entrée dans l'étude	5	1		10,5	2,5		
ECAR							
Ecar Global	20	10,9	18	18,4	11,4	16,6	<0,0001
Def. Relationnelle	23	15,7	23	22,1	16,4	17,4	
Insuffisance modulatrice	20	12,9	18	20,1	16,7	15,3	
EPCA							
Emot/relation (Patho)	3,8	2,9	-2	3,8	2,6	-2,3	
Emot/relation (Dev)	8,1	3,3	2,1	8,8	2,7	1	
Regard (Patho)	2,6	2,1	-0,1	1,3	1,4	-1	
Regard (Dev)	7	3,7	3	7,8	3,5	2,5	
Image du corps (Patho)	4,3	4,8	-4,9	4,3	3,9	-3,7	
Image du corps (Dev.)	11,7	5,8	3,9	15	2,9	3,8	
Langage (Patho)	2	2,1	-0,5	2,5	1,6	-1,3	
Langage (dev).	10,7	6	4,9	13,8	4,2	2,8	
graphisme (Patho)	0,7	1,3	-0,3	0,6	0,9	-0,2	
graphisme (Dev)	11,1	9,2	3,7	15,6	8	2,5	
Exploration (patho)	2,5	2	-1,7	1,8	2,2	-1,7	
Exploration (Dev.	8,7	5,6	3,9	7,3	5,6	0	
Temporalité (patho)	0,8	1,2	-0,9	0,9	1,2	-0,6	
Temporalité (dev.)	4	3	0	5,6	3	1	
Agressivité (Patho)	0,7	1,1	-0,2	1	1,4	-0,7	
CPQ - cadre T (Alliance)							
Engagement Patient	13,5	26,4	3,3	16,9	18,1	5,2	
Participation Patient	5	16,6	6,2	4,4	22,9	3,4	
Engagement Thérapeute	48,1	22	-3,5	40,6	16,8	2,4	
Ajustement Thérapeute	31,9	22	1,5	18,5	21	-8,4	
Interaction P-T (transfert patient)	38,6	10,3	0,7	42,6	10,7	-0,1	
Interaction P-T (thème)	2,5	17,8	-16,5	7,4	14,7	5,6	
CPQ - Actions Thérapeute							
CVL	16,5	16,3	3,3	21,1	17,6	5,9	
ECA	18,3	21,7	3,7	21,4	17	7,3	
Interprétation/signification	4,8	20,9	7,6	14,3	13,9	-0,9	
Conseil et comportement	-6,5	20	-2,1	-12,5	15,5	-9,5	
CPQ - Approche Générale T							
PPD	44,8	23,9	4,5	49,6	19,6	5,2	
TCC	4	27,2	-3,8	-9,5	17,1	-8	
CPQ Indicateurs de changement							
Insight	-9,8	34,6	7,3	-4,2	27,4	9,1	
Emotion-Affect	21,6	12,5	6,1	13,9	13	3,5	
Réalité externe	16,3	14,6	12,9	15,9	13,1	3,6	

△ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:Donnees50casAut3.xlsx

14. Commentaire tableau descriptif des changements ECAR, EPCA, CPQ enfants ≤ 6 et > 6 ans

ECA-R

Groupe moins de 7 ans

De façon générale, la progression des scores montre une amélioration du score global et des deux dimensions spécifiques de l'ECAR (déficience relationnelle et insuffisance modulatrice).

- *La déficience relationnelle* qui avait un score moyen de 46 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 19 points à six premiers mois et de 23 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 23.
- *L'insuffisance modulatrice* qui avait un score 38 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 15 points à six premiers mois et de 18 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 20.

Groupe de plus de 7 ans

De façon générale, la progression des scores montre une amélioration du score global et des deux dimensions spécifiques de l'ECAR.

- *La déficience relationnelle* qui avait un score moyen de 39,5 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 13,2 points à six premiers mois et de 17,4 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 22.
- *L'insuffisance modulatrice* qui avait un score 35,4 au départ de l'évaluation s'améliore avec une réduction de 11,4 points dans les six premiers mois et de 15,3 points à 12 mois. Le score moyen à un an se situe à 20.

En résumé,

Le groupe des enfants les plus jeunes part d'un score moyen plus important au niveau de la déficience relationnelle mais montre une amélioration plus rapide que celui des plus âgés puisque l'on constate qu'à un an, le score est à peu près équivalent (à un point près). Nous constatons un rapport d'amélioration plus faible pour l'insuffisance modulatrice. En effet, le groupe des jeunes enfants a un score de 38 au départ, alors que celui des plus âgés est à 35,4, pour arriver à un an au même score (20).

EPCA

Concernant l'EPCA constituée de 8 dimensions incluant des signes pathologiques et des signes de développement, les résultats montrent qu'aucun enfant n'a régressé pendant son année de psychothérapie et que l'amélioration s'est réalisée de façon différente suivant les dimensions. Des différences se situent également au niveau des deux groupes d'âge.

Au niveau du développement, **le groupe des jeunes enfants** montre dans l'ordre des améliorations les plus importantes :

- Le langage : l'amélioration de 3,7 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre 4,9 points.
- L'exploration : l'amélioration de 3,1 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre 3,9 points.
- L'image du corps qui a acquis 2,2 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 3,9 points.
- Le graphisme : l'amélioration de 2,4 points à 6 mois s'est poursuivie à un an pour atteindre

3,7 points.
- Le regard qui a acquis 1,8 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 3 points.
- L'émotion/relation qui a acquis 1,7 points à 6 mois et qui s'est poursuivi à un an pour atteindre 2,1 points.
- La temporalité qui s'est peu améliorée ni à 6 mois 0,3 et à 0 à 12 mois.
- L'agressivité n'a pas d'items relatifs au développement.

Au niveau de la pathologie, comment régresse t-elle ?

- C'est la pathologie de l'image du corps qui régresse de la façon la plus importante à 6 mois (-3,7 points) pour atteindre -4,9 à un an.
- L'émotion/relation montre un score de régression de pathologie à 6 mois de -1,6 pour atteindre -2 à 12 mois.
- L'exploration montre un score de régression de la pathologie à 6 mois de -1,5 et ne s'améliore que peu ensuite avec un score à -1,7.
- Les autres dimensions s'améliorent, la pathologie régresse mais très lentement (les scores à 6 mois et à un an sont sous la barre des 0)

Au niveau du développement, **le groupe des enfants plus âgés** montre dans l'ordre des améliorations les plus importantes :
- C'est l'image du corps qui est la dimension qui a le score le plus élevé du développement avec une amélioration à 6 mois de 2,8 et à un an de 3,8 points.
- Le langage vient ensuite. Il s'améliore à 6 mois de 1,9 et de 2,8 à 12 mois.
- Le regard s'améliore à 6 mois de 1,2 points, puis fait un bon à 12 mois à 2,5.
- Le graphisme, qui a une amélioration de 0,8 à 6 mois, parvient à 2,5 points à un an.
- La temporalité s'améliore à 6 mois de 1,2 points, mais qui stagne à 12 mois.

Les autres dimensions (émotion/relation, exploration, temporalité) sont autour 0 au niveau de l'amélioration de développement à 6 mois et de 0-1 à 12 mois

Au niveau de la pathologie comment régresse t-elle dans le groupe d'enfants le plus âgé ? Ce sont surtout les deux dimensions suivantes qui sont significatives.
- La pathologie relative à l'image du corps régresse à 6 mois de -2,7 et de -3,7 à un an.
- La pathologie liée à l'émotion/relation régresse à 6 mois de -2,2 points sans bouger beaucoup ensuite avec un score de *-2,3* à un an.

En résumé,

> *Dans le groupe des plus jeunes, ce sont le langage, l'image du corps, l'exploration et le graphisme qui ont les évolutions les plus significatives. Dans le groupe des enfants les plus âgés, ce sont l'image du corps, le langage, le regard et le graphisme qui évoluent favorablement le plus.*

Indicateurs dans le processus

Signalons pour commencer que l'instrument du processus de psychothérapie le CPQ est un instrument à tri forcé qui impose une classification des items selon qu'ils sont les plus caractéristiques d'une séance donnée par rapport à tous les autres. Ceci est d'une grande importance à comprendre pour lire les données issues de cet instrument. En effet, une baisse dans un facteur donné par exemple de 0 et 6 mois, ne veut pas dire que ce facteur n'est plus pertinent mais qu'un autre est devenu plus caractéristique que lui dans la séance observée. Par exemple, dans le groupe d'enfants de 3 à 6 ans, l'engagement du thérapeute à 6 mois montre une diminution par rapport à la cotation à 2 mois de -0,3, puis à celle de 12 mois à -3,5 point. Cela ne signifie pas que le thérapeute a moins d'engagement (d'ailleurs les scores sont très hauts aux trois cotations) mais qu'un ou plusieurs autres facteurs sont devenus plus

caractéristiques au cours du processus.

Un résultat très significatif chez le groupe des 3-6ans est *la relation à la réalité externe* qui part d'un score de **3,4** avec un indice de dispersion (sd 19,4) assez important. À 6 mois, le score acquiert 6,9 point, l'indice de dispersion restant identique, et à 12 mois le score est **12,9** avec un indice de dispersion qui se réduit (sd à 14,6).
Dans le groupe des enfants plus âgés, cet indicateur est beaucoup plus haut au départ (**12,3**) et il continue sa progression pour atteindre **15,9** à 12 mois.

Concernant les actions spécifiques du thérapeute comme "*interprétation/signification*" et "*conseil et comportement*" ainsi que *les approches générales PPD ou TCC*, nous observons un mouvement intéressant. D'un point de vue général, l'indice de dispersion est assez haut, ce qui signifie que l'analyse des cas individuels va montrer des différences notables qui devraient s'organiser autour de sous-groupes.

L'action *interprétation/signification*, pour le groupe des 3-6 ans, part en négatif avec un score de -2,8, puis le score à 6 mois devient positif mais très faible puisqu'il est à 1, et atteint **4,8** à un an. Une action qui se met en place très doucement.
Si l'on observe le groupe des enfants de 7-15 ans, le score reste assez stable tout au long de l'année **entre 13 et 15**. Une action qui est déjà en place et qui se maintient comme outil de travail du clinicien.

Le *conseil et comportement* est négatif pour les deux groupes, sauf à 6 mois pour le groupe des plus jeunes où il y a un faible positif (2,2). Mais ce négatif n'est pas similaire dans les deux groupes. Il est beaucoup plus négatif dans le processus des enfants les plus âgés.

Concernant les approches générales du thérapeute, elles sont clairement dans les deux groupes plutôt psychodynamiques.
Les scores *d'approche psychodynamique* se révèlent élevés (40 pour les plus jeunes, 45 pour les plus âgés) et s'élèvent de 5 points durant l'année.

Les scores *d'approche cognitivo-comportementale* sont positifs dans le groupe des enfants jeunes avec des scores évoluant de 7,8 à baseline à 12,1 à 6 mois, et se réduisant à 4 à 12 mois. Dans le groupe des enfants les plus âgés, les scores restent dans le négatif en se renforçant de -1,5 initialement à -9,5 à 12 mois.

Au niveau des indicateurs de changement, *l'insight* reste négatif dans les deux groupes mais avec un fort indice de dispersion qui devrait permettre de distinguer des enfants non dénués d'insight.

En résumé,

Le CPQ montre une amélioration très sensible de la relation au monde et aux autres («réalité externe») des enfants de 3 à 6 ans (3,4 à 12,9). Chez les enfants de 7 à 12 ans, le score de relation progresse de 12,3 à 15,9.

L'action Interprétation/Signification initialement négative dans le groupe des 3-6 ans devient positive à 12 mois (4.8), ce qui peut montrer que des possibilités se sont ouvertes à ce niveau, en relation avec l'évolution de l'enfant. Ce point est à approfondir.

Les scores d'approche cognitivo-comportementale sont très intéressants. Ils montrent des scores positifs dans le groupe de 3-6 ans, qui certes sont liés au fait que les 5 enfants en TED et l'enfant en thérapie par le jeu font partie de ce groupe, mais également que 4 enfants en PPD ont aussi un score d'approche CC positif.

1. tableau descriptif des données

	Baseline : Groupes ≤ 6 ans et > 6 ans							6 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans							12 mois : Groupe ≤ 6 ans et > 6 ans						
	≤ 6 ans			> 6 ans				≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)				≤ 6 ans (N 26)			> 6 ans (N 24)			
	Mean	SD	N	Mean	SD	N	p	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	p	Mean	SD	Δ	Mean	SD	Δ	p
Âge entrée dans l'étude	5	1	26	10,5	2,5	24		5	1		10,5	2,5			5	1		10,5	2,5		
ECAR																					
Ecar Global	38	14,2	26	35	11,1	24	<0,0001	24	11	**14**	22,5	12,3	**12,5**	<0,0001	20	10,9	**18**	18,4	11,4	**16,6**	<0,0001
Def. Relationnelle	46	21,6	26	39,5	16,7	24		27	13,7	**19**	26,3	17,5	**13,2**		23	15,7	**23**	22,1	16,4	**17,4**	
Insuffisance modulatrice	38	17,5	26	35,4	15,8	24		23	18,6	**15**	24	16	**11,4**		20	12,9	**18**	20,1	16,7	**15,3**	
EPCA						24															
Emot/relation (Patho)	5,8	3,5	26	6,1	3,6	24		4,2	2,5	**-1,6**	3,9	2,4	**-2,2**		3,8	2,9	**-2**	3,8	2,6	**-2,3**	
Emot/relation (Dev)	6	3,5	26	7,8	2,6	24		7,7	2,9	**1,7**	8,4	2,7	**0,6**		8,1	3,3	**2,1**	8,8	2,7	**1**	
Regard (Patho)	2,7	2,1	26	2,3	2,1	24		2,7	1,8	**0**	1,3	1,3	**-1**		2,6	2,1	**-0,1**	1,3	1,4	**-1**	
Regard (Dev)	4	2,6	26	5,3	2,9	24		5,8	3,1	**1,8**	6,5	3,3	**1,2**		7	3,7	**3**	7,8	3,5	**2,5**	
Image du corps (Patho)	9,2	6,9	26	8	6	24		5,5	4,2	**-3,7**	5,3	4,1	**-2,7**		4,3	4,8	**-4,9**	4,3	3,9	**-3,7**	
Image du corps (Dev.)	7,8	5,3	26	11,2	3,7	24		10	5,7	**2,2**	14	3,2	**2,8**		11,7	5,8	**3,9**	15	2,9	**3,8**	
Langage (Patho)	2,5	2,8	26	3,8	2,2	24		2,3	2	**-0,2**	2,6	1,5	**-1,2**		2	2,1	**-0,5**	2,5	1,6	**-1,3**	
Langage (dev).	5,8	5	26	11	4	24		9,5	6,2	**3,7**	12,9	4,7	**1,9**		10,7	6	**4,9**	13,8	4,2	**2,8**	
graphisme (Patho)	1	1,4	26	0,8	1,3	24		0,7	1,2	**-0,3**	0,5	0,8	**-0,3**		0,7	1,3	**-0,3**	0,6	0,9	**-0,2**	
graphisme (Dev)	7,4	8	26	13,1	8,2	24		9,8	9,2	**2,4**	13,9	8,6	**0,8**		11,1	9,2	**3,7**	15,6	8	**2,5**	
Exploration (patho)	4,2	3,2	26	3,5	2,8	24		2,7	3,1	**-1,5**	2	2,1	**-1,5**		2,5	2	**-1,7**	1,8	2,2	**-1,7**	
Exploration (Dev.	4,8	4,4	26	7,1	5	24		7,9	5,3	**3,1**	7,3	5,4	**0,2**		8,7	5,6	**3,9**	7,3	5,6	**0**	
Temporalité (patho)	1,7	2	26	1,5	1,4	24		1,3	1,9	**-0,4**	0,8	0,9	**-0,7**		0,8	1,2	**-0,9**	0,9	1,2	**-0,6**	
Temporalité (dev.)	3,1	2,8	26	4,6	2,3	24		3,4	2,7	**0,3**	5,8	2,7	**1,2**		4	3	**0**	5,6	3	**1**	
Agressivité (Patho)	0,9	1,4	26	1,4	2	24		0,7	1,4	**-0,2**	1	1,4	**-0,4**		0,7	1,1	**-0,2**	1	1,4	**-0,7**	
CPQ - cadre T (Alliance)																					
Engagement Patient	10,2	20	26	11,7	20,3	24		13,7	21	**3,5**	17,7	18,1	**6**		13,5	26,4	**3,3**	16,9	18,1	**5,2**	
Participation Patient	-1,2	22,6	26	1	28,3	24		2,7	21	**3,9**	5,8	26,2	**4,8**		5	16,6	**6,2**	4,4	22,9	**3,4**	
Engagement Thérapeute	51,6	18,5	26	38,2	24,4	24		51,3	19,8	**-0,3**	43,8	18,3	**5,6**		48,1	22	**-3,5**	40,6	16,8	**2,4**	
Ajustement Thérapeute	30,4	22,4	26	26,9	18	24		31,9	23,9	**1,5**	17,3	16,5	**-9,6**		31,9	22	**1,5**	18,5	21	**-8,4**	
Interaction P-T (transfert patient)	37,9	12,6	26	42,7	8,14	24		42,5	10,8	**4,6**	39,8	10,3	**-2,9**		38,6	10,3	**0,7**	42,6	10,7	**-0,1**	
Interaction P-T (thème)	19	12	26	1,8	13,5	24		1,2	19,3	**-17,8**	8,8	14,8	**7**		2,5	17,8	**-16,5**	7,4	14,7	**5,6**	
CPQ - Actions Thérapeute																					
CVL	13,2	12,4	26	15,2	15,7	24		13	16,1	**-0,2**	23,4	14,1	**8,2**		16,5	16,3	**3,3**	21,1	17,6	**5,9**	
ECA	14,6	24,7	26	14,1	21,6	24		16,5	17,3	**1,9**	24,5	17,3	**10,4**		18,3	21,7	**3,7**	21,4	17	**7,3**	
Interprétation/signification	-2,8	19,4	26	15,2	15,8	24		1	21,9	**3,8**	13,6	16	**-1,6**		4,8	20,9	**7,6**	14,3	13,9	**-0,9**	
Conseil et comportement	-4,4	19,7	26	-3	14,7	24		2,2	21,7	**6,6**	-11,6	15,3	**-8,6**		-6,5	20	**-2,1**	-12,5	15,5	**-9,5**	
CPQ - Approche Générale T																					
PPD	40,3	27,9	26	44,4	18,1	24		34,8	30,1	**-5,5**	51,8	17,1	**7,4**		44,8	23,9	**4,5**	49,6	19,6	**5,2**	
TCC	7,8	28,4	26	-1,5	19,1	24		12,1	26,7	**4,3**	-7,6	20,7	**-6,1**		4	27,2	**-3,8**	-9,5	17,1	**-8**	
CPQ Indicateurs de changement																					
Insight	-17,1	29,1	26	-13,3	26,4	24		-8,7	29,6	**8,4**	-14,8	29,5	**-1,5**		-9,8	34,6	**7,3**	-4,2	27,4	**9,1**	
Emotion-Affect	15,5	12,3	26	10,4	13,2	24		21,6	14,9	**6,1**	10,4	13,2	**0**		21,6	12,5	**6,1**	13,9	13	**3,5**	
Réalité externe	3,4	19,4	26	12,3	19,8	24		10,3	19,5	**6,9**	14,4	13,8	**2,1**		16,3	14,6	**12,9**	15,9	13,1	**3,6**	

Δ *Le delta correspond à la différence de la moyenne entre baseline et la période observée

16. Quantiles % Δ EG 50 patients

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 01/01/2013 à 10:19:13
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ EG % / Plage = 'Δ EG %'!$G$1:$G$51 / 50 lignes et 1 colonne

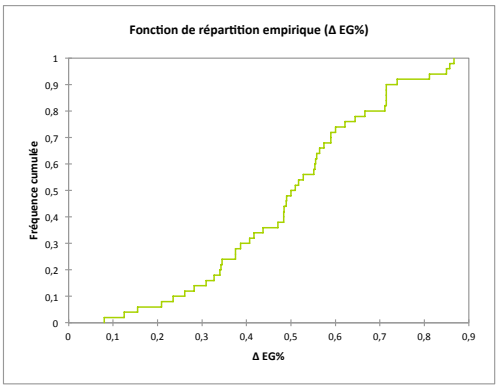
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɜc données mamıs données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ EG%	50	0	50	0,080	0,867	0,503	0,191

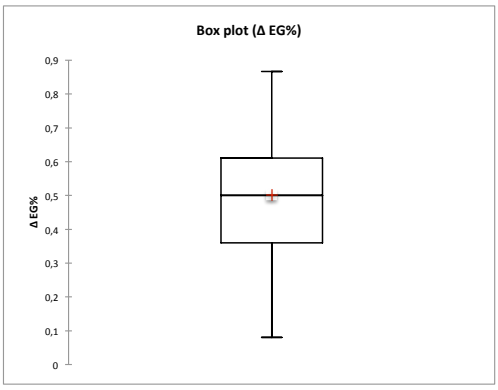
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	0,867
99%	0,862
95%	0,831
90%	0,714
3ème Quartile 75%	0,611
Médiane 50%	0,500
1er Quartile 25%	0,360
10%	0,235
5%	0,140
1%	0,103
Minimum 0%	0,080

Fonction de répartition empirique :



Box plots :



17. Quantiles % Δ Apt 50 patients

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 31/12/2012 à 07:21:44
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$G$1:$G$51 / 50 lignes et 1 colonne

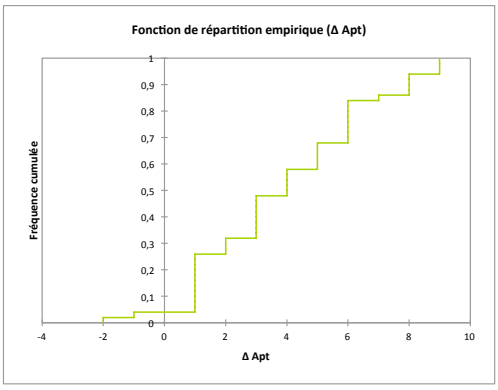
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɜc données mamıs données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	50	0	50	-2,000	9,000	3,940	2,729

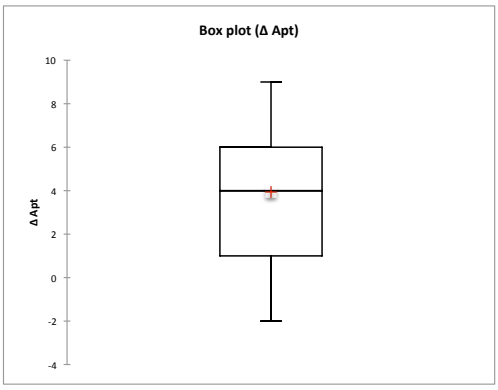
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	9,000
95%	8,500
90%	8,000
3ème Quartile 75%	6,000
Médiane 50%	4,000
1er Quartile 25%	1,000
10%	1,000
5%	0,000
1%	-1,500
Minimum 0%	-2,000

Fonction de répartition empirique :



Box plots :



18. variations et tailles d'effet ECAR (score général, déficit relationnel, insuffisance modulatrice)

CP	âge	EG00	EG12	Δ EG	TE EG	DR00	DR12	Δ DR	TE DR	IM00	IM12	Δ IM	TE IM
X003	5	15,5	6,9	8,6	1,1	13,5	5,8	7,7	0,6	25,0	25,0	0,0	0,0
X005	14	18,1	6,0	12,1	1,5	15,4	3,8	11,5	1,0	25,0	8,3	16,7	1,2
X007	4	48,3	21,6	26,7	3,3	57,7	19,2	38,5	3,2	33,3	33,3	0,0	0,0
X030	6	60,3	39,7	20,7	2,5	86,5	53,8	32,7	2,7	66,7	25,0	41,7	3,0
Xi03	11	26,7	13,8	12,9	1,6	32,7	13,5	19,2	1,6	33,3	16,7	16,7	1,2
Xi26	5	12,9	1,7	11,2	1,4	9,6	0,0	9,6	0,8	33,3	8,3	25,0	1,8
Xi32	7	37,9	23,3	14,7	1,8	42,3	25,0	17,3	1,4	50,0	41,7	8,3	0,6
Y001	5	51,7	7,8	44,0	5,4	50,0	0,0	50,0	4,1	66,7	25,0	41,7	3,0
Y003	6	56,0	41,4	14,7	1,8	75,0	50,0	25,0	2,1	25,0	25,0	0,0	0,0
Y009	12	46,6	19,8	26,7	3,3	63,5	28,8	34,6	2,9	33,3	8,3	25,0	1,8
Y010	4	40,5	26,7	13,8	1,7	42,3	23,1	19,2	1,6	41,7	33,3	8,3	0,6
Y011	11	26,7	13,8	12,9	1,6	30,8	19,2	11,5	1,0	8,3	0,0	8,3	0,6
Y012	9	45,7	23,3	22,4	2,7	42,3	23,1	19,2	1,6	58,3	33,3	25,0	1,8
Y013	8	47,4	32,8	14,7	1,8	57,7	40,4	17,3	1,4	25,0	33,3	-8,3	-0,6
Y014	5	34,5	17,2	17,2	2,1	36,5	19,2	17,3	1,4	33,3	16,7	16,7	1,2
Y015	12	38,8	11,2	27,6	3,4	42,3	11,5	30,8	2,5	33,3	8,3	25,0	1,8
Y017	7	57,8	45,7	12,1	1,5	80,8	69,2	11,5	1,0	33,3	25,0	8,3	0,6
Y018	5	45,7	8,6	37,1	4,5	65,4	9,6	55,8	4,6	50,0	0,0	50,0	3,7
Y019	3	38,8	32,8	6,0	0,7	57,7	38,5	19,2	1,6	33,3	25,0	8,3	0,6
Y020	11	48,3	42,2	6,0	0,7	42,3	48,1	-5,8	-0,5	75,0	75,0	0,0	0,0
Y021	5	37,1	16,4	20,7	2,5	40,4	21,2	19,2	1,6	50,0	25,0	25,0	1,8
Y022	10	38,8	13,8	25,0	3,0	44,2	17,3	26,9	2,2	58,3	16,7	41,7	3,0
Y027	6	21,6	19,8	1,7	0,2	30,8	25,0	5,8	0,5	8,3	33,3	-25,0	-1,8
Y030	4	54,3	15,5	38,8	4,7	69,2	25,0	44,2	3,7	8,3	0,0	8,3	0,6
Y031	6	31,0	18,1	12,9	1,6	36,5	21,2	15,4	1,3	50,0	8,3	41,7	3,0
Y032	4	44,0	33,6	10,3	1,3	69,2	61,5	7,7	0,6	33,3	16,7	16,7	1,2
Y033	4	40,5	20,7	19,8	2,4	53,8	26,9	26,9	2,2	25,0	16,7	8,3	0,6
Y034	5	44,0	21,6	22,4	2,7	50,0	25,0	25,0	2,1	8,3	8,3	0,0	0,0
Y036	5	41,4	23,3	18,1	2,2	67,3	30,8	36,5	3,0	25,0	8,3	16,7	1,2
Y037	5	33,6	14,7	19,0	2,3	28,8	13,5	15,4	1,3	41,7	25,0	16,7	1,2
Y041	8	47,4	31,9	15,5	1,9	57,7	38,5	19,2	1,6	25,0	16,7	8,3	0,6
Y044	7	46,6	27,6	19,0	2,3	65,4	46,2	19,2	1,6	41,7	25,0	16,7	1,2
Yi05	11	24,1	6,9	17,2	2,1	15,4	13,5	1,9	0,2	25,0	0,0	25,0	1,8
Yi06	6	18,1	5,2	12,9	1,6	17,3	7,7	9,6	0,8	25,0	0,0	25,0	1,8
Yi07	4	25,0	12,1	12,9	1,6	30,8	17,3	13,5	1,1	25,0	8,3	16,7	1,2
Yi10	10	33,6	13,8	19,8	2,4	34,6	5,8	28,8	2,4	33,3	25,0	8,3	0,6
Yi11	10	19,8	5,2	14,7	1,8	23,1	3,8	19,2	1,6	33,3	8,3	25,0	1,8
Yi13	6	47,4	31,0	16,4	2,0	55,8	32,7	23,1	1,9	58,3	41,7	16,7	1,2
Yi14	13	18,1	2,6	15,5	1,9	17,3	1,9	15,4	1,3	8,3	8,3	0,0	0,0
Yi15	8	31,9	12,1	19,8	2,4	40,4	9,6	30,8	2,5	33,3	16,7	16,7	1,2

Yi16	8	33,6	13,8	19,8	2,4	42,3	21,2	21,2	1,7	16,7	0,0	16,7	1,2
Yi17	14	21,6	8,6	12,9	1,6	17,3	7,7	9,6	0,8	41,7	16,7	25,0	1,8
Yi19	7	12,1	3,4	8,6	1,1	11,5	5,8	5,8	0,5	33,3	8,3	25,0	1,8
Yi20	3	62,1	29,3	32,8	4,0	75,0	38,5	36,5	3,0	58,3	41,7	16,7	1,2
Yi22	6	39,7	28,4	11,2	1,4	28,8	21,2	7,7	0,6	66,7	41,7	25,0	1,8
Yi23	15	41,4	25,9	15,5	1,9	42,3	26,9	15,4	1,3	50,0	33,3	16,7	1,2
Yi24	14	34,5	21,6	12,9	1,6	38,5	23,1	15,4	1,3	50,0	33,3	16,7	1,2
Yi25	6	28,4	14,7	13,8	1,7	28,8	11,5	17,3	1,4	50,0	25,0	25,0	1,8
Yi28	9	25,0	11,2	13,8	1,7	28,8	17,3	11,5	1,0	25,0	8,3	16,7	1,2
Yi30	13	29,3	15,5	13,8	1,7	30,8	15,4	15,4	1,3	33,3	25,0	8,3	0,6
Moy	7,6	36,5	19,1	17,4	2,1	42,7	22,7	20,0	1,7	36,5	20,2	16,3	1,2
sd	3,337	12,8	11,0	8,2	1	19,5	15,9	12,1	1	16,6	14,7	13,7	1

19. variations et tailles d'effet EPCA (pathologie et développement)

CP	P00	P02	P06	P12	Var P	TE P	D 00	D 02	D 06	D 12	Var D	TE D
X003	12,2	19,0	10,2	7,5	4,8	0,6	55,3	58,9	70,2	78,7	23,4	2,3
X005	12,2	7,5	8,2	4,1	8,2	1,1	60,3	63,8	64,5	60,3	0,0	0,0
X007	39,5	21,8	18,4	17,0	22,4	2,9	31,9	43,3	53,2	66,0	34,0	3,3
X030	33,3	28,6	23,1	29,9	3,4	0,4	22,7	16,3	31,9	30,5	7,8	0,8
Xi03	16,3	11,6	9,5	5,4	10,9	1,4	27,0	31,2	36,2	43,3	16,3	1,6
Xi26	3,4	2,7	2,0	2,0	1,4	0,2	56,7	61,7	61,0	62,4	5,7	0,5
Xi32	32,0	27,9	24,5	20,4	11,6	1,5	41,8	51,1	57,4	70,2	28,4	2,7
Y001	21,1	10,9	12,9	6,1	15,0	1,9	39,7	38,3	50,4	61,7	22,0	2,1
Y003	27,2	30,6	29,3	29,3	-2,0	-0,3	17,0	23,4	21,3	34,8	17,7	1,7
Y009	21,8	9,5	6,8	7,5	14,3	1,9	36,9	46,1	44,7	53,2	16,3	1,6
Y010	28,6	23,1	16,3	13,6	15,0	1,9	22,7	29,1	44,0	53,9	31,2	3,0
Y011	21,1	19,7	11,6	8,8	12,2	1,6	56,0	58,2	62,4	68,8	12,8	1,2
Y012	27,2	23,8	18,4	19,0	8,2	1,1	51,8	31,9	42,6	55,3	3,5	0,3
Y013	25,9	25,2	23,8	25,2	0,7	0,1	22,0	20,6	26,2	35,5	13,5	1,3
Y014	3,4	2,7	2,7	4,1	-0,7	-0,1	18,4	25,5	32,6	23,4	5,0	0,5
Y015	22,4	13,6	19,7	9,5	12,9	1,7	63,8	60,3	58,9	66,7	2,8	0,3
Y017	27,9	15,0	17,0	17,7	10,2	1,3	14,9	14,2	17,0	21,3	6,4	0,6
Y018	10,9	15,0	12,2	10,2	0,7	0,1	29,8	37,6	70,2	66,7	36,9	3,6
Y019	13,6	11,6	7,5	8,8	4,8	0,6	3,5	4,3	6,4	13,5	9,9	1,0
Y020	21,1	6,1	8,2	13,6	7,5	1,0	35,5	37,6	26,2	24,8	-10,6	-1,0
Y021	10,2	6,1	7,5	9,5	0,7	0,1	22,7	28,4	31,2	38,3	15,6	1,5
Y022	34,0	25,9	13,6	6,1	27,9	3,6	54,6	66,0	69,5	73,8	19,1	1,9
Y027	13,6	15,0	12,2	16,3	-2,7	-0,4	34,0	32,6	34,8	36,9	2,8	0,3
Y030	25,2	12,9	13,6	8,2	17,0	2,2	12,1	15,6	22,7	40,4	28,4	2,7
Y031	21,1	31,3	25,9	19,0	2,0	0,3	23,4	5,0	14,9	24,8	1,4	0,1
Y032	23,1	19,0	25,9	18,4	4,8	0,6	20,6	24,8	17,0	21,3	0,7	0,1
Y033	25,9	12,2	23,1	10,2	15,6	2,0	9,2	24,8	23,4	24,8	15,6	1,5
Y034	29,3	24,5	19,0	24,5	4,8	0,6	14,9	17,7	20,6	51,8	36,9	3,6
Y036	21,1	14,3	11,6	9,5	11,6	1,5	15,6	24,8	26,2	38,3	22,7	2,2
Y037	22,4	11,6	8,2	10,9	11,6	1,5	54,6	62,4	63,8	69,5	14,9	1,4
Y041	36,7	27,2	22,4	17,7	19,0	2,5	51,1	60,3	60,3	62,4	11,3	1,1
Y044	12,9	14,3	9,5	12,2	0,7	0,1	21,3	27,0	23,4	37,6	16,3	1,6
Yi05	12,2	12,9	12,2	23,1	-10,9	-1,4	34,8	43,3	51,8	36,2	1,4	0,1
Yi06	11,6	9,5	7,5	4,8	6,8	0,9	36,2	40,4	44,7	52,5	16,3	1,6
Yi07	19,0	18,4	14,3	11,6	7,5	1,0	43,3	39,7	51,8	59,6	16,3	1,6
Yi10	42,9	42,2	12,9	16,3	26,5	3,5	59,6	68,1	70,9	76,6	17,0	1,6
Yi11	6,8	8,8	6,1	4,1	2,7	0,4	46,1	63,1	60,3	63,8	17,7	1,7
Yi13	19,0	14,3	12,9	7,5	11,6	1,5	20,6	30,5	35,5	41,1	20,6	2,0

Yi14	8,2	4,8	8,2	1,4	6,8	0,9	41,8	58,2	60,3	63,1	21,3	2,1
Yi15	8,8	8,8	4,8	4,1	4,8	0,6	48,2	48,2	48,2	53,2	5,0	0,5
Yi16	10,2	6,8	5,4	6,1	4,1	0,5	24,1	29,1	30,5	33,3	9,2	0,9
Yi17	6,1	7,5	4,8	5,4	0,7	0,1	51,8	52,5	56,7	56,7	5,0	0,5
Yi19	4,1	2,7	2,0	0,7	3,4	0,4	36,2	43,3	44,0	46,1	9,9	1,0
Yi20	19,0	18,4	12,2	11,6	7,5	1,0	5,0	12,8	17,7	29,8	24,8	2,4
Yi22	23,1	17,7	14,3	12,9	10,2	1,3	39,0	41,1	42,6	53,9	14,9	1,4
Yi23	12,9	12,9	10,2	8,8	4,1	0,5	34,0	36,2	39,0	42,6	8,5	0,8
Yi24	10,2	10,2	9,5	9,5	0,7	0,1	37,6	39,0	37,6	41,1	3,5	0,3
Yi25	12,9	17,7	10,9	5,4	7,5	1,0	8,5	17,0	31,2	12,1	3,5	0,3
Yi28	8,2	6,1	5,4	5,4	2,7	0,4	50,4	49,6	61,7	56,7	6,4	0,6
Yi30	8,8	10,9	9,5	10,9	-2,0	-0,3	58,2	61,0	62,4	61,0	2,8	0,3
Moy	18,8	15,4	12,8	11,4	7,4	1,0	34,3	38,3	42,6	47,8	13,5	1,3
sd	9,8	8,5	6,8	7,1	7,5	1,0	16,5	17,3	17,6	17,4	10,3	1,0

20. variations et tailles d'effet CPQ (INS, EAD, RMA)

CP	âge	INS02	INS06	INS12	INS V	TE INS	EAD02	EAD06	EAD12	EAD V	TE EAD	RMA02	RMA06	RMA12	RMA V	TE RMA
X003	5	-35	5	5	40	1,4	0	-8,3	27,8	27,8	2,2	6,3	4,2	37,5	31,3	1,6
X005	14	15	25	10	-5	-0,2	36,1	22,2	13,9	-22,2	-1,7	20,8	25	20,8	0	0
X007	4	-35	-15	-5	30	1,1	5,6	27,8	8,3	2,8	0,2	4,2	29,2	20,8	16,7	0,8
X030	6	-45	-30	-55	-10	-0,4	11,1	44,4	19,4	8,3	0,6	-10,4	-6,3	6,3	16,7	0,8
Xi03	11	-10	-20	5	15	0,5	30,6	16,7	27,8	-2,8	-0,2	20,8	8,3	33,3	12,5	0,6
Xi26	4	55	65	50	-5	-0,2	27,8	30,6	36,1	8,3	0,6	0	31,3	33,3	33,3	1,7
Xi32	7	10	-20	-40	-50	-1,8	13,9	16,7	0	-13,9	-1,1	2,1	25	6,3	4,2	0,2
Y001	5	10	25	25	15	0,5	36,1	33,3	36,1	0	0	29,2	47,9	37,5	8,3	0,4
Y003	6	0	-25	15	15	0,5	27,8	19,4	2,8	-25	-1,9	12,5	6,3	18,8	6,3	0,3
Y009	12	-5	5	-40	-35	-1,3	19,4	27,8	13,9	-5,6	-0,4	8,3	29,2	18,8	10,4	0,5
Y010	4	-15	-25	-25	-10	-0,4	2,8	22,2	8,3	5,6	0,4	6,3	20,8	16,7	10,4	0,5
Y011	11	-35	0	-35	0	0	-11,1	16,7	0	11,1	0,9	6,3	18,8	12,5	6,3	0,3
Y012	9	-25	-15	20	45	1,6	-11,1	19,4	0	11,1	0,9	10,4	14,6	47,9	37,5	1,9
Y013	8	-15	-40	-20	-5	-0,2	13,9	30,6	13,9	0	0	10,4	-6,3	6,3	-4,2	-0,2
Y014	5	0	15	-10	-10	-0,4	25	25	22,2	-2,8	-0,2	35,4	22,9	12,5	-22,9	-1,2
Y015	12	-5	0	25	30	1,1	2,8	19,4	2,8	0	0	-2,1	16,7	18,8	20,8	1
Y017	7	-55	-70	-45	10	0,4	-2,8	0	-5,6	-2,8	-0,2	-8,3	6,3	0	8,3	0,4
Y018	5	5	-35	-10	-15	-0,5	5,6	13,9	27,8	22,2	1,7	0	-14,6	-6,3	-6,3	-0,3
Y019	3	-30	-30	-30	0	0	16,7	22,2	22,2	5,6	0,4	-14,6	6,3	16,7	31,3	1,6
Y020	11	-5	-40	-45	-40	-1,4	13,9	11,1	25	11,1	0,9	8,3	25	8,3	0	0
Y021	5	-40	-30	-45	-5	-0,2	36,1	25	13,9	-22,2	-1,7	14,6	14,6	18,8	4,2	0,2
Y022	10	-5	0	35	40	1,4	16,7	2,8	13,9	-2,8	-0,2	10,4	14,6	12,5	2,1	0,1
Y027	6	-25	-25	-40	-15	-0,5	19,4	36,1	25	5,6	0,4	-20,8	20,8	20,8	41,7	2,1
Y030	4	-40	-15	-20	20	0,7	8,3	5,6	36,1	27,8	2,2	-6,3	-10,4	14,6	20,8	1
Y031	6	-15	-10	-15	0	0	-2,8	30,6	16,7	19,4	1,5	16,7	6,3	31,3	14,6	0,7
Y032	4	-30	-30	-40	-10	-0,4	16,7	30,6	0	-16,7	-1,3	4,2	-16,7	10,4	6,3	0,3
Y033	4	-30	25	-5	25	0,9	0	22,2	8,3	8,3	0,6	27,1	12,5	10,4	-16,7	-0,8
Y034	5	-25	-25	-40	-15	-0,5	8,3	0	8,3	0	0	-14,6	-8,3	-10,4	4,2	0,2
Y036	5	-55	-15	-55	0	0	33,3	16,7	33,3	0	0	20,8	6,3	8,3	-12,5	-0,6
Y037	5	25	5	-25	-50	-1,8	5,6	41,7	27,8	22,2	1,7	10,4	33,3	20,8	10,4	0,5
Y041	8	-75	-75	-40	35	1,3	8,3	-8,3	11,1	2,8	0,2	-27,1	-22,9	-6,3	20,8	1
Y044	7	-65	-50	-10	55	2	0	30,6	13,9	13,9	1,1	-14,6	8,3	8,3	22,9	1,2
Yi05	11	35	30	25	-10	-0,4	13,9	19,4	22,2	8,3	0,6	45,8	29,2	33,3	-12,5	-0,6
Yi06	6	-15	30	55	70	2,5	25	22,2	27,8	2,8	0,2	12,5	35,4	27,1	14,6	0,7
Yi07	4	-55	-30	0	55	2	2,8	-16,7	13,9	11,1	0,9	-22,9	-16,7	-2,1	20,8	1
Yi10	10	-5	20	-25	-20	-0,7	11,1	19,4	19,4	8,3	0,6	-6,3	6,3	8,3	14,6	0,7
Yi11	10	-20	-25	-20	0	0	19,4	2,8	2,8	-16,7	-1,3	31,3	8,3	6,3	-25	-1,3
Yi13	6	-55	-75	-65	-10	-0,4	19,4	0	0	-19,4	-1,5	-33,3	-27,1	-18,8	14,6	0,7
Yi14	13	5	-15	15	10	0,4	0	16,7	0	0	0	-14,6	18,8	2,1	16,7	0,8

Yi15	8	5	-15	10	5	0,2	13,9	22,2	25	11,1	0,9	20,8	2,1	12,5	-8,3	-0,4
Yi16	8	0	-5	-15	-15	-0,5	30,6	27,8	27,8	-2,8	-0,2	37,5	14,6	22,9	-14,6	-0,7
Yi17	14	-45	30	35	80	2,9	0	16,7	30,6	30,6	2,4	47,9	33,3	31,3	-16,7	-0,8
Yi19	7	50	40	55	5	0,2	13,9	27,8	36,1	22,2	1,7	22,9	37,5	31,3	8,3	0,4
Yi20	3	0	5	-5	-5	-0,2	22,2	22,2	25	2,8	0,2	10,4	14,6	10,4	0	0
Yi22	6	-30	-30	-20	10	0,4	33,3	36,1	41,7	8,3	0,6	18,8	20,8	22,9	4,2	0,2
Yi23	15	5	0	25	20	0,7	-5,6	2,8	25	30,6	2,4	-2,1	-8,3	12,5	14,6	0,7
Yi24	14	-30	-30	0	30	1,1	-5,6	-5,6	-11,1	-5,6	-0,4	25	22,9	18,8	-6,3	-0,3
Yi25	6	-15	5	50	65	2,4	2,8	30,6	36,1	33,3	2,6	-41,7	-4,2	35,4	77,1	3,9
Yi28	9	-5	-55	5	10	0,4	16,7	27,8	38,9	22,2	1,7	27,1	25	37,5	10,4	0,5
Yi30	13	10	10	25	15	0,5	25	-2,8	22,2	-2,8	-0,2	37,5	31,3	8,3	-29,2	-1,5
Moy	7,6	-15,3	-11,6	-7,1	8,2	0,3	13,1	18,3	17,9	4,8	0,4	7,7	12,3	16,1	8,5	0,4
sd	3,4	27,6	29,4	31,2	28,6	1,0	12,8	13,8	13,2	14,2	1,1	19,9	16,9	13,7	18,6	0,9

21. Calcul d'un score composite de variation : SGV, SGV2, GApt, InSev, NAPBL

SGV= varECAReg +varEPCAdev ; Δ Apt= gain d'aptitudes à partir de EPCA ; IndSev = Index de sévérité à partir des modérateurs, selon leur versant négatif ; NaPa= nombre d'années antérieures de thérapie à baseline.

	Age	IndS	NaPa	TE_EG	TE_dev	SGV	Acq12	Δ Apt
X003	5	2	2	1,1	2,3	32	14	5
X005	14	3	10	1,5	0,0	12	14	1
X007	4	2	1	3,3	3,3	61	13	9
X030	6	3	0	2,5	0,8	28	3	1
Xi03	11	5	7	1,6	1,6	29	10	4
Xi26	4,5	3	2	1,4	0,6	17	13	1
Xi32	7	3	3	1,8	2,7	43	12	9
Y001	5	2	2	5,4	2,1	66	14	7
Y003	6	4	1	1,8	1,7	32	5	3
Y009	12	3	2	3,3	1,6	43	11	8
Y010	4	9	0	1,7	3,0	45	7	6
Y011	11	5	7	1,6	1,2	26	12	5
Y012	9	3	2	2,7	0,3	26	11	1
Y013	8	3	3	1,8	1,3	28	6	2
Y014	5	4	1	2,1	0,5	22	6	3
Y015	12	5	3	3,4	0,3	30	14	3
Y017	9	0	4	1,5	0,6	18	2	1
Y018	5	5	1	4,5	3,6	74	13	9
Y019	3	3	0	0,7	1,0	16	0	-1
Y020	11	5	0	0,7	-1,0	-5	4	-2
Y021	5	4	0	2,5	1,5	36	8	6
Y022	10	4	5	3,0	1,9	44	14	4
Y027	6	3	1,5	0,2	0,3	5	7	0
Y030	4	3	0	4,7	2,7	67	7	6
Y031	6	5	1	1,6	0,1	14	6	5
Y032	4	4	0	1,3	0,1	11	3	1
Y033	4	2	0	2,4	1,5	35	5	4
Y034	5	4	0	2,7	3,6	59	10	7
Y036	5	0	1	2,2	2,2	41	6	5
Y037	5	1	0	2,3	1,4	34	14	5
Y041	8	3	0	1,9	1,1	27	9	3
Y044	7	1	0	2,3	1,6	35	8	8
Yi05	11	3	7	2,1	0,1	19	13	3
Yi06	6	4	3	1,6	1,6	29	12	6
YI07	4	1	0	1,6	1,6	29	12	6
Yi10	10	3	6	2,4	1,7	37	14	5

Yi11	10	2	6	1,8	1,7	32	14	5
Yi13	6	2	2	2,0	2,0	37	11	8
Yi14	13	1	10	1,9	2,1	37	14	8
Yi15	8	3	2	2,4	0,5	25	13	3
Yi16	8	2	6	2,4	0,9	29	7	6
Yi17	14	2	10	1,6	0,5	18	14	2
Yi19	6	0	2	1,1	1,0	19	11	3
Yi20	3	3	0	4,0	2,4	58	5	5
Yi22	6	3	0,5	1,4	1,4	26	12	4
Yi23	15	4	4	1,9	0,8	24	8	4
Yi24	14	2	1	1,6	0,3	16	10	3
Yi25	6	3	1	1,7	0,3	17	1	1
Yi28	9	3	4	1,7	0,6	20	10	1
Yi30	13	2	6	1,7	0,3	17	13	1

22. Tableau récapitulatif de la moyenne annuelle des facteurs préconstruits 50 patients

CP	EP	TP	PP	AL	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
X003	50,0	29,6	-6,7	27,3	31,9	26,7	7,6	18,1	1,2	-3,3	-39,2	68,4	-17,5
X005	26,7	39,8	20,0	23,6	44,4	8,3	25,0	22,2	17,9	33,3	-26,7	80,6	-19,4
X007	18,3	40,7	-33,3	19,0	38,9	11,7	27,8	50,0	15,5	23,3	-13,3	63,8	-31,1
X030	-1,7	28,7	13,3	8,4	33,3	46,7	-13,2	8,3	4,8	-17,5	30,0	-10,2	44,0
Xi01	25,0	39,8	-1,7	23,5	45,8	38,3	8,3	-1,4	0,0	15,8	-15,0	49,8	-5,6
Xi03	25,0	37,0	13,3	13,6	29,2	28,3	2,1	20,8	22,6	31,7	2,5	54,8	-16,6
Xi26	28,3	33,3	-5,0	29,6	61,1	15,0	20,1	15,3	17,9	12,5	-25,8	70,7	-7,4
Xi32	3,3	51,9	15,0	13,5	38,9	10,0	6,9	16,7	9,5	25,0	-15,8	57,4	-15,5
Y001	30,0	38,9	-1,7	28,0	38,9	36,7	14,6	23,6	13,1	26,7	-25,0	68,5	-22,4
Y003	15,0	36,1	-23,3	28,6	48,6	61,7	12,5	26,4	14,3	17,5	-15,8	49,2	-5,5
Y009	30,0	41,7	-16,7	34,8	61,1	38,3	7,6	30,6	29,8	0,0	-22,5	61,9	-4,4
Y010	25,0	41,7	25,0	21,7	50,0	30,0	8,3	37,5	4,8	10,0	-12,5	65,3	-22,7
Y011	16,7	50,0	20,0	20,8	41,7	36,7	5,6	22,2	11,9	15,8	-20,0	72,0	-31,1
Y012	30,0	29,6	23,3	22,1	55,6	31,7	-6,9	31,9	10,7	23,3	2,5	40,9	3,3
Y013	10,0	39,8	-10,0	11,9	45,8	21,7	15,3	51,4	22,6	12,5	13,3	47,7	-8,6
Y014	20,0	37,0	39,8	19,8	33,3	43,3	12,5	-1,4	29,8	16,7	-1,7	45,3	13,4
Y015	31,7	43,5	8,3	21,7	33,3	28,3	3,5	-5,6	17,9	21,7	-28,3	59,1	-23,4
Y017	1,7	37,0	-11,7	-1,9	19,4	5,0	-12,5	8,3	22,6	43,3	7,5	36,7	-26,1
Y018	-21,7	40,7	20,0	10,5	62,5	26,7	4,9	40,3	-2,4	24,2	4,2	36,2	11,6
Y019	-16,7	42,6	11,7	17,8	69,4	60,0	-5,6	12,5	6,0	-9,2	15,8	9,8	33,1
Y020	-6,7	46,3	-23,3	15,7	63,9	38,3	-5,6	22,2	15,5	7,5	-9,2	53,7	9,8
Y021	11,7	43,5	-20,0	27,4	79,2	51,7	6,3	9,7	16,7	2,5	-8,3	31,8	21,9
Y022	3,3	44,4	5,0	10,6	38,9	0,0	12,5	11,1	-1,2	20,8	-4,2	34,5	-4,1
Y027	25,0	13,3	37,0	16,2	44,4	13,3	-15,3	5,6	14,3	20,8	-6,7	55,0	-14,9
Y030	21,7	31,5	36,7	21,4	47,2	41,7	-10,4	6,9	4,8	-22,5	19,2	9,3	39,9
Y031	-1,7	41,7	-5,0	7,5	30,6	45,0	-29,9	12,5	8,3	-29,2	29,2	-3,6	52,6
Y032	-13,3	37,0	3,3	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5	-3,4	38,9
Y033	-5,0	42,6	0,0	14,8	48,6	31,7	-9,7	-1,4	20,2	-25,8	25,8	0,8	49,4
Y034	-18,3	41,7	6,7	19,4	79,2	53,3	-0,7	18,1	27,4	-4,2	-8,3	56,4	22,8
Y036	25,0	35,2	-18,3	14,8	27,8	25,0	1,4	41,7	4,8	19,2	12,5	38,1	-14,3
Y037	21,7	38,0	-11,7	36,9	93,1	50,0	-3,5	27,8	31,0	-24,2	-4,2	42,7	43,3
Y041	-8,3	38,0	-6,7	12,4	75,0	40,0	2,1	18,1	38,1	0,0	-11,7	34,4	34,9
Y044	3,3	31,5	3,3	14,5	30,6	20,0	3,5	16,7	22,6	3,3	10,0	16,0	20,5
Yi05	40,0	41,7	8,3	31,0	52,8	21,7	9,0	22,2	17,9	3,3	-20,0	46,5	-8,6
Yi06	18,3	44,4	-16,7	29,0	63,9	26,7	19,4	-4,2	13,1	11,7	-16,7	48,9	-3,6
Yi07	0,0	73,1	15,0	4,1	33,3	-18,3	15,3	8,3	3,6	-2,5	2,5	49,4	-17,5
Yi10	13,3	44,4	-8,3	6,8	15,3	16,7	3,5	13,9	29,8	26,7	-18,3	56,8	-24,2
Yi11	21,7	43,5	6,7	26,3	52,8	26,7	5,6	36,1	27,4	-5,0	-20,8	55,8	-9,0
Yi13	21,7	25,9	23,3	12,5	41,7	13,3	-7,6	-11,1	31,0	-22,5	0,8	29,9	11,0
Yi14	21,7	37,0	-46,7	17,1	37,5	25,0	2,8	-11,1	4,8	3,3	-6,7	35,0	3,6
Yi15	18,3	50,0	-5,0	15,8	29,2	8,3	8,3	25,0	21,4	14,2	4,2	48,6	9,7
Yi16	28,3	49,1	0,0	21,9	54,2	5,0	15,3	30,6	22,6	25,8	-0,8	55,6	-17,5
Yi17	20,0	31,5	8,3	11,6	-4,2	-3,3	25,7	2,8	20,2	9,2	0,0	28,3	5,7
Yi19	26,7	43,5	16,7	29,4	59,7	10,0	17,4	54,2	13,1	10,8	-10,0	68,1	-21,6
Yi20	11,7	30,6	31,7	20,5	58,3	28,3	9,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	52,2	6,4
Yi22	36,7	56,5	-1,7	24,9	40,3	45,0	-12,5	2,8	7,1	-9,2	-15,8	40,3	5,4
Yi23	13,3	51,9	15,0	16,1	52,8	6,7	16,0	11,1	41,7	5,8	-17,5	40,7	-7,6
Yi24	5,0	43,5	-15,0	16,2	37,5	30,0	8,3	19,4	38,1	18,3	-20,8	62,2	-23,7
Yi25	-5,0	47,2	-10,0	14,9	56,9	13,3	0,7	13,9	22,6	22,5	-22,5	56,3	-8,0
Yi28	33,3	36,1	33,3	24,4	36,1	35,0	-20,8	20,8	2,4	9,2	-0,8	44,3	-6,8
Yi30	-11,7	31,5	38,3	17,0	38,9	23,3	11,1	41,7	10,7	-4,2	-12,5	42,8	9,6

23. Données issues des prototypes d'approches psychothérapiques

C P	ppd 02	ppd 06	ppd 12	tcc 02	tcc 06	tcc 12	Moy ppd	Moy tcc
X003	82	56	67	-16	3	-40	68	-18
X005	61	94	87	-15	-36	-8	81	-19
X007	84	50	57	-36	-16	-42	64	-31
X030	-35	-2	7	44	52	35	-10	44
Xi03	34	63	67	-1	-25	-24	55	-17
Xi26	69	71	72	2	-9	-16	71	-7
Xi32	78	64	30	-13	-12	-21	57	-16
Y001	70	53	83	-29	-14	-24	69	-22
Y003	43	57	48	-4	-7	-6	49	-6
Y009	57	57	71	0	13	-27	62	-4
Y010	47	88	61	-27	-29	-12	65	-23
Y011	70	66	81	-28	-37	-28	72	-31
Y012	37	41	45	5	6	-1	41	3
Y013	55	46	41	0	-12	-13	48	-9
Y014	42	42	51	21	18	1	45	13
Y015	28	69	80	5	-44	-32	59	-23
Y017	33	50	28	-28	-23	-28	37	-26
Y018	46	33	30	-6	13	27	36	12
Y019	8	-9	30	32	41	26	10	33
Y020	65	35	61	6	23	0	54	10
Y021	28	26	42	23	19	23	32	22
Y022	20	73	10	3	-15	0	34	-4
Y027	55	50	59	-26	-9	-10	55	-15
Y030	10	8	10	28	50	41	9	40
Y031	20	-21	-9	53	58	48	-4	53
Y032	2	-20	8	51	18	48	-3	39
Y033	17	-25	11	54	59	35	1	49
Y034	55	55	58	17	32	19	56	23
Y036	51	34	30	-30	-13	0	38	-14
Y037	17	49	62	43	47	40	43	43
Y041	33	33	37	37	38	30	34	35
Y044	4	23	21	45	-1	17	16	20
Yi05	47	52	41	3	-17	-12	47	-9
Yi06	31	60	55	17	-6	-21	49	-4
Yi07	62	26	60	-21	-7	-25	49	-18
Yi10	65	62	43	-39	-20	-14	57	-24
Yi11	41	57	69	-9	-3	-14	56	-9
Yi13	15	37	38	20	28	-15	30	11
Yi14	34	32	38	5	-8	13	35	4
Yi15	53	51	42	0	10	20	49	10
Yi16	39	66	62	-1	-19	-32	56	-17
Yi17	19	24	42	-10	26	1	28	6
Yi19	66	70	68	-21	-30	-15	68	-22
Yi20	53	51	53	7	9	3	52	6
Yi22	45	33	43	9	9	-2	40	5
Yi23	40	40	42	-1	-3	-18	41	-8
Yi24	64	64	58	-25	-24	-22	62	-24
Yi25	63	33	73	-5	-2	-17	56	-8
Yi28	51	34	48	-2	-13	-5	44	-7
Yi30	35	47	46	26	12	-9	43	10
Moy	42,2	43,0	47,1	3,3	2,7	-2,5	44,1	1,2

24. CAH T02 facteurs préconstruits

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 14:22:43
Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T02 / Plage = '12 fact T02'!$C$1:$N$51 / 50 lignes et 12 colonnes
Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T02 / Plage = '12 fact T02'!$B$1:$B$51 / 50 lignes et 1 colonne
Regrouper les lignes
Dissimilarité : Distance euclidienne
Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
Centrer : Oui
Réduire : Oui
Troncature : nombre de classes = 3

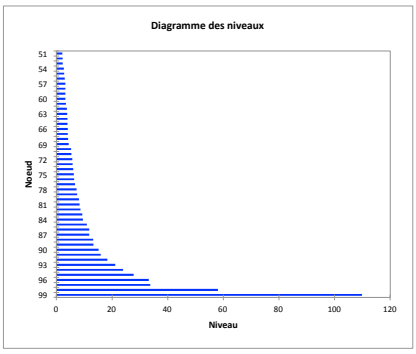
Statistiques descriptives :

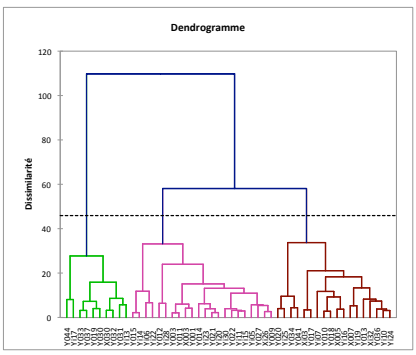
Variable	Observations:	données ma:	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_02	50	0	50	-38,959	54,156	3,314	24,589
ppd_02	50	0	50	-34,986	84,094	42,234	23,540
EP_02	50	0	50	-30,000	55,000	10,900	19,967
PP_02	50	0	50	-45,000	65,000	-0,100	25,244
TP_02	50	0	50	19,444	75,000	40,222	10,885
ET_02	50	0	50	-29,167	87,500	45,167	22,373
AT_02	50	0	50	-45,000	65,000	28,700	20,274
IT_02	50	0	50	-29,167	25,000	1,875	12,622
ECA_02	50	0	50	-33,333	79,167	14,333	23,025
CVL_02	50	0	50	-10,714	42,857	14,143	13,972
IS_02	50	0	50	-35,000	40,000	5,850	19,805
CC_02	50	0	50	-42,500	35,000	-3,750	17,300

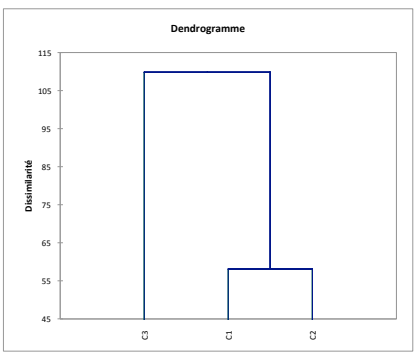
Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	109,819	50	50	95	98
98	58,094	40	40	97	96
97	33,763	18	18	93	84
96	33,171	22	22	87	94
95	27,745	10	10	91	80
94	23,985	18	18	76	90
93	21,107	14	14	61	92
92	18,350	12	12	86	89
91	15,898	8	8	78	82
90	15,161	16	16	74	88
89	13,369	7	7	70	81
88	13,158	12	12	75	85
87	11,833	4	4	52	77
86	11,756	5	5	35	83
85	10,950	8	8	72	65
84	9,567	4	4	69	66
83	9,284	4	4	55	62
82	8,620	4	4	60	73
81	8,283	5	5	14	79
80	8,117	2	2	32	42
79	7,410	4	4	7	63
78	7,269	4	4	67	58
77	6,702	2	2	34	45
76	6,396	2	2	13	49
75	6,237	4	4	15	64
74	6,034	4	4	68	51
73	5,769	2	2	25	38
72	5,758	4	4	71	33
71	5,426	3	3	54	23
70	5,318	2	2	3	43
69	4,442	2	2	28	31
68	4,195	2	2	1	8
67	4,048	2	2	19	24
66	4,037	2	2	20	48
65	4,008	4	4	59	50
64	3,976	3	3	53	46
63	3,821	3	3	29	57
62	3,753	2	2	2	41
61	3,470	2	2	5	17
60	3,239	2	2	4	26
59	3,217	3	3	22	56
58	3,202	2	2	27	30
57	3,170	2	2	36	47
56	2,964	2	2	37	40

55	2,824	2	2	11	18
54	2,696	2	2	6	10
53	2,238	2	2	21	44
52	2,226	2	2	16	39
51	2,126	2	2	9	12







Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3385,846	70,52%
Inter-classes	1415,077	29,48%
Totale	4800,923	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_02	ppd_02	EP_02	PP_02	TP_02	ET_02	AT_02	IT_02	ECA_02	CVL_02	IS_02	CC_02
1	0,467	47,004	23,636	13,636	40,783	45,833	36,818	1,705	7,955	12,500	6,250	-12,500
2	-11,437	55,670	0,833	-13,333	41,667	48,611	16,111	6,829	29,861	19,246	20,000	-4,722
3	36,133	7,552	1,000	-6,500	36,389	37,500	33,500	-6,667	0,417	8,571	-20,500	17,250

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	51,987	74,761
2	51,987	0	91,459
3	74,761	91,459	0

Objets centraux :

Classe	tcc_02	ppd_02	EP_02	PP_02	TP_02	ET_02	AT_02	IT_02	ECA_02	CVL_02	IS_02	CC_02
1 (Yi15)	-0,479	52,826	25,000	15,000	44,444	37,500	40,000	4,167	8,333	7,143	15,000	12,500
2 (Y010)	-26,865	46,752	0,000	-15,000	52,778	50,000	35,000	6,250	37,500	-3,571	2,500	-7,500
3 (Y030)	28,399	10,222	25,000	-10,000	41,667	50,000	35,000	4,167	4,167	-7,143	-25,000	7,500

Distances entre les objets centraux :

	1 (Yi15)	2 (Y010)	3 (Y030)
1 (Yi15)	0	63,521	72,866
2 (Y010)	63,521	0	85,273
3 (Y030)	72,866	85,273	0

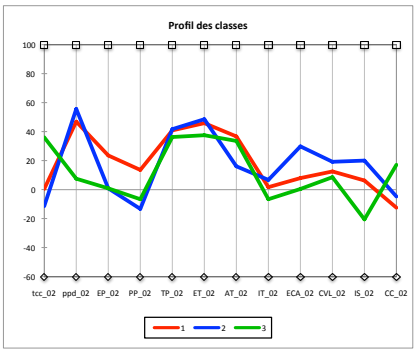
Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	22	18	10
Somme des p	22	18	10
Variance intr	2919,163	3686,196	3907,445
Distance min	29,461	41,188	36,541
Distance moy	51,754	57,863	56,733
Distance max	72,004	78,617	96,335
	X003	X005	X030
	Xi26	X007	Y019
	Y001	Xi03	Y030
	Y003	Xi32	Y031
	Y009	Y010	Y032
	Y011	Y013	Y033
	Y012	Y017	Y037
	Y014	Y018	Y044
	Y015	Y020	Yi13
	Y021	Y034	Yi17
	Y022	Y036	
	Y027	Y041	
	Yi05	Yi07	
	Yi06	Yi10	
	Yi11	Yi16	
	Yi14	Yi19	
	Yi15	Yi24	
	Yi20	Yi25	
	Yi22		
	Yi23		
	Yi28		
	Yi30		

Résultats par objet :

Observation	ClasseT02	Classe T06	Classe T12
X003	1	1	1
X005	2	1	1
X007	2	2	1
X030	3	3	2
Xi03	2	2	1
Xi26	1	1	1
Xi32	2	1	3
Y001	1	2	1
Y003	1	2	1

Y009	1	1	1
Y010	2	2	1
Y011	1	2	1
Y012	1	2	1
Y013	2	2	3
Y014	1	2	3
Y015	1	1	1
Y017	2	2	3
Y018	2	2	2
Y019	3	3	2
Y020	2	3	1
Y021	1	3	2
Y022	1	2	3
Y027	1	1	1
Y030	3	3	2
Y031	3	3	2
Y032	3	3	2
Y033	3	3	2
Y034	2	3	2
Y036	2	2	3
Y037	3	1	2
Y041	2	3	2
Y044	3	1	3
Yi05	1	1	3
Yi06	1	1	3
Yi07	2	2	3
Yi10	2	1	3
Yi11	1	1	1
Yi13	3	2	3
Yi14	1	2	3
Yi15	1	2	3
Yi16	2	1	1
Yi17	3	2	3
Yi19	2	1	1
Yi20	1	1	3
Yi22	1	2	3
Yi23	1	1	3
Yi24	2	1	3
Yi25	2	1	1
Yi28	1	1	1
Yi30	1	1	2



25. CAH T06 facteurs préconstruits

XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 18:39:08
Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T06 / Plage = '12 fact T06'!$C$1:$N$51 / 50 lignes et 12 colonnes
Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T06 / Plage = '12 fact T06'!$B$1:$B$51 / 50 lignes et 1 colonne
Regrouper les lignes
Dissimilarité : Distance euclidienne
Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
Centrer : Oui
Réduire : Oui
Troncature : nombre de classes = 3

Statistiques descriptives :

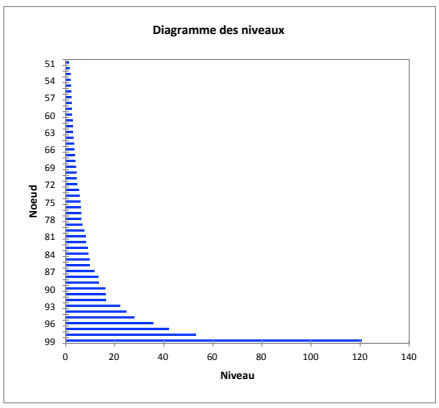
Variable	Observations	données m	données m	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_06	50	0	50	-43,730	58,536	2,652	25,767
ppd_06	50	0	50	-25,170	93,967	42,961	25,947
EP_06	50	0	50	-20,000	50,000	15,600	19,578
PP_06	50	0	50	-55,000	60,000	4,200	23,460
TP_06	50	0	50	16,667	77,778	41,222	10,534
ET_06	50	0	50	-4,167	95,833	47,667	19,272
AT_06	50	0	50	-25,000	75,000	24,900	21,794
IT_06	50	0	50	-43,750	37,500	4,833	17,549
ECA_06	50	0	50	-25,000	54,167	20,333	17,570
CVL_06	50	0	50	-17,857	46,429	18,000	15,873
IS_06	50	0	50	-35,000	47,500	7,050	20,119
CC_06	50	0	50	-47,500	50,000	-4,400	19,978

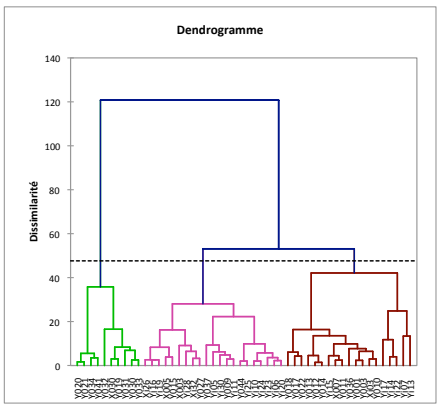
Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	120,756	50	50	96	98
98	53,147	40	40	97	95
97	42,119	19	19	91	94
96	35,816	10	10	92	73
95	28,089	21	21	90	93
94	24,845	5	5	88	87
93	22,272	12	12	86	84
92	16,497	6	6	26	82
91	16,378	14	14	75	89
90	16,228	9	9	81	83
89	13,579	11	11	71	85
88	13,394	2	2	35	38
87	11,787	3	3	42	68
86	9,881	7	7	74	54
85	9,860	8	8	80	70
84	9,319	5	5	30	76
83	9,107	4	4	1	77
82	8,354	5	5	63	79
81	8,288	5	5	67	60
80	7,703	5	5	78	29
79	6,891	3	3	25	58
78	6,437	4	4	56	62
77	6,434	3	3	64	49
76	6,238	4	4	33	72
75	6,075	3	3	18	69
74	5,759	5	5	66	53
73	5,516	4	4	52	65
72	4,807	3	3	61	50
71	4,554	3	3	14	51
70	4,490	3	3	57	40
69	4,291	2	2	17	22
68	4,005	2	2	39	45
67	3,860	2	2	2	16

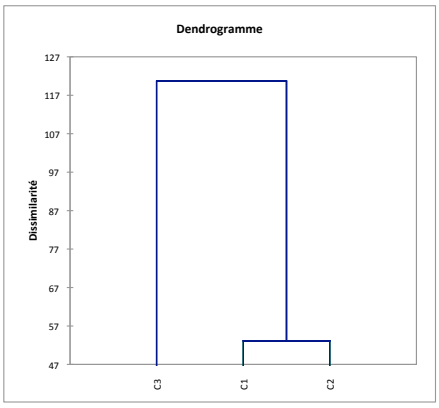
Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

66	3,616	3	3	55	46
65	3,504	2	2	28	31
64	3,245	2	2	7	23
63	3,018	2	2	4	19
62	2,981	2	2	5	11
61	2,945	2	2	10	37
60	2,636	3	3	6	59
59	2,562	2	2	41	43
58	2,522	2	2	24	27
57	2,432	2	2	3	12
56	2,340	2	2	8	9
55	2,250	2	2	34	44
54	2,033	2	2	32	48
53	2,032	2	2	36	47
52	1,678	2	2	20	21
51	1,427	2	2	13	15





Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx



Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3448,158	70,36%
Inter-classes	1452,620	29,64%
Totale	4900,778	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1	-7,714	55,655	22,619	20,000	35,317	51,587	22,381	5,952	24,008	27,211	10,000	-18,690
2	-4,998	47,357	18,684	-4,737	47,368	39,254	19,737	13,158	19,737	10,338	15,395	0,263
3	38,953	7,953	-5,000	-12,000	41,944	55,417	40,000	-13,333	13,750	13,214	-15,000	16,750

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	41,847	95,725
2	41,847	0	82,102
3	95,725	82,102	0

Objets centraux :

Classe	tcc_06	ppd_06	EP_06	PP_06	TP_06	ET_06	AT_06	IT_06	ECA_06	CVL_06	IS_06	CC_06
1 (Yi11)	-3,011	57,019	30,000	25,000	41,667	70,833	30,000	6,250	33,333	21,429	-12,500	-25,000
2 (Xi03)	-25,097	62,862	25,000	-5,000	36,111	29,167	35,000	6,250	16,667	10,714	30,000	-7,500
3 (Y030)	50,146	7,713	5,000	5,000	47,222	54,167	40,000	-6,250	4,167	7,143	-17,500	30,000

Distances entre les objets centraux :

	1 (Yi11)	2 (Xi03)	3 (Y030)
1 (Yi11)	0	75,789	104,650
2 (Xi03)	75,789	0	118,170
3 (Y030)	104,650	118,170	0

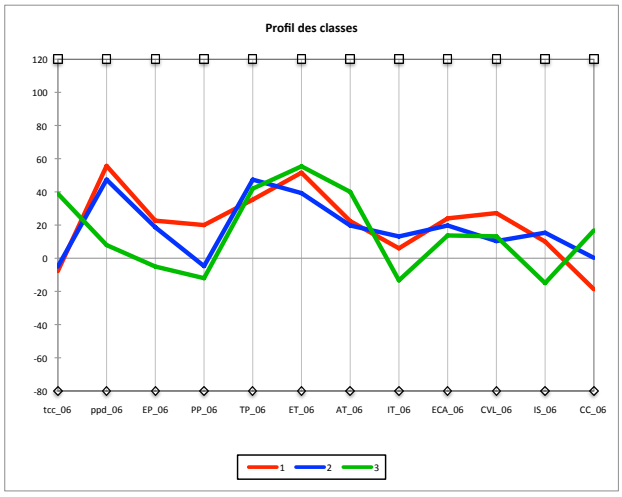
Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	21	19	10
Somme des p	21	19	10
Variance intr	2975,474	3665,921	4063,042
Distance min	35,196	38,428	30,074
Distance moy	51,739	57,077	57,361
Distance max	89,000	87,946	99,151
	X003	X007	X030
	X005	Xi03	Y019
	Xi26	Y001	Y020
	Xi32	Y003	Y021
	Y009	Y010	Y030
	Y015	Y011	Y031
	Y027	Y012	Y032
	Y037	Y013	Y033
	Y044	Y014	Y034
	Yi05	Y017	Y041
	Yi06	Y018	
	Yi10	Y022	
	Yi11	Y036	
	Yi16	Yi07	
	Yi19	Yi13	
	Yi20	Yi14	
	Yi23	Yi15	
	Yi24	Yi17	
	Yi25	Yi22	
	Yi28		
	Yi30		

Résultats par objet :

Observation	Classe T06
X003	1
X005	1
X007	2
X030	3
Xi03	2
Xi26	1
Xi32	1
Y001	2
Y003	2
Y009	1
Y010	2
Y011	2
Y012	2
Y013	2
Y014	2
Y015	1
Y017	2
Y018	2
Y019	3
Y020	3
Y021	3
Y022	2
Y027	1
Y030	3
Y031	3
Y032	3
Y033	3
Y034	3
Y036	2
Y037	1
Y041	3
Y044	1
Yi05	1
Yi06	1
Yi07	2
Yi10	1
Yi11	1
Yi13	2
Yi14	2
Yi15	2
Yi16	1
Yi17	2
Yi19	1
Yi20	1
Yi22	2
Yi23	1
Yi24	1
Yi25	1
Yi28	1
Yi30	1



26. CAH T12 facteurs préconstruits

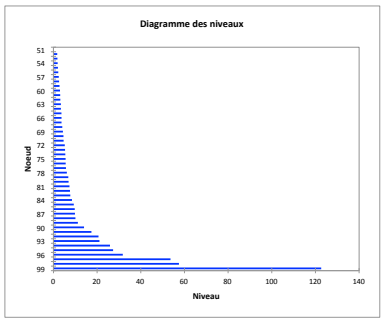
XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 07/01/2013 à 18:43:02
Tableau observations/variables : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T12 / Plage = '12 fact T12'!$C$1:$N$51 / 50 lignes et 12 colonnes
Libellés des lignes : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruits.xlsx / Feuille = 12 fact T12 / Plage = '12 fact T12'!$B$1:$B$51 / 50 lignes et 1 colonne
Regrouper les lignes
Dissimilarité : Distance euclidienne
Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
Centrer : Oui
Réduire : Oui
Troncature : nombre de classes = 3

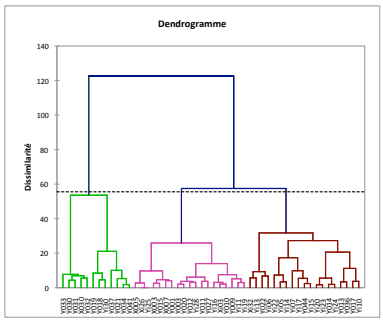
Statistiques descriptives :

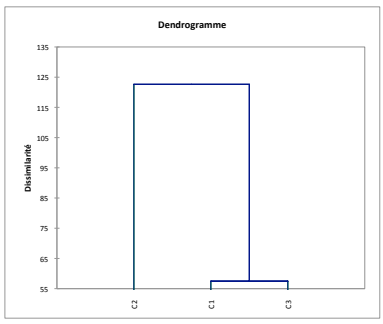
Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
tcc_12	50	0	50	-41,856	47,621	-2,497	23,673
ppd_12	50	0	50	-9,255	87,146	47,139	21,862
EP_12	50	0	50	-50,000	60,000	15,100	22,621
PP_12	50	0	50	-40,000	40,000	4,700	19,676
TP_12	50	0	50	16,667	66,667	40,500	10,590
ET_12	50	0	50	0,000	95,833	44,500	19,857
AT_12	50	0	50	-20,000	70,000	25,500	22,366
IT_12	50	0	50	-29,167	39,583	4,833	16,407
ECA_12	50	0	50	-20,833	54,167	19,750	19,485
CVL_12	50	0	50	-14,286	53,571	18,714	16,915
IS_12	50	0	50	-40,000	42,500	9,350	18,356
CC_12	50	0	50	-42,500	30,000	-9,400	18,010

Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	122,630	50	50	98	97
98	57,475	38	38	96	94
97	53,615	12	12	83	93
96	31,750	19	19	85	95
95	27,306	15	15	91	92
94	25,904	19	19	86	90
93	21,070	7	7	88	84
92	20,630	8	8	89	76
91	17,378	7	7	87	81
90	13,991	12	12	82	78
89	11,181	4	4	63	67
88	10,062	4	4	30	73
87	9,847	4	4	35	74
86	9,740	7	7	71	59
85	9,314	4	4	79	77
84	8,486	3	3	19	70
83	7,730	5	5	80	27
82	7,571	6	6	61	72
81	7,347	3	3	64	45
80	6,928	4	4	69	75
79	6,790	2	2	22	34
78	6,125	6	6	66	65
77	5,718	2	2	7	38
76	5,590	4	4	52	54
75	5,560	2	2	4	26
74	5,433	3	3	57	42
73	5,316	3	3	21	53
72	5,195	3	3	10	60
71	4,656	4	4	68	58
70	4,595	2	2	18	50
69	4,325	2	2	24	25
68	4,049	2	2	3	8
67	3,691	2	2	17	36
66	3,682	2	2	12	23
65	3,673	4	4	55	62
64	3,413	2	2	33	39
63	3,408	2	2	14	29
62	3,141	2	2	13	49
61	3,100	3	3	56	41
60	3,006	2	2	37	43
59	2,765	3	3	2	51
58	2,590	2	2	1	16
57	2,428	2	2	32	40
56	2,210	2	2	5	11
55	2,044	2	2	9	20
54	1,920	2	2	15	47
53	1,823	2	2	28	31
52	1,715	2	2	44	46
51	0,085	2	2	6	48







Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	3104,229	68,37%
Inter-classes	1435,972	31,63%
Totale	4540,201	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1	-18,578	66,301	27,368	17,105	37,573	46,272	22,895	8,004	30,482	19,361	19,079	-20,000
2	30,388	27,624	-8,333	-1,667	35,417	59,028	48,333	-6,076	18,056	14,583	-8,958	3,958
3	-7,185	40,302	17,632	-3,684	46,637	33,553	13,684	8,553	10,088	20,677	11,184	-7,237

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	89,838	48,008
2	89,838	0	71,217
3	48,008	71,217	0

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

Objets centraux :

Classe	tcc_12	ppd_12	EP_12	PP_12	TP_12	ET_12	AT_12	IT_12	ECA_12	CVL_12	IS_12	CC_12
1 (Xi26)	-15,706	71,641	35,000	20,000	25,000	62,500	25,000	20,833	20,833	21,429	20,000	-32,500
2 (Y033)	35,451	10,937	-15,000	-10,000	47,222	37,500	40,000	-12,500	0,000	39,286	-30,000	17,500
3 (Yi24)	-22,427	57,885	5,000	-10,000	52,778	37,500	30,000	8,333	16,667	39,286	12,500	-15,000

Distances entre les objets centraux :

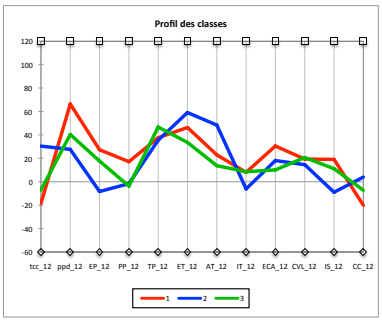
	1 (Xi26)	2 (Y033)	3 (Yi24)
1 (Xi26)	0	133,828	65,658
2 (Y033)	133,828	0	98,281
3 (Yi24)	65,658	98,281	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	19	12	19
Somme des p	19	12	19
Variance intr	2038,078	4466,496	3337,883
Distance min	30,795	51,902	38,885
Distance moy	43,387	63,009	55,702
Distance max	59,836	81,534	66,839
	X003	X030	Xi32
	X005	Y018	Y013
	X007	Y019	Y014
	Xi03	Y021	Y017
	Xi26	Y030	Y022
	Y001	Y031	Y036
	Y003	Y032	Y044
	Y009	Y033	Yi05
	Y010	Y034	Yi06
	Y011	Y037	Yi07
	Y012	Y041	Yi10
	Y015	Yi30	Yi13
	Y020		Yi14
	Y027		Yi15
	Yi11		Yi17
	Yi16		Yi20
	Yi19		Yi22
	Yi25		Yi23
	Yi28		Yi24

Résultats par objet :

Observation	Classe T12
X003	1
X005	1
X007	1
X030	2
Xi03	1
Xi26	1
Xi32	3
Y001	1
Y003	1
Y009	1
Y010	1
Y011	1
Y012	1
Y013	3
Y014	3
Y015	1
Y017	3
Y018	2
Y019	2
Y020	1
Y021	2
Y022	3
Y027	1
Y030	2
Y031	2
Y032	2
Y033	2
Y034	2
Y036	3
Y037	2
Y041	2
Y044	3
Yi05	3
Yi06	3
Yi07	3
Yi10	3
Yi11	1
Yi13	3
Yi14	3
Yi15	3
Yi16	1
Yi17	3
Yi19	1
Yi20	3
Yi22	3
Yi23	3
Yi24	3
Yi25	1
Yi28	1
Yi30	2



27. Tableau récapitulatif et commentaire de la composition des classes d'enfant relativement aux scores des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois

Observ.	ClasseT02	Classe T06	Classe T12
X003	1	1	1
X005	2	1	1
X007	2	2	1
X030	3	3	2
Xi03	2	2	1
Xi26	1	1	1
Xi32	2	1	3
Y001	1	2	1
Y003	1	2	1
Y009	1	1	1
Y010	2	2	1
Y011	1	2	1
Y012	1	2	1
Y013	2	2	3
Y014	1	2	3
Y015	1	1	1
Y017	2	2	3
Y018	2	2	2
Y019	3	3	2
Y020	2	3	1
Y021	1	3	2
Y022	1	2	3
Y027	1	1	1
Y030	3	3	2
Y031	3	3	2
Y032	3	3	2
Y033	3	3	2
Y034	2	3	2
Y036	2	2	3
Y037	3	1	2
Y041	2	3	2
Y044	3	1	3
Yi05	1	1	3
Yi06	1	1	3
Yi07	2	2	3
Yi10	2	1	3
Yi11	1	1	1
Yi13	3	2	3
Yi14	1	2	3
Yi15	1	2	3
Yi16	2	1	1
Yi17	3	2	3
Yi19	2	1	1
Yi20	1	1	3
Yi22	1	2	3
Yi23	1	1	3
Yi24	2	1	3
Yi25	2	1	1
Yi28	1	1	1
Yi30	1	1	2

1. *Rappel:*

- à T02, les approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (+) et 2 (++) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 3.

- à T06, les approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (++) et 2 (+) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 3.

- à T12, es approches psychodynamiques sont représentées par les classes 1 (++) et 3 (+) et l'approche cognitivo-comportementale par la classe 2.

- Les 3 classes ont été distinguées par leur cotation et par leur couleur. Ainsi le rouge clair représente les psychothérapies psychodynamiques «simples» et le rouge plus intense les psychothérapies psychodynamiques «renforcées». Le vert représente les thérapies à dominance cognitivo-comportementale.

Constatations :

2. *De façon générale, les grandes distinctions PPD / TCC subsistent.*
3. *Cependant, il y a déplacement d'une approche à une autre dans quelques cas : du ppd au tcc (Y018, Y021, Y034, Y041, Yi30) ou du tcc au ppd (Y044, Yi13, Yi17) ou encore ont un passage ppd, tcc, ppd (Y020) .*
4. *33 cas maintiennent une approche ppd dans les 3 cotations. Parmi eux, 4 cas maintiennent dans les 3 cotations une approche PPD «forte» (X005, Yi16, Yi19, Yi25), 5 maintiennent une orientation psychodynamique «moyenne». 11 passent d'un approche ppd «moyenne» à «forte» (X003, Xi26, Y001, Y003, Y009, Y011, Y012, Y015, Y027, Yi11, Yi28), 2 l'utilisent à T2 et T12 (X007, Xi03).*
5. *6 cas maintiennent une approche TCC dans les 3 cotations (X030, Y019, Y030, Y031, Y032et Y033), 3 l'empruntent en début de traitement (Y044, Yi13 et Yi17), 2 en fin de traitement (Y018 et Yi30), 2 à partir de 6 mois (Y021 et Y041) et 1 uniquement à 6 mois (Y020)*
6.
7.

28. Relation entre classes à T12 à partir des médiateurs préconstruits et Δ EG

Observation	Classe T12	Δ EG
X003	1	9
X005	1	12
X007	1	27
Xi03	1	13
Xi26	1	11
Y001	1	44
Y003	1	15
Y009	1	27
Y010	1	14
Y011	1	13
Y012	1	22
Y015	1	28
Y020	1	6
Y027	1	2
Yi11	1	15
Yi16	1	20
Yi19	1	9
Yi25	1	14
Yi28	1	14
moy	**1**	**16,4**
sd	0	9,7
X030	2	21
Y018	2	37
Y019	2	6
Y021	2	21
Y030	2	39
Y031	2	13
Y032	2	10
Y033	2	20
Y034	2	22
Y037	2	19
Y041	2	16
Yi30	2	14
moy	**2**	**19,8**
sd	0	9,8
Xi32	3	15
Y013	3	15
Y014	3	17
Y017	3	12
Y022	3	25
Y036	3	18
Y044	3	19
Yi05	3	17
Yi06	3	13
Yi07	3	13
Yi10	3	20
Yi13	3	16
Yi14	3	16
Yi15	3	20
Yi17	3	13
Yi20	3	33
Yi22	3	11
Yi23	3	16
Yi24	3	13
moy	**3**	**16,9**
sd	0	5,1

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CAHfacteurspréconstruits50P.xlsx

29. Tableaux facteurs émergents sans rotation varimax

Sans rotation varimax

F1 : facteur commun			
item	formulations	F1	F1va
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).	-2,74	2,74
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	2,67	2,67
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	2,37	2,37
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.	2,13	2,13
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique (R le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-2,07	2,07
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	2,01	2,01
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.	1,90	1,90
72	L'enfant est actif.	1,82	1,82
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-1,75	1,75
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,73	1,73
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	1,71	1,71
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément (R.le thérapeute n'insiste pas sur l'expérience de l'affect chez l'enfant).	1,66	1,66
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	1,63	1,63
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord (R. le thérapeute s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant).	-1,62	1,62
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,53	1,53
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes (R. l'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes).	-1,48	1,48
40	L'enfant communique de façon inaffective (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-1,31	1,31
13	L'enfant est animé ou en éveil	1,22	1,22

Facteur 2 : approche psychodynamique avec interactions de l'enfant			
item	formulations	F2	F2va
26	L'enfant est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (R. l'enfant est attentif aux interactions sociales).	-2,57	2,57
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes). R. le thérapeute tend à suivre l'exemple de l'enfant, à lui permettre de présenter les thèmes principaux, ou de structurer son propre jeu.	-2,55	2,55
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.	2,19	2,19
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)	2,05	2,05
66	Le thérapeute est directement rassurant.	-1,92	1,92
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique (R. le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques)	-1,87	1,87

67	Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées (le thérapeute ne souligne pas les désirs sous-jacents, sentiments ou idées que l'enfant peut avoir, mais plutôt le matériel plus conscient).	1,78	1,78
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils (R. le thérapeute n'offre pas d'aide ou ne donne pas d'instructions quand l'enfant demande de l'aide).	-1,75	1,75
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).	1,63	1,63
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	-1,62	1,62
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute (R l'enfant fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute)	-1,43	1,43
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (R. le thérapeute ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement).	-1,39	1,39
48	Le thérapeute pose des limites (le thérapeute ne paraît pas à l'aise avec le comportement de l'enfant et se retient d'intervenir ou de répondre).	-1,23	1,23
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (R. le thérapeute évite d'encourager l'enfant à parler de ses pensées et de ses sentiments).	1,23	1,23

Facteur 3: l'enfant est curieux, son jeu est imaginatif, clair dans son expression verbale, exprime ses affects, peut exprimer des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute ; celui-ci est dans une approche TCC ou PPD suivant signe négatif ou positif de 7 items / 13 avec F3 > 0 ou > 0			
item	formulations	F3	F3va
8	L'enfant est curieux.	2,52	2,52
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).	-2,14	2,14
98	La relation thérapeutique est discutée (R le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la nature des échanges entre eux, se centre uniquement sur le contenu).	-2,13	2,13
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale (R. l'enfant parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague).	2,13	2,13
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique) (R. l'enfant passe d'une activité à une autre sans intérêt soutenu, de telle façon qu'aucune activité ne se développe en quelque chose qui peut être compris ou suivi)	2,01	2,01
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).	-1,94	1,94
93	Le thérapeute est neutre.	-1,86	1,86
36	Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense (R. l'interprétation des défenses ne joue que peu ou aucun rôle dans la séance).	-1,78	1,78
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (R. le thérapeute évite d'interpréter la signification du jeu de l'enfant).	-1,76	1,76
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).	-1,44	1,44
96	Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.	-1,32	1,32
62	Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (R. le thérapeute n'identifie pas un thème existant ou évident ou une configuration récurrente).	-1,28	1,28
49	L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants (positifs ou négatifs) envers le thérapeute durant la séance)	1,23	1,23

Facteur 4 : l'enfant recherche la proximité avec le thérapeute, établit un contact physique avec lui, se comporte de façon dépensante, attend d'être félicité ou protégé, explore des pensées ou sentiments intérieurs; le thérapeute établit des liens, mime des émotions implicites ou non élaborées.			
item	formulations	F4	F4va
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (R. le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives).	2,53	2,53
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).	2,48	2,48
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes (R. explore facilement des sentiments ou des pensées intérieurs).	-2,09	2,09
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (R. l'activité du thérapeute durant la séance ne comprend aucune ou peu de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations).	2,04	2,04
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.	-1,98	1,98
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)	1,82	1,82
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).	1,82	1,82
39	L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)	-1,63	1,63
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	-1,56	1,56
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.	1,53	1,53
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).	-1,40	1,40
22	L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé (R l'enfant exprime une attente d'être félicité ou protégé).	-1,38	1,38
85	L'enfant tourne sa colère et ses sentiments agressifs contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).	1,37	1,37
80	L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).	1,36	1,36
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].	-1,32	1,32

30. Corrélations entre variables et facteurs dans AF simple 50P

FacteursÉmergentsFP.xlsx corrél var fact 17/03/13

Corrélations entre les variables et les facteurs :

	F1	F2	F3	F4
MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
MsX005	0,832	0,326	0,038	0,132
MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
MsXi03	0,736	0,078	-0,201	-0,080
MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
MsY009	0,839	0,008	0,112	0,006
MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248
MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
MsY013	0,686	-0,095	-0,370	0,406
MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104
MsY015	0,722	0,129	0,019	-0,324
MsY017	0,387	-0,279	-0,659	-0,207
MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
MsY020	0,750	-0,288	0,027	0,036
MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109
MsY022	0,472	0,238	-0,018	-0,116
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133
MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012
MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020
MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074
MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300
MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044
MsY041	0,461	-0,526	-0,365	-0,173
MsY044	0,506	-0,401	-0,274	-0,152
MsYi05	0,714	0,359	0,381	0,004
MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144
MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059
MsYi10	0,638	0,097	-0,098	-0,157
MsYi11	0,742	0,158	-0,030	-0,314
MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131
MsYi14	0,647	-0,008	0,136	-0,454
MsYi15	0,737	0,072	0,025	-0,094
MsYi16	0,755	0,194	-0,044	0,237
MsYi17	0,330	0,200	0,092	0,125
MsYi19	0,708	0,446	0,102	-0,050
MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014
MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213
MsYi23	0,421	0,199	-0,181	-0,313
MsYi24	0,539	0,244	-0,110	-0,437
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
MsYi28	0,657	0,110	0,171	-0,201
MsYi30	0,565	0,088	0,218	0,140

Age		F1	F2	F3	F4
3	MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107
3	MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014
4	MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278
4	MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110
4	MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210
4	MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012
4	MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038
4	MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020
4	MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059
5	MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150
5	MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034
5	MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104
5	MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266
5	MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109
5	MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074
5	MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300
5	MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044
6	MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078
6	MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263
6	MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133
6	MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020
6	MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144
6	MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131
6	MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213
6	MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081
7	MsXi32	0,681	0,145	-0,127	0,304
7	MsY017	0,387	-0,279	-0,659	-0,207
7	MsY044	0,506	-0,401	-0,274	-0,152
7	MsYi19	0,708	0,446	0,102	-0,050
8	MsY013	0,686	-0,095	-0,370	0,406
8	MsY041	0,461	-0,526	-0,365	-0,173
8	MsYi15	0,737	0,072	0,025	-0,094
8	MsYi16	0,755	0,194	-0,044	0,237
9	MsY012	0,691	-0,098	-0,014	0,226
9	MsYi28	0,657	0,110	0,171	-0,201
10	MsY022	0,472	0,238	-0,018	-0,116
10	MsYi10	0,638	0,097	-0,098	-0,157
10	MsYi11	0,742	0,158	-0,030	-0,314
11	MsXi03	0,736	0,078	-0,201	-0,080
11	MsY011	0,799	0,076	-0,187	-0,248
11	MsY020	0,750	-0,288	0,027	0,036
11	MsYi05	0,714	0,359	0,381	0,004
12	MsY009	0,839	0,008	0,112	0,006
12	MsY015	0,722	0,129	0,019	-0,324
13	MsYi14	0,647	-0,008	0,136	-0,454
13	MsYi30	0,565	0,088	0,218	0,140
14	MsX005	0,832	0,326	0,038	0,132
14	MsYi17	0,330	0,200	0,092	0,125
14	MsYi24	0,539	0,244	-0,110	-0,437
15	MsYi23	0,421	0,199	-0,181	-0,313

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:FacteursÉmergentsFP.xlsx

31. Tableaux facteurs émergents avec rotation varimax

F1 : Approche globalement psychodynamique (verbalisation, liens avec expérience, non directivité) avec enfant actif, joyeux, assuré, proche de ses sentiments, comprenant les commentaires du thérapeute et recherchant sa proximité et permettant qu'un travail en profondeur puisse être effectué.			
item	Formulations	D1	D1va
40	L'enfant communique de façon inaffective (R. les communications de l'enfant sont chargées d'affect).	-2,203	2,203
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.	2,119	2,119
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R l'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments).	-2,040	2,040
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).	-1,868	1,868
77	L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.	1,828	1,828
56	L'enfant est distant de son ou de ses sentiments (R. l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents, mais bien modulés et équilibrés).	-1,726	1,726
37	Le thérapeute se comporte de façon didactique (R. le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques)	-1,695	1,695
88	Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.	1,676	1,676
86	Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).	1,651	1,651
72	L'enfant est actif.	1,638	1,638
38	Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou à des sentiments.	1,632	1,632
5	L'enfant a des difficultés à comprendre les commentaires du thérapeute (R l'enfant fait preuve d'une compréhension aisée des commentaires du thérapeute)	-1,580	1,580
24	Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique (R le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant)	-1,527	1,527
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.	1,423	1,423
97	Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects (R. le thérapeute évite d'encourager l'enfant à parler de ses pensées et de ses sentiments).	1,370	1,370
45	Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.	1,340	1,340
44	L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (R. vs confiant et en sécurité).	-1,327	1,327
18	Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord (R. le thérapeute s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant).	-1,266	1,266
94	L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).	-1,203	1,203
76	Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (R le thérapeute ne fait pas de liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience quand il semble accablé, ou ouvertement à distance de ses affect)	1,094	1,094
28	Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.	1,093	1,093
61	L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).	-0,946	0,946
33	L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un (R l'enfant fait état ou exprime son sentiment de vouloir être distant, séparé ou de n'avoir besoin de personne).	0,754	0,754
57	Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant (R. le thérapeute accepte les distorsions de l'enfant sans commentaire ou les discute quand elles sont invraisemblables)	-0,569	0,569
87	Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).	-0,536	0,536
27	Le thérapeute propose des conseils explicites pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance (R. le thérapeute s'abstient de guider l'enfant dans la conception de son comportement en dépit des demandes ou de la pression de l'enfant de le faire).	-0,517	0,517
30	Ses aspirations ou ses ambitions font partie des thèmes abordés par l'enfant	-0,247	0,247

F2 : thérapie cognitvo-comportementale (si score positif) ou psychodynamique (si score négatif) avec un enfant anxieux et tendu, difficile, agressif et provocateur.			
item	Formulations	D2	D2va
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes) (R. le thérapeute tend à suivre l'exemple de l'enfant, à lui permettre de présenter les thèmes principaux, ou de structurer son propre jeu).	2,641	2,641
90	Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.	-2,354	2,354
66	Le thérapeute est directement rassurant.	1,933	1,933
36	Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense (R. l'interprétation des défenses ne joue que peu ou aucun rôle dans la séance).	-1,854	1,854
98	La relation thérapeutique est discutée (R le thérapeute ne fait pas de commentaires sur la nature des échanges entre eux, se centre uniquement sur le contenu).	-1,816	1,816
46	Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant (R. le thérapeute évite d'interpréter la signification du jeu de l'enfant).	-1,746	1,746
99	Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils (R. le thérapeute n'offre pas d'aide ou ne donne pas d'instructions quand l'enfant demande de l'aide).	1,704	1,704
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.	1,629	1,629
67	Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées (le thérapeute ne souligne pas les désirs sous-jacents, sentiments ou idées que l'enfant peut avoir, mais plutôt le matériel plus conscient).	-1,580	1,580
93	Le thérapeute est neutre.	-1,549	1,549
47	Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.	1,546	1,546
13	L'enfant est animé ou en éveil	1,268	1,268
48	Le thérapeute pose des limites (le thérapeute ne paraît pas à l'aise avec le comportement de l'enfant et se retient d'intervenir ou de répondre).	1,208	1,208
55	Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables (R. le thérapeute ne cherche pas à souligner ou à récompenser les changements de comportement).	1,187	1,187
82	Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments (R. le thérapeute n'intervient pas quand l'enfant est débordé par un sentiment).	1,150	1,150
20	L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique (R. l'enfant est particulièrement respectueux, compliant, ou semble jouer le rôle du « bon patient")	1,120	1,120
14	Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.	-1,082	1,082
60	Le thérapeute est protecteur de l'enfant.	1,058	1,058
34	L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés (R. l'enfant prend la responsabilité appropriée de ses propres actions ou de sa position).	-0,973	0,973
91	les étapes antérieures du développement constituent un thème de la séance (R. la discussion de thèmes actuels ou futurs prédomine sur celle des expériences passées.)	-0,919	0,919
35	L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.	-0,791	0,791
43	Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres (R. le thérapeute ne fait pas de commentaires à propos de la signification du comportement des autres).	-0,607	0,607
84	L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs (R. L'expression de sentiments conséquents de colère ou d'agressivité est délibérément évitée par l'enfant).	0,572	0,572
83	L'enfant fait des demandes répétées au T.	0,560	0,560
7	L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).	0,535	0,535

F3 : l'enfant n'est pas dans la relation et n'inclut pas le thérapeute dans son jeu, ne recherche pas son approbation ou sa sympathie, ne se contrôle pas, n'a pas d'activité soutenue, dans le jeu notamment, n'est pas conscient de ses difficultés, ne fait d'insight ; le thérapeute établit des règles explicites, commente les changements d'humeur, n'intervient pas sur les fantasmes ou les défenses, la situation actuelle de la vie de l'enfant est valorisée pour la discussion.			
item	Formulations	D3	D3va
54	L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale (R. l'enfant parle de façon confuse, fait des digressions fréquentes ou est vague).	-2,88	2,88
29	La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique) (R. l'enfant passe d'une activité à une autre sans intérêt soutenu)	-2,34	2,34
71	L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire (R le jeu est concret ou la règle fixée. Par exemple, en jouant à un jeu de société, l'enfant refuse n'importe quel dialogue imaginaire)	-2,21	2,21
53	L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes (R. l'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes).	-1,94	1,94
95	Le jeu de l'enfant manque de spontanéité (R le jeu de l'enfant est imaginatif, vif, et l'enfant génère de nouvelles idées).	1,89	1,89
26	L'enfant est désaccordé ou décalé dans ses échanges sociaux (R. l'enfant est attentif aux interactions sociales).	1,75	1,75
64	L'enfant inclut le thérapeute dans le jeu (R. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans le jeu, ou organise un jeu de telle façon qu'il en exclut le thérapeute).	-1,74	1,74
81	Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément (R.le thérapeute n'insiste pas sur l'expérience de l'affect chez l'enfant).	1,69	1,69
2	Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).	1,68	1,68
8	L'enfant est curieux.	-1,62	1,62
63	L'enfant explore les relations avec les autres significatifs (R l'E n'aborde pas la discussion de ses relations avec ses proches) .	-1,44	1,44
21	le thérapeute dévoile quelque chose de lui.	-1,41	1,41
39	L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute (R. l'enfant évite ou ne semble pas capable d'imaginer être en compétition avec le thérapeute)	-1,34	1,34
70	L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions (R. l'enfant ne semble pas faire l'effort de retenir ou de gérer des sentiments qu'il éprouve).	-1,17	1,17
16	Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).	1,14	1,14
62	Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant (R. le thérapeute n'identifie pas un thème existant ou évident ou une configuration récurrente).	1,08	1,08
89	Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.	-1,07	1,07
19	L'enfant demande un conseil ou une information.	-1,02	1,02
32	L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.	-0,96	0,96
49	L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute (R. L'enfant exprime des sentiments constants envers le thérapeute)	-0,90	0,90
78	L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute (R. l'enfant se comporte d'une manière qui évoque la désapprobation, l'irritation, ou le rejet).	-0,82	0,82
69	La situation récente ou actuelle de la vie de l'enfant est mise en valeur dans la discussion.	0,80	0,80
52	Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.	0,80	0,80
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant (R. le thérapeute ne commente pas les changements des états d'humeur de l'enfant durant la séance).	0,73	0,73
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, excitation) (R. le thérapeute évite de mettre l'accent sur ces sentiments ou réactions).	0,52	0,52
68	Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées (R. le thérapeute ne porte pas d'attention pour distinguer le fantasme de la réalité).	-0,39	0,39

F4 : l'enfant n'est pas coopérant, reste éloigné, n'établit de contact physique avec le thérapeute, ignore ses commentaires, est peu disposé à examiner ses problèmes, a tendance à rejeter ou ignorer les commentaires ou observations du thérapeute, exprime des sentiments négatifs envers lui tout en exprimant un sentiment de supériorité ; le thérapeute demande plus information, n'établit pas de lien entre la relation thérapeutique, utilise des formulations conceptuelles ou explicatives			
item	Formulations	D4	D4va
10	L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute (R. l'enfant reste éloigné, ou évite une plus grande intimité ou proximité).	-2,464	2,464
12	Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées (R. le thérapeute répond aux émotions implicites ou non élaborées de l'enfant par des formulations conceptuelles ou explicatives).	-2,265	2,265
58	L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.	2,097	2,097
25	L'enfant a des difficultés à partir de la séance (R l'enfant finit la séance avec une facilité considérable).	-1,865	1,865
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations (R. l'activité du thérapeute durant la séance ne comprend aucune ou peu de tentatives de relier les aspects interpersonnels de la thérapie aux expériences dans d'autres relations).	-1,861	1,861
15	L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute (R. l'enfant garde une distance physique avec le thérapeute)	-1,821	1,821
42	L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.	1,701	1,701
85	L'enfant tourne sa colère et ses sentiments agressifs contre lui (R. l'enfant dirige vers l'extérieur sa colère ou ses sentiments agressifs (exclure de tels sentiments dirigés vers le thérapeute).	-1,554	1,554
80	L'enfant se comporte de façon dépendante (R. insiste sur son indépendance).	-1,460	1,460
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.	1,401	1,401
75	Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.	-1,321	1,321
11	Des sentiments ou des pensées sexuels émergent. (R. l'enfant n'exprime pas des idées ou des sentiments sexuels).	1,232	1,232
23	La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.	1,095	1,095
1	L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [R. Exprime des approbations ou de l'admiration].	1,082	1,082
4	Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.	0,599	0,599
74	L'humour est utilisé.	-0,599	0,599
59	L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur) (R. l'enfant exprime un sentiment d'efficacité, de supériorité ou même de triomphe).	-0,443	0,443

Les valeurs correspondent pour chaque observation au facteur pour lequel le cosinus carré est le plus grand

32. CAH50p AF simple Correl Fact Variables_Partie3

Barycentres des classes :

Classe	F1	F2	F3	F4
1	0,618	0,099	-0,014	-0,167
2	0,732	0,078	0,026	0,150
3	0,336	-0,636	0,310	0,002
4	0,491	-0,429	-0,286	-0,105

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3	4
1	0	0,341	0,868	0,610
2	0,341	0	0,877	0,691
3	0,868	0,877	0	0,659
4	0,610	0,691	0,659	0

Objets centraux :

Classe	F1	F2	F3	F4
1 (MsYi10)	0,638	0,097	-0,098	-0,157
2 (MsYi25)	0,772	0,164	0,027	0,081
3 (MsY032)	0,282	-0,714	0,233	-0,038
4 (MsY044)	0,506	-0,401	-0,274	-0,152

Distances entre les objets centraux :

	1 (MsYi10)	2 (MsYi25)	3 (MsY032)	4 (MsY044)
1 (MsYi10)	0	0,308	0,953	0,544
2 (MsYi25)	0,308	0	1,034	0,732
3 (MsY032)	0,953	1,034	0	0,646
4 (MsY044)	0,544	0,732	0,646	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3	4
Objets	18	21	5	6
Somme des poi	18	21	5	6
Variance intra-c	0,077	0,117	0,040	0,075
Distance minim	0,087	0,117	0,129	0,058
Distance moyer	0,257	0,314	0,175	0,221
Distance maxir	0,436	0,504	0,212	0,428
	MsX003	MsX005	MsX030	MsY017
	MsXi03	MsX007	MsY030	MsY019
	MsY011	MsXi26	MsY031	MsY034
	MsY015	MsXi32	MsY032	MsY041
	MsY022	MsY001	MsY033	MsY044
	MsY027	MsY003		MsYi13
	MsYi07	MsY009		
	MsYi10	MsY010		
	MsYi11	MsY012		
	MsYi14	MsY013		
	MsYi15	MsY014		
	MsYi17	MsY018		
	MsYi20	MsY020		
	MsYi22	MsY021		
	MsYi23	MsY036		
	MsYi24	MsY037		
	MsYi28	MsYi05		
	MsYi30	MsYi06		
		MsYi16		
		MsYi19		
		MsYi25		

Barycentres des classes :

Classe	D1	D2	D3	D4
1	0,609	0,103	0,183	0,277
2	0,590	0,259	0,407	0,007
3	0,083	0,554	0,376	0,141

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	0,384	0,732
2	0,384	0	0,603
3	0,732	0,603	0

Objets centraux :

Classe	D1	D2	D3	D4
1 (MsYi15)	0,627	0,200	0,265	0,288
2 (MsY012)	0,559	0,300	0,388	-0,039
3 (MsYi13)	0,174	0,451	0,410	0,245

Distances entre les objets centraux :

	1 (MsYi15)	2 (MsY012)	3 (MsYi13)
1 (MsYi15)	0	0,370	0,539
2 (MsY012)	0,370	0	0,502
3 (MsYi13)	0,539	0,502	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	25	14	11
Somme des	25	14	11
Variance int	0,097	0,081	0,169
Distance mi	0,129	0,072	0,176
Distance mc	0,294	0,258	0,364
Distance ma	0,415	0,447	0,696
	MsX003	MsX007	MsX030
	MsX005	MsXi32	MsY017
	MsXi03	MsY003	MsY019
	MsXi26	MsY009	MsY030
	MsY001	MsY010	MsY031
	MsY011	MsY012	MsY032
	MsY015	MsY013	MsY033
	MsY022	MsY014	MsY034
	MsY027	MsY018	MsY041
	MsYi05	MsY020	MsY044
	MsYi06	MsY021	MsYi13
	MsYi07	MsY036	
	MsYi10	MsY037	
	MsYi11	MsYi16	
	MsYi14		
	MsYi15		
	MsYi17		
	MsYi19		
	MsYi20		
	MsYi22		
	MsYi23		
	MsYi24		
	MsYi25		
	MsYi28		
	MsYi30		

33. Tableau des corrélations entre les variables et les facteurs émergents après rotation varimax

FacteursÉmergentsFP-Varimax.xlsx Corrélations var fact varimax 15/01/13

Corrélations entre les variables et les facteurs après rotation Varimax :

	D1	D2	D3	D4
MsX003	0,706	0,150	0,093	0,331
MsX005	0,871	0,031	0,241	0,106
MsX007	0,723	-0,032	0,470	-0,036
MsX030	-0,048	0,764	0,296	-0,045
MsXi03	0,577	0,083	0,448	0,295
MsXi26	0,886	0,019	-0,039	0,082
MsXi32	0,654	0,044	0,399	-0,093
MsY001	0,853	0,021	0,125	0,173
MsY003	0,634	0,161	0,393	-0,056
MsY009	0,721	0,328	0,278	0,206
MsY010	0,632	0,175	0,605	0,036
MsY011	0,601	0,114	0,437	0,471
MsY012	0,559	0,300	0,388	-0,039
MsY013	0,504	0,117	0,700	-0,176
MsY014	0,649	0,385	0,312	0,096
MsY015	0,599	0,148	0,207	0,506
MsY017	-0,011	0,028	0,770	0,350
MsY018	0,361	0,297	0,400	-0,121
MsY019	0,083	0,561	0,544	0,003
MsY020	0,492	0,494	0,419	0,145
MsY021	0,511	0,529	0,290	0,051
MsY022	0,474	-0,042	0,120	0,250
MsY027	0,462	0,239	0,366	0,305
MsY030	0,119	0,640	0,186	0,044
MsY031	0,082	0,826	-0,014	0,029
MsY032	-0,057	0,784	0,184	0,052
MsY033	0,149	0,875	-0,029	0,041
MsY034	0,280	0,411	0,563	0,241
MsY036	0,539	0,187	0,561	-0,087
MsY037	0,540	0,571	0,149	0,190
MsY041	0,007	0,398	0,661	0,298
MsY044	0,131	0,357	0,564	0,286
MsYi05	0,849	0,137	-0,120	0,167
MsYi06	0,856	0,142	0,024	0,050
MsYi07	0,372	0,001	0,364	0,212
MsYi10	0,517	0,087	0,302	0,333
MsYi11	0,618	0,107	0,246	0,510
MsYi13	0,174	0,451	0,410	0,245
MsYi14	0,476	0,293	0,107	0,593
MsYi15	0,627	0,200	0,265	0,288
MsYi16	0,744	0,072	0,338	-0,012
MsYi17	0,409	-0,007	0,021	-0,030
MsYi19	0,807	-0,073	0,063	0,249
MsYi20	0,516	0,208	0,462	0,187
MsYi22	0,439	0,326	0,041	0,322
MsYi23	0,337	-0,107	0,212	0,443
MsYi24	0,451	-0,069	0,170	0,587
MsYi25	0,733	0,137	0,273	0,133
MsYi28	0,597	0,216	0,080	0,355
MsYi30	0,585	0,223	0,064	-0,002

Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:FacteursÉmergentsFP-Varimax.xlsx

34. CAH Age, IG, Napa, EG, Dev et Aptitudes à 12 mois

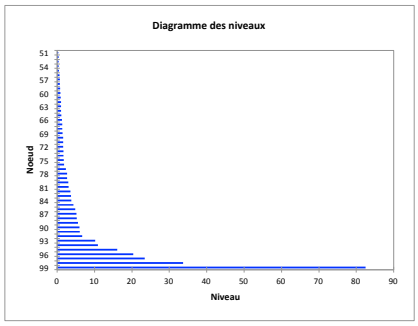
XLSTAT 2012.6.02 - Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) - le 16/01/2013 à 13:46:12
Tableau observations/variables : Classeur = ClassementSGV,SGV2,GApt.xlsx / Feuille = Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt / Plage = 'Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt'!$B$1:$G$51 / 50 lignes et 6 colonnes
Libellés des lignes : Classeur = ClassementSGV,SGV2,GApt.xlsx / Feuille = Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt / Plage = 'Age,IG,Napa,EG,Dev,dApt'!$A$1:$A$51 / 50 lignes et 1 colonne
Regrouper les lignes
Dissimilarité : Distance euclidienne
Méthode d'agrégation : Méthode de Ward
Centrer : Oui
Réduire : Oui
Troncature : Automatique

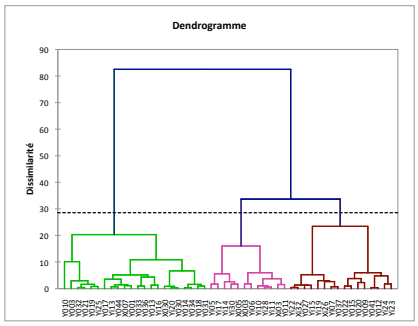
Statistiques descriptives :

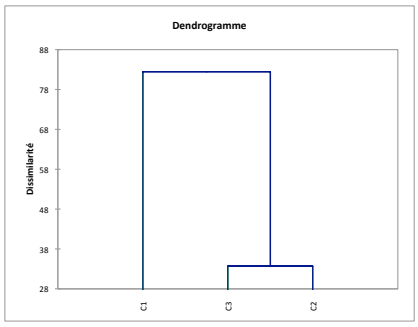
Variable	Observations	ɔc données manıs données man		Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Age	50	0	50	3,000	15,000	7,620	3,356
IG	50	0	50	0,000	9,000	2,980	1,571
Napa	50	0	50	0,000	10,000	2,600	2,873
EG00	50	0	50	12,069	62,069	36,483	12,755
Dev00	50	0	50	3,546	63,830	34,340	16,540
Apt T12	50	0	50	0,000	14,000	8,580	4,518

Statistiques des noeuds :

Noeud	Niveau	Poids	Objets	Fils gauche	Fils droit
99	82,496	50	50	96	98
98	33,709	28	28	95	97
97	23,437	16	16	88	91
96	20,348	22	22	93	94
95	16,036	12	12	90	89
94	10,901	16	16	92	87
93	10,171	6	6	5	80
92	6,701	7	7	60	71
91	6,008	8	8	84	86
90	5,991	7	7	76	83
89	5,600	5	5	78	74
88	5,262	8	8	81	67
87	5,173	9	9	82	85
86	4,828	4	4	53	75
85	4,364	4	4	61	68
84	3,809	4	4	77	62
83	3,742	5	5	64	70
82	3,546	5	5	27	69
81	3,027	4	4	79	29
80	2,978	5	5	19	72
79	2,674	3	3	4	58
78	2,626	3	3	45	73
77	2,310	2	2	41	43
76	1,826	2	2	10	22
75	1,789	2	2	49	50
74	1,722	2	2	42	48
73	1,708	2	2	46	47
72	1,630	4	4	54	59
71	1,606	4	4	52	63
70	1,570	2	2	39	40
69	1,464	4	4	65	57
68	1,365	2	2	30	33
67	1,360	4	4	55	66
66	1,281	2	2	20	32
65	1,135	2	2	3	11
64	1,065	3	3	37	56
63	0,999	2	2	13	21
62	0,998	2	2	36	44
61	0,992	2	2	8	16
60	0,879	3	3	51	18
59	0,834	2	2	1	25
58	0,729	2	2	9	17
57	0,713	2	2	23	28
56	0,629	2	2	35	38
55	0,447	2	2	24	26
54	0,419	2	2	7	14
53	0,395	2	2	31	34
52	0,384	2	2	12	15
51	0,321	2	2	2	6







Décomposition de la variance pour la classification optimale :

	Absolu	Pourcentage
Intra-classe	208,610	43,58%
Inter-classes	270,046	56,42%
Totale	478,655	100,00%

Barycentres des classes :

Classe	Age	IG	Napa	EG00	Dev00	Apt T12
1	5,273	3,091	1,091	45,063	19,117	9,364
2	8,625	2,875	1,750	34,752	44,947	6,063
3	10,583	2,917	6,500	23,060	48,109	10,500

Distances entre les barycentres des classes :

	1	2	3
1	0	28,216	37,194
2	28,216	0	13,885
3	37,194	13,885	0

Objets centraux :

Classe	Age	IG	Napa	EG00	Dev00	Apt T12
1 (Yi13)	6,000	2,000	2,000	47,414	20,567	7,000
2 (Yi15)	8,000	3,000	2,000	31,897	48,227	8,000
3 (Yi11)	10,000	2,000	6,000	19,828	46,099	12,000

Distances entre les objets centraux :

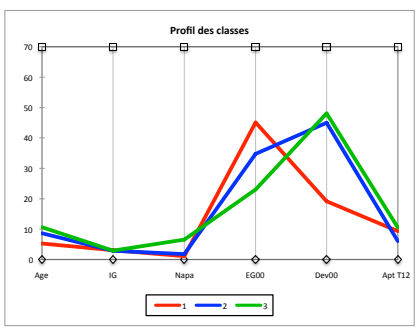
	1 (Yi13)	2 (Yi15)	3 (Yi11)
1 (Yi13)	0	31,809	38,339
2 (Yi15)	31,809	0	13,682
3 (Yi11)	38,339	13,682	0

Résultats par classe :

Classe	1	2	3
Objets	22	16	12
Somme des poi	22	16	12
Variance intra-c	188,392	251,945	188,113
Distance minim	3,970	4,810	4,263
Distance moyer	12,342	14,270	12,289
Distance maxin	22,563	25,417	21,728
	Y019	Xi26	X003
	Yi20	YI07	Yi06
	X007	Y037	Yi28
	Y010	Y027	Yi10
	Y030	Yi22	Yi11
	Y032	Xi32	Xi03
	Y033	Yi19	Y011
	Y001	Y041	Yi05
	Y014	Yi15	Yi14
	Y018	Y012	Yi30
	Y021	Y022	X005
	Y034	Y020	Yi17
	Y036	Y009	
	X030	Y015	
	Y003	Yi24	
	Y031	Yi23	
	Yi13		
	Yi25		
	Y017		
	Y044		
	Y013		
	Yi16		

Résultats par objet :

Observation	Classe
Y019	1
Yi20	1
X007	1
Xi26	2
Y010	1
Y030	1
Y032	1
Y033	1
YI07	2
X003	3
Y001	1
Y014	1
Y018	1
Y021	1
Y034	1
Y036	1
Y037	2
X030	1
Y003	1
Y027	2
Y031	1
Yi06	3
Yi13	1
Yi22	2
Yi25	1
Xi32	2
Y017	1
Y044	1
Yi19	2
Y013	1
Y041	2
Yi15	2
Yi16	1
Y012	2
Yi28	3
Y022	2
Yi10	3
Yi11	3
Xi03	3
Y011	3
Y020	2
Yi05	3
Y009	2
Y015	2
Yi14	3
Yi30	3
X005	3
Yi17	3
Yi24	2
Yi23	2



35. Corrélations entre modérateurs initiaux et gains d'aptitudes

XLSTAT 2012.6.02 - Tests de corrélation - le 01/01/2013 à 13:55:40
Tableau observations/variables : Classeur = _EG-Gapt.xlsx / Feuille = Feuil1 / Plage = Feuil1!$B$1:$F$51 / 50 lignes et 5 c
Type de corrélation : Pearson

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
age	50	0	50	3,000	15,000	7,620	3,344
IG	50	0	50	0,000	9,000	2,980	1,571
Napa	50	0	50	0,000	10,000	2,600	2,873
EG00	50	0	50	12,069	62,069	36,483	12,755
Δ Apt	50	0	50	-2,000	9,000	3,860	2,634

Matrice de corrélation (Pearson) :

Variables	age	IG	Napa	EG00	Δ Apt
age	**1**	**-0,289**	-0,144	**-0,285**	-0,129
IG	**-0,289**	**1**	-0,101	0,274	**0,315**
Napa	-0,144	-0,101	**1**	-0,092	-0,126
EG00	**-0,285**	0,274	-0,092	**1**	0,119
Δ Apt	-0,129	**0,315**	-0,126	0,119	**1**

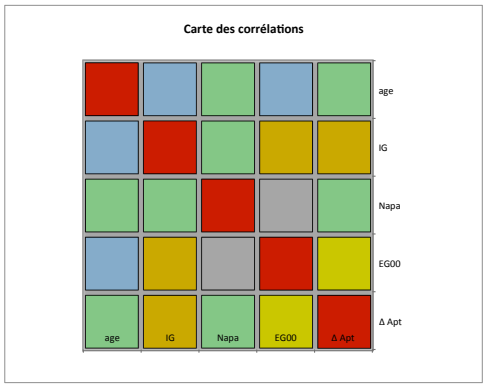
Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

p-values :

Variables	age	IG	Napa	EG00	Δ Apt
age	**0**	**0,042**	0,320	**0,045**	0,372
IG	**0,042**	**0**	0,484	0,054	**0,026**
Napa	0,320	0,484	**0**	0,523	0,383
EG00	**0,045**	0,054	0,523	**0**	0,411
Δ Apt	0,372	**0,026**	0,383	0,411	**0**

Les valeurs en gras sont différentes de 0 à un niveau de signification alpha=0.05

Cartes des corrélations :

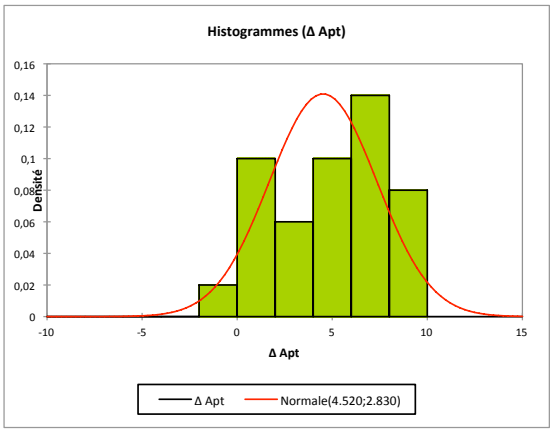


36. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3-6 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 19/01/2013 à 10:28:46
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$G$1:$G$26 / 25 lignes et 1 colonne
Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manı	s données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	25	-1,000	9,000	4,520	2,830



Statistiques descriptives pour les intervalles :

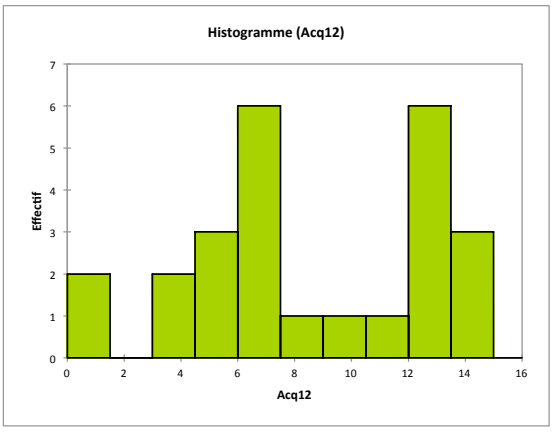
Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-8	0	0,000	0,000
-8	-6	0	0,000	0,000
-6	-4	0	0,000	0,000
-4	-2	0	0,000	0,000
-2	0	1	0,040	0,020
0	2	5	0,200	0,100
2	4	3	0,120	0,060
4	6	5	0,200	0,100
6	8	7	0,280	0,140
8	10	4	0,160	0,080

37. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2013.2.01 - Histogrammes - le 05/04/2013 à 14:50:30
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$F$1:$F$26 / 25 lignes et 1 colonne
Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manıs données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	25	0 25	0,000	14,000	8,280	4,316



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	orne supérieur	Effectif	Fréquence	Densité
0	1,5	2	0,080	0,053
1,5	3	0	0,000	0,000
3	4,5	2	0,080	0,053
4,5	6	3	0,120	0,080
6	7,5	6	0,240	0,160
7,5	9	1	0,040	0,027
9	10,5	1	0,040	0,027
10,5	12	1	0,040	0,027
12	13,5	6	0,240	0,160
13,5	15	3	0,120	0,080

38. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 19/01/2013 à 10:39:48
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$F$1:$F$26 / 25 lignes et 1 colonne

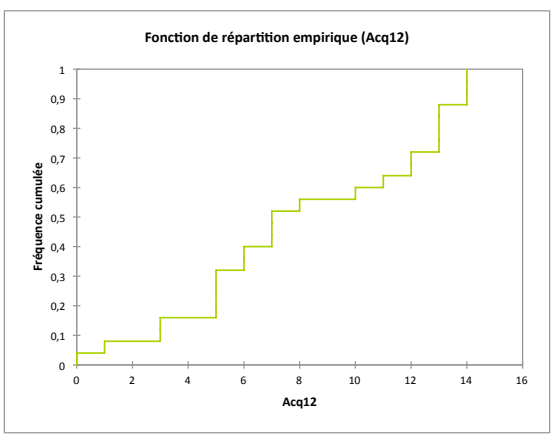
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données mams	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	25	0	25	0,000	14,000	8,280	4,383

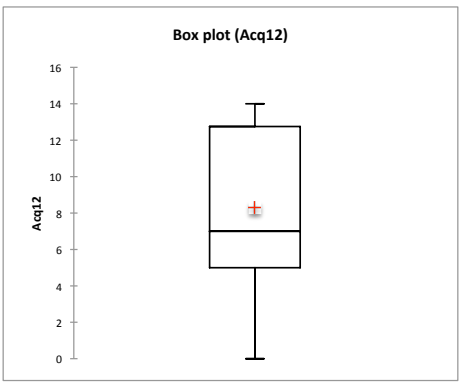
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	14,000
99%	14,000
95%	14,000
90%	13,500
3ème Quartile 7	12,750
Médiane 50%	7,000
1er Quartile 25	5,000
10%	2,000
5%	0,250
1%	0,250
Minimum 0%	0,000

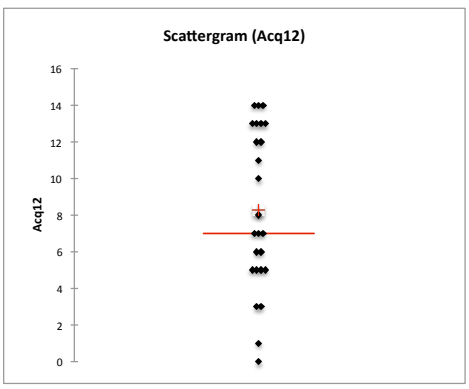
Fonction de répartition empirique :



Box plots :



Scattergrams :



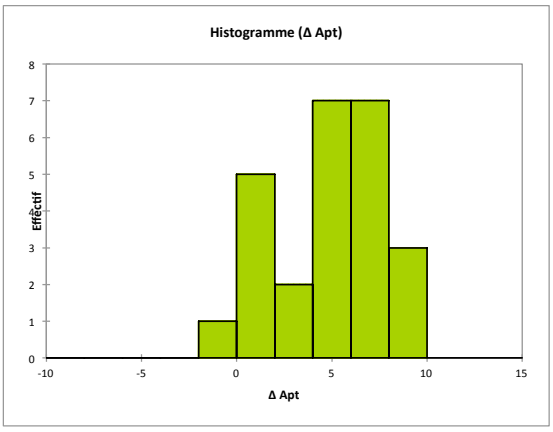
Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

39. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2013.2.01 - Histogrammes - le 05/04/2013 à 14:48:02
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$G$1:$G$26 / 25 lignes et 1 colonne
Intervalles : Nombre = 10

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manıs	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	25	-1,000	9,000	4,480	2,756



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	orne supérieur	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-8	0	0,000	0,000
-8	-6	0	0,000	0,000
-6	-4	0	0,000	0,000
-4	-2	0	0,000	0,000
-2	0	1	0,040	0,020
0	2	5	0,200	0,100
2	4	2	0,080	0,040
4	6	7	0,280	0,140
6	8	7	0,280	0,140
8	10	3	0,120	0,060

40. Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 24/01/2013 à 05:21:43
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$G$1:$G$26 / 25 lignes et 1 colonne

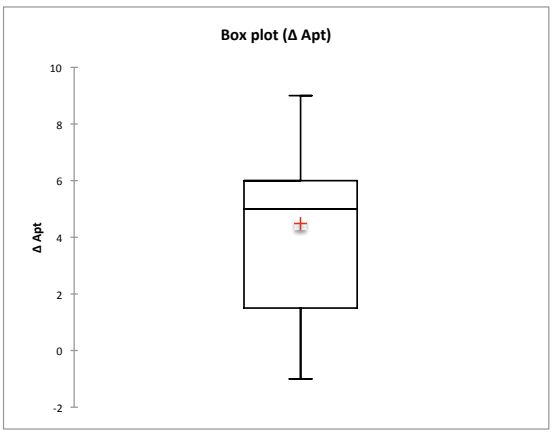
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données mams données man		Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	25	0	25	-1,000	9,000	4,480	2,756

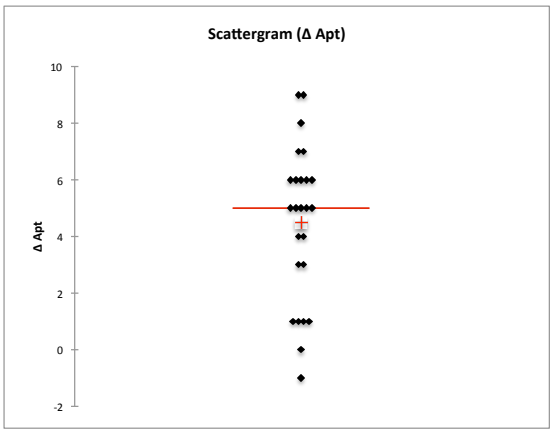
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	9,000
95%	8,750
90%	7,500
3ème Quartile 7	6,000
Médiane 50%	5,000
1er Quartile 25%	1,500
10%	0,500
5%	-0,750
1%	-0,750
Minimum 0%	-1,000

Box plots :



Scattergrams :



41. Statistiques descriptives des groupes forts 1 et 2 parmi les enfants de 3 à 6 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 29/01/2013 à 17:15:14
Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 3-6 / Plage = 'groupe fort 3-6'!$B$1:$Q$10 / 9 lignes et 16 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

Statistique	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc	AcqT12
Nb. d'observati	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Minimum	4	0,0	-21,7	-20,0	25,9	4,1	31,9	-18,3	-12,5	-4,2	-2,4	-24,2	-39,2	36,2	-31,1	12
Maximum	6	3,0	50,0	23,3	73,1	36,9	93,1	50,0	27,8	50,0	31,0	26,7	4,2	70,7	43,3	14
1er Quartile	4	0,5	18,3	-1,7	38,9	19,0	38,9	15,0	4,9	8,3	3,6	-3,3	-25,0	42,7	-17,5	12
Médiane	5	1,0	21,7	16,7	40,7	27,3	40,3	26,7	14,6	18,1	13,1	11,7	-15,8	49,4	-7,4	13
3ème Quartile	5	2,0	30,0	20,0	43,5	29,0	62,5	36,7	19,4	27,8	15,5	23,3	-4,2	68,4	5,4	14
Moyenne	4,9	1,3	20,2	9,6	42,5	23,3	51,5	24,5	10,4	20,2	11,1	6,6	-14,8	54,3	-4,4	13
Variance (n-1)	0,6	1,1	436,9	257,4	178,2	106,1	407,0	415,0	159,4	303,7	102,8	304,1	200,0	184,1	502,2	0,8
Ecart-type (n-1)	0,8	1,0	20,9	16,0	13,4	10,3	20,2	20,4	12,6	17,4	10,1	17,4	14,1	13,6	22,4	0,9

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 29/01/2013 à 18:32:33
Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 1et2 3-6 / Plage = 'groupe fort 1et2 3-6'!$B$16:$Q$21 / 5 lignes et 16 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) :

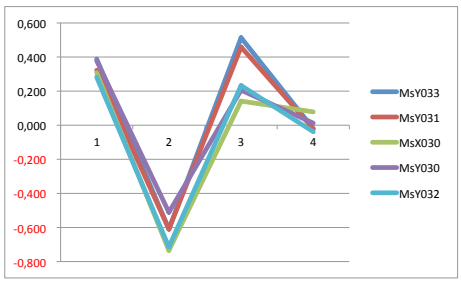
Statistique	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc	AcqT12
Nb. d'observati	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Minimum	4	0,0	-18,3	-16,7	29,6	12,5	41,7	13,3	-10,4	-11,1	4,8	-22,5	-12,5	9,3	-22,7	7
Maximum	6	2,0	25,0	6,7	44,4	27,4	79,2	53,3	8,3	37,5	31,0	10,0	19,2	65,3	39,9	11
1er Quartile	4	0,0	11,7	-11,7	37,0	19,4	47,2	30,0	-7,6	6,9	4,8	-22,5	-8,3	29,9	11,0	7
Médiane	5	0,0	21,7	-6,7	41,7	21,4	50,0	41,7	-0,7	9,7	16,7	-4,2	-8,3	31,8	21,9	8
3ème Quartile	5	0,0	21,7	-5,0	41,7	21,7	79,2	51,7	6,3	18,1	27,4	2,5	0,8	56,4	22,8	10
Moyenne	4,8	0,4	12,4	-6,7	38,9	20,5	59,5	38,0	-0,8	12,2	16,9	-7,3	-1,8	38,5	14,6	8,6
Variance (n-1)	0,7	0,8	318,7	76,9	34,0	28,8	333,6	277,4	67,9	313,0	150,5	216,8	161,7	502,5	541,2	3,3
Ecart-type (n-1)	0,8	0,9	17,9	8,8	5,8	5,4	18,3	16,7	8,2	17,7	12,3	14,7	12,7	22,4	23,3	1,8

42. CAH médiateurs émergents 25 enfants 3-6 ans

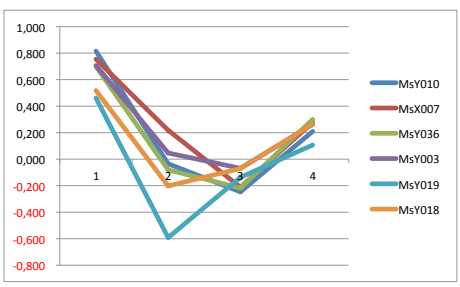
CAH 25 enfants 3 à 6 ans

MsY033	0,389	-0,610	0,513	-0,020	
MsY031	0,323	-0,609	0,459	-0,020	
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078	
MsY030	0,379	-0,511	0,206	0,012	
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038	fin C3
MsY010	0,815	-0,035	-0,246	0,210	
MsX007	0,754	0,218	-0,212	0,278	
MsY036	0,699	-0,081	-0,218	0,300	
MsY003	0,707	0,047	-0,069	0,263	
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107	
MsY018	0,518	-0,202	-0,071	0,266	fin C1
MsY037	0,714	-0,230	0,299	-0,044	
MsY014	0,789	-0,088	0,105	0,104	
MsY021	0,703	-0,266	0,165	0,109	
MsXi26	0,722	0,440	0,270	0,110	
MsYi06	0,754	0,304	0,277	0,144	
MsY001	0,776	0,374	0,122	0,034	
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081	
MsX003	0,724	0,211	0,157	-0,150	
MsYi22	0,542	-0,043	0,222	-0,213	
MsY034	0,634	-0,372	-0,200	-0,074	
MsYi13	0,498	-0,403	-0,082	-0,131	
MsYi07	0,492	0,064	-0,223	-0,059	
MsYi20	0,708	-0,061	-0,154	0,014	
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133	fin C2

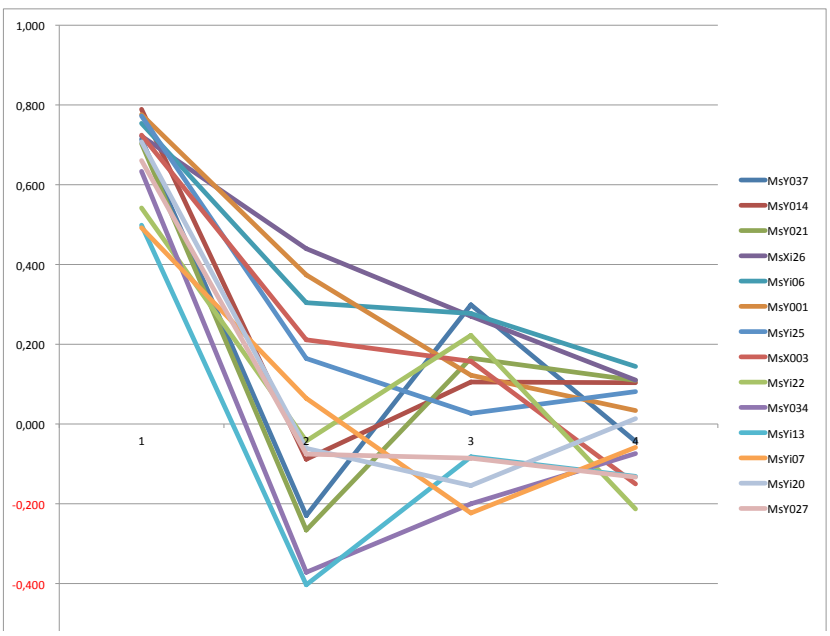
Classe 3



Classe 1



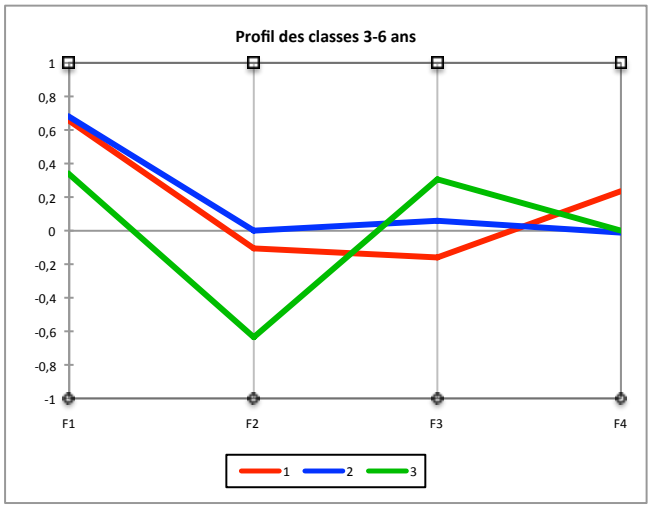
Classe 2



Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:CPQMoytout50.xlsx

Présentation globale de leur distinction en 3 classes

Concernant les médiateurs émergents, une classification ascendante hiérarchique (CAH), centrée sur la population des enfants de 3-6 ans a été réalisée (voir annexe). Elle porte sur corrélations entre les variables (les psychothérapies des différents patients caractérisées à partir des 100 items du CPQ) et les 4 principaux facteurs (issus de l'analyse factorielle) communs ou spécifiques à l'ensemble des psychothérapies observées. Pour chaque patient, les scores dont sont affectés ces facteurs sont différents. Ainsi un score proche de 1 décrit une très grande proximité de la psychothérapie d'un patient avec le descriptif de ce facteur. Le score peut avoir une valeur négative (entre 1 et -1) lorsqu'il figure une situation inverse de celle décrite.



La CAH décrit 3 classes distinctives du processus psychothérapique à partir des facteurs émergents définis plus haut.
La classe 1 se caractérise par :

- un F1 (facteur commun) important (0,5-0,8) concernant le cadre (ajusté, sensible et secure, ouvert à l'approche des conflits et des problèmes centraux), le travail psychothérapique associé aux affects et l'enfant (actif, en éveil et accordé avec le thérapeute)
- un F2 définissant l'approche (psychodynamique si score positif ou cognitivo-comportementale si score négatif)
- un F3 décrivant l'enfant dans son état d'être (curieux, clair, imaginatif) avec une approche du thérapeute plutôt cognitivo-comportementaliste (si score positif)
- un F4 centré sur la proximité de l'enfant par rapport au thérapeute.

La classe 2 est elle qui regroupe le plus d'enfants et le plus de variabilité avec cependant 2 tendances moins diversifiées :

- un facteur 1 fort allant de 0,5 à 0,8
- un facteur 4 faible allant de -0,2 à 0,15
- les facteurs 2 et 3 doivent être examinés au cas par cas, avec une diversité pour F2 de -0,4 à +0,4 et pour F3 de -0,2 à +0,3

La classe 3 se caractérise par :

- un F1 entre 0,3 et 0,4
- un F2 très négatif entre -0,5 et 0,8
- un F3 positif entre 0,2 et 0,50
- un F4 très faible autour de 0

43. Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible

	F1	F2	F3	F4	Apt T12	Δ Apt	
MsY019	0,461	-0,591	-0,137	0,107	0	-1	Classe 1
MsY032	0,282	-0,714	0,233	-0,038	3	1	Classe 3
MsYi25	0,772	0,164	0,027	0,081	1	1	Classe 2, F2+faible
MsX030	0,308	-0,735	0,142	0,078	3	1	Classe 3
MsY027	0,661	-0,075	-0,086	-0,133	7	0	Classe 2, F2, F3 et F4 (-) ~ 0

44. Médiateurs émergents psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes fort

	Age	Napa	F1	F2	F3	F4	Apt T12	
Y010	4	0	0,815	-0,035	-0,246	0,210	7	Classe 1, F2 et F3 (-), F4 +
Y030	4	0	0,379	-0,511	0,206	0,012	7	Classe 3, F2 (-)
MsYi07	4	0	0,492	0,064	-0,223	-0,059	12	Classe 2, F3 (-)
MsX007	4	1	0,754	0,218	-0,212	0,278	13	Classe 1
Y021	5	0	0,703	-0,266	0,165	0,109	8	Classe 2, F2 (-)
Y034	5	0	0,634	-0,372	-0,200	-0,074	10	Classe 2, F2 et F3 (-)
MsY018	5	1	0,518	-0,202	-0,071	0,266	13	Classe 1, F2 (-), F4 +
MsY001	5	2	0,776	0,374	0,122	0,034	14	Classe 2, F2 fort tout +
Yi13	6	2	0,498	-0,403	-0,082	-0,131	11	Classe 2, F2 (-)
MsYi06	6	3	0,754	0,304	0,277	0,144	12	Classe 2, F2 fort tout +
MsXi26	4	2	0,722	0,440	0,270	0,110	13	Classe 2, F2 fort tout +
MsX003	5	2	0,724	0,211	0,157	-0,150	14	Classe 2
MsY037	5	0	0,714	-0,230	0,299	-0,044	14	Classe 2, F2 (-), F3 +
MsYi22	6	0,5	0,542	-0,043	0,222	-0,213	12	Classe 2, F1 moyen, F3 +

45. Tableau comparatif de la composante «enfant» des facteurs émergents F2 et F3 chez les enfants de 3 à 6 ans à faibles et forts gains d'aptitude

F2	les commentaires du T compris	accordage	inclusion T dans le jeu	engagement dans jeu du faire croire
Y019	non	non	non	non
Y032	non	non	non	non
Yi 25	oui	oui	non	non
X030	non	non	non	non
Y027	non	non	oui	non
Y010	oui	non	oui	non
Y030	/-0,33	non	non	/0,33
Yi07	oui	non	oui	non
X007	/-0,67	oui	/0,33	non
Y021	non	/0,67	non	/0,33
Y034	oui	non	non	non
Y018	non	/0,67	non	non
Y001	oui	oui /-1	oui	oui
Yi13	non	non	non	/-0,67
Yi06	oui	oui	oui	/0,33
Xi26	oui	oui	oui	oui
X003	/-0,67	/-0,33	oui	oui
Y037	oui	0	oui	/-0,33
Yi22	oui	oui /-1	oui	oui

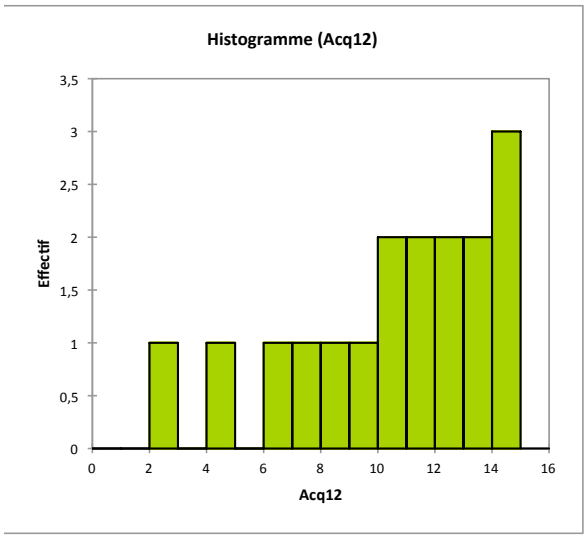
F3	curieux	jeu fluide	sentiments constants/T	exp. verbale claire et organisée	affects exprimés, modulés	jeu ouvert imaginatif
Y019	/0,33	non	oui	non	non	non
Y032	oui	oui	/-0,33	non	/-0,33	non
Yi 25	/0,33	oui/1	/0,33	/-0,67	oui	oui/-1
X030	oui	non	/0,33	non	/-0,67	non
Y027	/0,67	non	non	non	oui	/-0,33
Y010	oui	non/-1	non/-1	non	oui	oui/-1
Y030	oui	oui	/0,33	/-0,67	/0	non
Yi07	/0,67	/0	/-0,33	/0	/0	/0
X007	oui	/-0,67	/0,33	non	/-0,67	/-0,33
Y021	oui	non	/-0,33	non	oui/-1	oui
Y034	non	non	oui	non	oui/1	non
Y018	oui	oui/1	oui	/0	/0,33	/0
Y001	oui	oui	non	/-0,67	oui	oui
Yi13	non	non	non	non	non	non/1
Yi06	Oui	oui/1	/0,33	/0	oui	oui
Xi26	oui	oui	/0,33	oui	oui	oui
X003	/0,67	oui	/0,67	/-0,33	oui	oui
Y037	oui	oui/1	non/1	/0,33	oui	oui
Yi22	oui	/0,67	/-0,33	/-0,67	oui	oui

46. Histogramme du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 23/01/2013 à 17:33:56
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$N$31:$N$48 / 17 lignes et 1 colonne
Intervalles : Amplitude = 1

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	données ma	données ma	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	17	0	17	2,000	14,000	10,000	3,588



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	orne supérieu	Effectif	Fréquence	Densité
0	1	0	0,000	0,000
1	2	0	0,000	0,000
2	3	1	0,059	0,059
3	4	0	0,000	0,000
4	5	1	0,059	0,059
5	6	0	0,000	0,000
6	7	1	0,059	0,059
7	8	1	0,059	0,059
8	9	1	0,059	0,059
9	10	1	0,059	0,059
10	11	2	0,118	0,118
11	12	2	0,118	0,118
12	13	2	0,118	0,118
13	14	2	0,118	0,118
14	15	3	0,176	0,176

47. Quantiles du nombre des acquisitions à T12 chez les enfants de 7 à 11 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 23/01/2013 à 18:52:17
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$N$31:$N$48 / 17 lignes et 1 colonne

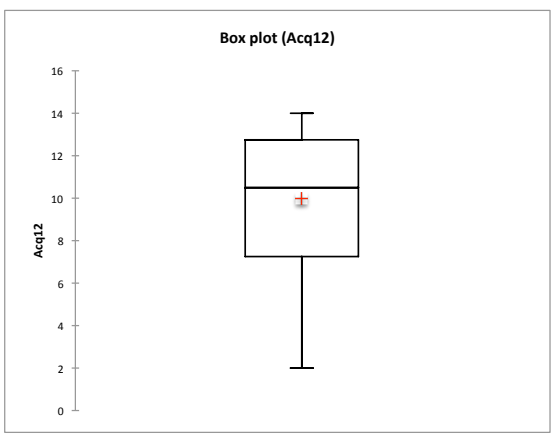
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ɔc données manı	s données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Acq12	17	0	17	2,000	14,000	10,000	3,588

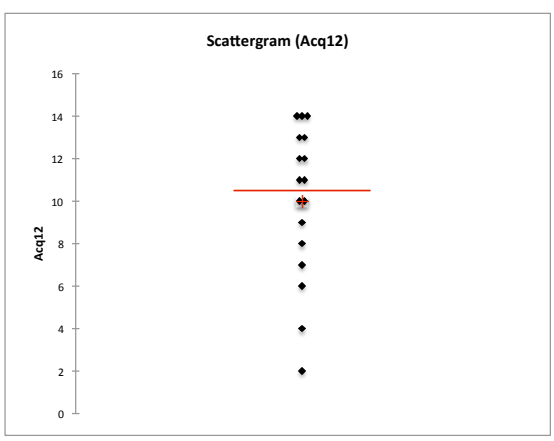
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	14,000
99%	14,000
95%	14,000
90%	14,000
3ème Quartile 7	12,750
Médiane 50%	10,500
1er Quartile 25%	7,250
10%	3,400
5%	3,700
1%	2,340
Minimum 0%	2,000

Box plots :



Scattergrams :



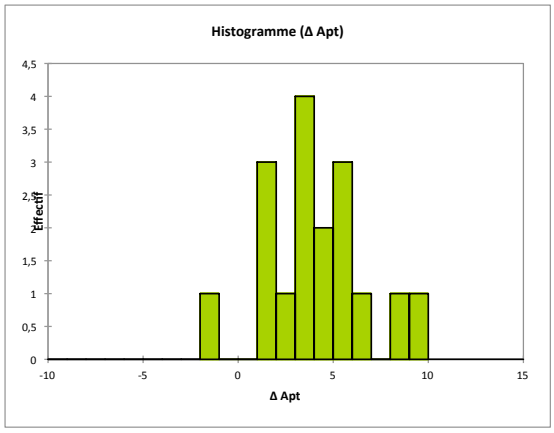
Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

48. Histogramme des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Histogrammes - le 23/01/2013 à 15:28:04
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$O$31:$O$48 / 17 lignes et 1 colonne
Intervalles : Amplitude = 1

Statistiques descriptives :

Variable	Observations	Nbre données manq	Nbre données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	17	0	17	-2,000	9,000	3,588	2,694



Statistiques descriptives pour les intervalles :

Borne inférieure	Borne supérieure	Effectif	Fréquence	Densité
-10	-9	0	0,000	0,000
-9	-8	0	0,000	0,000
-8	-7	0	0,000	0,000
-7	-6	0	0,000	0,000
-6	-5	0	0,000	0,000
-5	-4	0	0,000	0,000
-4	-3	0	0,000	0,000
-3	-2	0	0,000	0,000
-2	-1	1	0,059	0,059
-1	0	0	0,000	0,000
0	1	0	0,000	0,000
1	2	3	0,176	0,176
2	3	1	0,059	0,059
3	4	4	0,235	0,235
4	5	2	0,118	0,118
5	6	3	0,176	0,176
6	7	1	0,059	0,059
7	8	0	0,000	0,000
8	9	1	0,059	0,059
9	10	1	0,059	0,059

49. Quantiles des gains d'aptitudes chez les enfants de 7 à 11 ans

XLSTAT 2012.6.02 - Estimation des quantiles - le 23/01/2013 à 15:32:59
Données : Classeur = ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx / Feuille = Δ Apt / Plage = 'Δ Apt'!$O$31:$O$48 / 17 lignes et 1 colonne

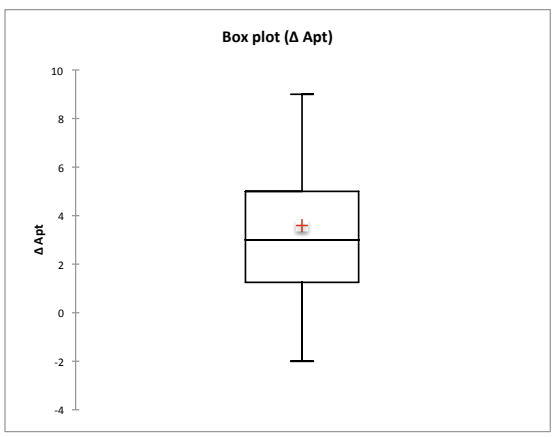
Statistiques descriptives :

Variable	Observations	ac données manq	données man	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Δ Apt	17	0	17	-2,000	9,000	3,588	2,694

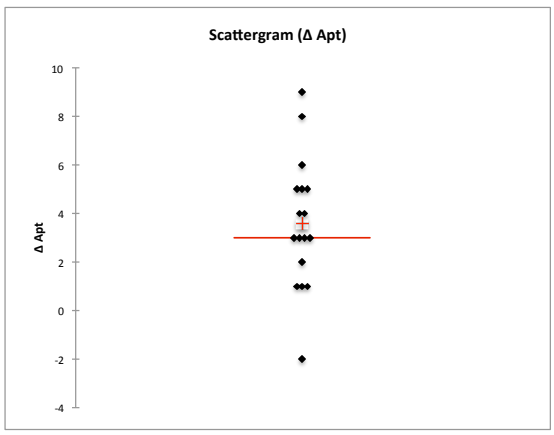
Tableau des percentiles (Moyenne pondérée à x(Np)) :

Percentile	Valeur
Maximum 100%	9,000
99%	8,830
95%	8,150
90%	6,600
3ème Quartile 7	5,000
Médiane 50%	3,000
1er Quartile 25%	1,250
10%	0,100
5%	0,550
1%	-1,490
Minimum 0%	-2,000

Box plots :



Scattergrams :



Macintosh HD:Library:WebServer:Documents:Techniques-psychotherapiques:Reseau:AnalyseDonnees:Autisme:50cas:CPQ:ClassementEG,Dev,AptT12.xlsx

50. Statistiques descriptives des facteurs préconstruits et comparatif 7-11 et 3-6

XLSTAT 2012.6.02 - Statistiques descriptives - le 22/01/2013 à 19:54:04

Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe faible 7-11 / Plage = 'groupe faible 7-11'!$B$1:$O$7 / 6 lignes et 14 colonnes - Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = 13 fact - 50 P 7-11 / Plage = '13 fact - 50 P 7-11'!$B$1:$O$18 / 17 lignes et 14 colonnes - Données quantitatives : Classeur = CPQ50_facteurspreconstruitsMoy.xlsx / Feuille = groupe fort 7-11 / Plage = 'groupe fort 7-11'!$B$1:$O$7 / 6 lignes et 14 colonnes

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe faible 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Minimum	7,0	-6,7	-33,3	31,5	-1,9	19,4	5,0	-20,8	8,3	2,4	3,3	-9,2	16,0	-26,1
Maximum	11,0	33,3	38,3	51,9	24,4	63,9	38,3	15,3	51,4	22,6	43,3	13,3	53,7	20,5
1er Quartile	8,3	2,1	-20,4	38,7	12,5	31,9	20,4	-11,1	17,7	11,9	7,9	0,0	37,7	-8,1
Médiane	9,0	6,7	-5,8	41,7	15,1	41,0	26,7	-6,3	21,5	19,0	10,8	5,0	42,6	-1,7
3ème Quartile	9,0	25,0	11,3	45,4	20,5	53,1	34,2	1,2	29,5	22,6	20,6	9,4	46,9	8,2
Moyenne	8,8	11,9	-2,5	41,8	14,4	41,9	25,3	-4,5	25,2	16,1	16,5	3,9	39,9	-1,3
Variance (n-1)	1,8	262,7	689,7	48,8	86,7	270,4	151,6	158,5	223,3	69,0	218,2	66,9	171,1	263,0
Ecart-type (n-1)	1,3	16,2	26,3	7,0	9,3	16,4	12,3	12,6	14,9	8,3	14,8	8,2	13,1	16,2

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
Minimum	7,0	-8,3	-46,7	30,6	-1,9	15,3	0,0	-20,8	8,3	-1,2	-5,0	-20,8	16,0	-31,1
Maximum	11,0	40,0	38,3	51,9	31,0	75,0	40,0	17,4	54,2	38,1	43,3	13,3	72,0	34,9
1er Quartile	8,0	3,3	-15,0	37,0	12,4	30,6	10,0	2,1	16,7	11,9	7,5	-15,8	40,9	-17,5
Médiane	9,0	16,7	3,3	41,7	15,7	41,7	21,7	5,6	22,2	21,4	14,2	-4,2	48,6	-8,6
3ème Quartile	10,0	26,7	15,0	43,5	22,1	54,2	31,7	9,0	30,6	22,6	25,0	2,5	55,8	3,3
Moyenne	9,1	15,3	1,7	41,0	17,0	43,5	20,9	3,6	24,8	18,2	15,8	-5,4	48,5	-6,6
Variance (n-1)	2,2	205,3	575,7	34,5	71,4	260,1	167,4	104,2	161,8	97,0	158,7	126,8	183,1	307,5
Ecart-type (n-1)	1,5	14,3	24,0	5,9	8,4	16,1	12,9	10,2	12,7	9,9	12,6	11,3	13,5	17,5

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe fort 7-11

Statistique	age	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observati	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Minimum	7,0	3,3	-15,0	37,0	6,8	15,3	5,0	3,5	13,9	9,5	-5,0	-20,8	16,0	-31,1
Maximum	11,0	28,3	25,0	51,9	26,3	54,2	36,7	15,3	36,1	29,8	26,7	10,0	72,0	20,5
1er Quartile	7,3	5,8	4,2	42,1	13,7	32,6	11,7	4,0	16,7	14,6	6,5	-19,6	55,7	-22,5
Médiane	9,0	15,0	7,5	43,5	17,6	40,3	18,3	5,6	19,4	22,6	20,4	-17,1	56,3	-16,5
3ème Quartile	10,0	20,4	13,3	43,5	21,6	50,0	25,0	6,6	28,5	26,2	25,6	-4,6	57,2	-10,6
Moyenne	8,8	14,4	7,2	43,5	17,3	38,9	19,2	6,7	22,7	20,6	15,3	-11,0	52,3	-12,8
Variance (n-1)	3,0	99,6	177,4	23,0	49,7	212,2	130,8	19,4	78,4	67,3	178,0	159,8	355,5	323,0
Ecart-type (n-1)	1,7	10,0	13,3	4,8	7,0	14,6	11,4	4,4	8,9	8,2	13,3	12,6	18,9	18,0

Statistiques descriptives (Données quantitatives) : groupe 3-6

Statistique	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Nb. d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	-21,7	-23,3	25,9	4,1	27,8	-18,3	-29,9	-11,1	-2,4	-29,2	-39,2	-10,2	-31,1
Maximum	50,0	23,3	73,1	36,9	93,1	61,7	27,8	50,0	41,7	26,7	30,0	70,7	52,6
1er Quartile	-1,7	-10,0	35,2	14,8	36,1	25,0	-9,7	5,6	4,8	-17,5	-15,8	29,9	-14,3
Médiane	18,3	-1,7	39,8	19,4	47,2	30,0	1,4	12,5	13,1	2,5	-6,7	45,3	6,4
3ème Quartile	25,0	13,3	43,5	27,3	61,1	45,0	12,5	23,6	20,2	17,5	12,5	56,3	33,1
Moyenne	11,9	0,9	39,8	19,3	49,9	32,3	1,3	14,9	14,3	0,6	-2,6	38,9	9,2
Variance (n-1)	341,5	201,2	82,8	70,5	300,0	336,3	197,6	237,0	124,8	357,6	364,8	617,4	658,6
Ecart-type (n-1)	18,5	14,2	9,1	8,4	17,3	18,3	14,1	15,4	11,2	18,9	19,1	24,8	25,7

51. Description des 4 médiateurs émergents dans le groupe 7-11 avec gain d'aptitudes élevé

	Age	Napa	F1	F2	F3	F4	Δ Apt	
MsXi32	7	3	0,681	0,145	-0,127	0,304	9	Classe 1
MsY044	7	0	0,506	-0,401	-0,274	-0,152	8	Classe 2
MsYi16	8	6	0,755	0,194	-0,044	0,237	6	Classe 1
MsYi10	10	6	0,638	0,097	-0,098	-0,157	5	Classe 4
MsYi11	10	6	0,742	0,158	-0,030	-0,314	5	Classe 4
MsY011	11	7	0,799	0,076	-0,187	-0,248	5	Classe 4

Counselling and Psychotherapy Research, September 2012; 12(3): 187–193

Routledge
Taylor & Francis Group

Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network

JEAN-MICHEL THURIN[1]*, MONIQUE THURIN[1], & NICK MIDGLEY[2]

[1]*Inserm U669 (National Institute for Health and Medical Research) & French Federation of Psychiatry, Paris, France, and* [2]*Anna Freud Centre/University College London, London, UK*

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

Abstract

Background/Objective: With increasing awareness of some of the limitations of randomised controlled trials as the 'gold standard' of psychotherapy evaluation, researchers at the start of the twenty-first century have focused on a number of new priorities: developing studies in natural conditions; investigating the psychotherapeutic process to better understand the conditions, causes and mechanisms of change; and reducing the gap between clinicians and researchers. Can these three interrelated objectives be combined? *Method:* A French psychotherapy practice-based research network (PRN) is used as a field of research for these issues. A survey was used to investigate the conditions that encouraged the clinicians to participate in the PRN study within the context of clinicians' general opposition to research. *Results:* Several elements emerged as the key to clinicians' positive involvement in research: the methodology implemented (intensive case studies during one year); the choice of measures; the constant attention to the practicalities and the potential contribution of studies to clinical practice; the organisation of work in peer groups; the training methods; the use of new information technologies and the sense of participation in a project that would support the profession. *Implications:* These elements are briefly discussed in relation to the question of how best to encourage clinicians to engage with research.

Keywords: care efficiency; intensive case study; mechanisms of change; practice research network (PRN); process-outcome study; science-practitioner model

Introduction

The start of the twenty-first century saw considerable debate about the most appropriate methods for evaluating psychotherapy in the context of the increasing emphasis on 'evidence-based practice'. New directions and recommendations were proposed by many researchers, professional associations (e.g. APA; Levant, 2005) and research institutes (e.g. NIMH, Rush, 1998). From these debates certain shared ideas appear to have emerged. Alongside the idea that randomised controlled trials (RCTs) should not be the only method in counselling and psychotherapy research, three objectives have been highlighted: (a) the need to develop studies in natural conditions (Thurin & Briffault, 2006); (b) to extend the evaluation of results to include the investigation of the psychotherapeutic process itself in order to better understand the conditions, causes and mechanisms of change; and (c) to reduce the gap between clinicians and researchers (see, Goldfried & Wolfe, 1996; Thurin &Thurin, 2007).

These goals are very energising, but their implementation is complex. Specifically, they require not only the development of rigorous methodologies of observation and analysis of processes of change, but also the aggregation of cases. They also require a high level of involvement of clinicians in research and then raise the possibility of a true collaboration between clinicians and researchers. Can these interrelated necessities be combined?

In this paper we report on the findings of a survey of a group of psychotherapists who participated in a practice research network (PRN) based in France.

*Corresponding author. Email: jmthurin@internet-medical.com

ISSN 1473-3145 print/1746-1405 online © 2012 British Association for Counselling and Psychotherapy
http://dx.doi.org/10.1080/14733145.2012.696122

The PRN itself was an attempt to address the first two challenges set out above (the attempt to study therapies in a natural setting and to extend beyond the focus on outcomes to look at the process of change); the survey attempted to address the third issue: to what degree this project helped to reduce the gap between clinicians and researchers. Before reporting on the findings of the survey, however, we will briefly outline what is meant by a PRN and how the project developed in the context of psychotherapy provision in France.

The development of a practice research network

In general terms, a practice research network is a group of practising clinicians who work together to collect data and conduct a variety of researches (Zarin, 1997). Borkovec et al. (2001) defined it more precisely as collaboration between practitioners and clinical scientists devoted to the development and conduct of internally valid and clinically relevant research based upon the established infrastructure. Audin et al. (2001) and Barkham and Mellor-Clark (2003) added to this definition that the provision of such an infrastructure yields potentially large databases that provide the foundation for delivering 'practice-based evidence' as a natural complement to 'evidence-based practice'.

Within these parameters a psychotherapy practice research network was established in France, by Inserm (the National Institute for Health and Medical Research) (Thurin et al., 2007). A small group of clinicians joined one of the authors of this paper (JMT) and sought to develop a PRN among therapists in private practice in France with the objective of developing the evaluation of psychotherapy in natural conditions and to deepen knowledge about configurations and mechanisms of change in the psychotherapeutic process. Although written consent is not required for observation (non-experimental) studies carried out in France, all patients were informed about the study, and agreement with the CNIL (National Commission of Data Processing and Freedoms) was reached on the optimum way to store data in a secure way. All data collected as part of the PRN were anonymous, with the patients and the clinicians each receiving a code, known only by one person responsible for the network.

The methodology was as follows: each clinician included one of his cases in an intensive study for one year. The extensive notes made by the clinician at the start of treatment were used for the case formulation, and for a quantitative evaluation of outcome and process using validated instruments (full details of the PRN study and its findings will be reported elsewhere). The various measures were evaluated over time by three clinicians, forming a group of peers: the therapist and two others. Ratings were made independently by each of them from the data, and then shared, compared and discussed until consensus was reached. The analysis assessed the changes of the patient, the main characteristics of the psychotherapy process and the mediators and conditions that moderated how they evolved. By January 2012 the network consisted of 200 members and 65 groups of three or four peers. One hundred and twenty-five psychotherapies carried out under real conditions (i.e. with real patients treated in private practice or in a public centre of care) are currently under study.

In setting up and running this project, a number of issues were raised about the complexities of bringing together a group of clinicians with little research experience to form a PRN. A number of significant issues soon emerged: the almost complete absence of training in research methods among the clinicians taking part, especially on the instruments and their use; the need to monitor and improve the quality of ratings and inter-rater reliability; and the time needed to devote to research, especially among a group of clinicians who were geographically distant from each other. As one of the aims of the project had specifically been to reduce the gap between clinicians and researchers, it was decided to conduct a survey with those participating in the PRN in order to understand how their experience of involvement had impacted on their attitudes.

A survey to investigate the opinion of clinicians about their involvement with the PRN

A survey of the therapists involved in the PRN was undertaken. The aim of the survey was to better understand the attitude and experience of clinicians participating and to explore to what degree involvement in the PRN had led to a change in attitude in relation to research more generally.

Method

Sixty-two clinicians who were near completion or had already finished their case study were sent questionnaires; 36 responses (58%) were received.

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

Of the clinicians, 23 were female (63%); 21 were clinical psychologists (58%); 12 were psychiatrists (33%); two were psychometricians (5%); and one was a psychoanalyst who was neither a psychologist nor psychiatrist (2%). Twenty-two identified their orientation as psychoanalytic (89%); two as cognitive behavioural (5%); and two as integrative (5%). Twelve clinicians had more than 20 years' experience of psychotherapy, 13 had from ten to 20 years, eight had from three to ten years, and one had less than three years' experience.

For this investigation, Q-sort methodology (Stephenson, 1953) seemed an appropriate method to capture the experience of the clinicians because they knew the method: during the PRN research clinicians had used measures based on Q-sort methodology (Psychotherapy Process Q-set (PQS; Jones, 2000) and the Child Psychotherapy Process Q-sort (CPQ; Schneider, Thomas & Midgley, 2009)). The method and online instrument was used to measure how each clinician subjectively, best characterised her or his participation in the study.

Each clinician was questioned using 25 items which explored four categories of questions: (a) the conditions under which clinicians decided to participate in research; (b) what motivated them to do so; (c) how they experienced participating in the network in practice; and (d) their appreciation of its progress and its effects on their clinical work and view of research. Each participant was required to sort the 25 items into seven categories ranging on a continuum from 'Strongly Agree' (+3) to 'Not at all Agree' (−3).

Results

Tables I–IV present the findings of the survey in relation to each of the four categories (with a negative value indicating that the participants disagreed with the statement, and a higher value – either negative or positive – indicating a stronger point of view). The items are ordered in highest to lowest mean score (whether negatively or positively salient).

The findings of the survey suggest that research had important effects for the clinicians at various levels: theoretical; in clinical practice; and even on the process of psychotherapy. When deciding whether to participate in the study, the participants expressed significant concern about the objectives of the study, and expressed some sense that the data collection process (especially writing detailed notes) was not easy. But having chosen to participate they felt supported by their peer groups and did not find that the research context had a negative impact on their clients. A strong motivation to take part was to protect and defend the profession of psychotherapy, but once they decided to participate, the respondents to the survey expressed a view that the study revitalised their clinical work, enabled them to specify clinical questions and discussions between peers and brought much to their reflection on patients. They reported that the case formulation was an interesting tool, and that they had no real difficulties constituting a peer group, exposing their practice and understanding the methodology of the study.

Interestingly, the respondents to the survey did not express a strong view that their view of research had changed as a result of participating in the study. But they did see participation as having raised theoretical issues and having considerable impact on their clinical practice, in a way that they believed

Table I. Category A: Decision about participation.

Q-item	Mean	SD
1. My decision to take part in this study was difficult	−2.39	1.86
2. When I became acquainted with the objectives of this study, I felt concerned	1.58	2.36
4. Before this study, I was not familiar at all with the methodology of research	−0.83	2.06
3. My initial decision to take part in this research resulted from the encouragement of another person	−0.25	2.38

Table II. Category B: Experience of the study.

Q-Item	Mean	SD
5. The constitution of my peer group was difficult	−2.06	1.76
18. The exit from treatment of a patient engaged in the evaluation with my peers destabilised the group	−1.75	1.56
6. I felt helped by the research team	1.25	1.75
19. The consensus on rating always was very difficult to attain with the different instruments	−1.17	2.22
8. The collection of extensive notes was easy	−1.03	2.04
7. The understanding of methodology was difficult	−0.67	2.41
24. To present the follow-up of my case and to expose my practice in peer group proved to be easy	0.42	2.01
20. To facilitate work with my peers I used Skype or another internet technology	−0.33	2.51
9. The taking in hand of the instruments is (was) difficult	0.22	2.24

Table III. Category C: Implication, motivation.

Q-Item	Mean	SD
14. On the professional level, this research seems important to me to defend psychotherapy practice	2.03	1.65
15. The possibility of better knowing my practice and understanding how the changes occur for my patient were part of my motivation	1.39	2.14
10. The peer group work is (was) the principal driver of my involvement	0.75	2.41

was helpful to their patients. In addition, defence of their profession and developing a better understanding of the origin of the changes among their patients were two important motives for taking part in the study.

Discussion

Five points may be underlined from the answers that were given in the survey and from subsequent discussions that took place during general meetings of the clinicians involved with the network after the survey had been completed.

The peer group

This is the fundamental structural element of the PRN. It offers a mechanism, which is in itself a support. The clinicians speak about it with much enthusiasm starting from three principal aspects: (a) the pleasure of engaging with clinical questions; (b) the search for consensus, with very intense discussions when ratings are different, but also on particular points concerned with the pathology of the cases; (c) not feeling evaluated oneself (under the judgment of someone), but on the contrary, participating using one's clinical expertise which brings convergent and complementary opinions. The peer group also represents an important mechanism for the practical delivery of research. The confidentiality of the data in a group of identified clinicians working within a shared code of professional ethics makes it possible to comply with the ethical setting of psychotherapy.

Table IV. Category D: 'Impact of the study'.

Q-Item	Mean	SD
22. This study did not raise theoretical questions for me	−2.69	1.31
12. This research did not have impact on my practice	−2.39	1.78
23. The case formulation is an interesting stage to define the indication of a psychotherapy and its objectives	1.67	1.81
17. Clinical discussions in a peer group enabled me to reflect on my patient	1.61	1.93
21. I have the feeling that this research had a positive impact on the psychotherapy process of the included patient	1.53	1.56
11. The peer group work revitalised my clinical work	1.14	2.37
13. The participation in this research enabled me to specify clinical questions	0.86	2.03
16. I better see the changes of my patient since I began this research	0.67	1.88
25. My view of research in psychotherapy evolved in a positive way since my participation in the network	0.44	1.86

Collection of the data

Difficulties were predicted at the planning stage, (e.g. 'It would be very difficult to take notes during or right after a session'; 'the audio recording would be impossible or would break the therapeutic relationship'etc). In fact, note-taking was very easy for some therapists because they had experience of it already, while for others it was difficult to choose when to take notes – during the session or after the session. Audio-recording sessions was routine for some but difficult or impossible for others especially in the case of borderline patients. It remained difficult for the clinicians to note their own extra-linguistic interventions. By the end of the study, the concern about note-taking had disappeared completely.

Training

For training, summaries of the measures/instruments were posted on the website of the PRN. However, we recommend that before any study clinicians should familiarize themselves with the instruments through testing. In addition, the meetings for 'experience feedback' played a crucial role in updating the difficulties and solving them. Lastly, but not least, online support proposed by one of us (MT) was very much used!

Impact of research on psychotherapy

Practice research was initially perceived for many clinicians as a risk for psychotherapy. On the contrary, this survey underlined that research could have positive effects on therapists' work (Jiménez, 2007; Kazdin, 2008). Attention to practice opens an

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

opportunity for reflection on the relevance of psychotherapeutic interventions and their effect: e.g. the choices about the type of intervention can be different according to the stage of therapy and the needs of the patient. The therapists also expressed two key fears at the beginning of research: the fear about whether patients would engage in treatment for a whole year (which was the time-frame of the PRN); and the fear of exposing their clinical practice in front of their peers and feeling judged. Both of these fears disappeared very quickly once the study began.

Impact of research on clinicians

Discussions in a wider group showed that the research, when seen within a clinical framework, not only does not attack the clinician but offers an opportunity for learning and development, in comparison with the normal situation where the therapist in private practice takes complete responsibility for a clinical process with very little support from a peer group. The research also makes it possible to monitor how changes occur in treatment. It confirms that change is a process that cannot be reduced to a particular (magical) intervention with the patient, but it is a gradual process made up of a whole series of 'micro-changes'. Certain changes take more time than others and a logic to this process of change seems to exist in a form that can be identified by empirical measures such as the Child Psychotherapy Q-sort. So, even if the evolution of their view about research was not for them the most salient trait in the survey, discussions showed that participation in research produced for the clinicians a real sense of discovery and raised valuable theoretical questions for them about the nature of psychotherapy and the process of change.

Limitations

The survey reported in this brief report was conducted with a relatively small number of therapists and it is not clear to what degree those who responded to the survey were representative of the larger group. The survey format was able to capture something of the participants' experience, but may not have been able to capture the full richness of their experience. As the survey was conducted by the coordinator of the PRN, it is possible that the responses given by participants were not completely honest; although the anonymity of the process would hopefully have counteracted this.To what degree the findings of this survey would be transferable to other settings is a matter for speculation, given the very particular position of research within French psychotherapy and the rather unique ways in which this PRN was established and the measures it used.

Conclusions

Implications for the researcher-practitioner gap and the role of PRNs

Despite these limitations, the survey touches on some important issues for psychotherapy researchers more generally. Bridging the gap that has widened between researchers and clinicians has become a very important goal for psychotherapy research, especially in a country like France where there has been a tradition of hostility towards empirical investigation of the therapy process. Developing the evaluation of psychotherapies in natural conditions and deepening the knowledge of the moderators and mediators of change during the psychotherapeutic process are both crucial objectives. So too is the need to develop a real collaboration between researchers and clinicians by centring evaluative research on clinical questions that support the improvement of practice.

The survey and the experience of running the PRN led to several developments that were aimed at reducing the research-clinician gap. In connection with the absence of training of clinicians about research we shared the principle, underlined by Castonguay (in Lampropoulos et al., 2002), that the best way of being trained in clinical research is to do some. This general approach was supplemented by the delivery of a research booklet to each clinician, publication of the instruments and their video presentation on the internet, organisation of regular training and problem solving meetings. We also proposed individual support by telephone for any difficulties encountered. Creation of peer groups solved many potential problems concerning the appropriation of the methodology by the clinicians, as well as the quality of their ratings and inter-rater reliability. This time appeared to be greatly appreciated by the clinicians.

The survey which is presented here, supported by our own experience of running the PRN, seems to bring an encouraging vision of the way in which a PRN can function, joining together a rather significant number of clinicians observing, during one year, the evolution of their cases and the psychotherapy process which underlies them.

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

The responses of the clinicians who took part in our survey confirm what Castonguay et al. (2010) state:

> . . . Perhaps the most important recommendation for future PRNs is to conduct studies that intrinsically confound research with practice—studies for which it is impossible to fully distinguish whether the nature of the questions investigated, tasks implemented, or the data collected are empirical or clinical. We would venture to guess that psychotherapists and researchers will be most successful in designing and implementing a PRN study when their empirical goals are intertwined with day-to-day clinical tasks and/or concerns (as when clinicians are able to learn about what could facilitate and/or interfere with change as they are involved in the process of collecting data with each individual client). To paraphrase a commonly used term ('egosyntonic'), research has to be 'clinically–syntonic'. (p. 352)

Acknowledgements

The PRN is funded by Inserm, Office General for Health, and France Foundation. Thanks to the clinicians of the borderline and autism sub-groups of the network who took part in the study, and J. Massonnet and F. Journet who helped to refine the questionnaire. Thanks also to G. Haag, C. Barthelemy and B. Falissard for their participation in the dynamics of the network, and also to T. Delespierre.

References

Audin, K., Mellor-Clark, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Lewis, S., Cann, L., Duffy, J., & Parry, G. (2001). Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health*, *10* (3), 241–251.

Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 319–327.

Borkovec, T.D., Echemendia, R.J., Ragusea, S.A., & Ruiz, M. (2001). The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 155–168.

Castonguay, L., Nelson, D., Boutselis, M., Chiswick, N., Damer, D., Hemmelstein, N., & Borkovec, T. (2010). Clinicians and/or researchers? A qualitative analysis of therapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, *47*, 345–354.

Goldfried, M.R., & Wolfe, B.E. (1996). Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *American Psychologist*, *51* (10), 1007–1016.

Jiménez, J.P. (2007). Can research influence clinical practice? *International Journal of Psychoanalysis*, *88*, 661–679.

Jones, E.E (2000). Psychotherapy Process Q-set (PQS). In E.E. Jones (Ed.), *Therapeutic Action* (pp. 317–361). Northvale, London: Jason Aronson Inc.

Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, *63* (3), 146–159.

Lampropoulos, G.K., Goldfried, M.R, Castonguay, L.G., Lambert, M.J, Stiles, W.B, & Nestoros, J.N. (2002). What kind of research can we realistically expect from the practitioner? *Journal of Clinical Psychology*, *58*, 1241–1264.

Levant, R.F. (2005). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Association. Available from: http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf

Rush, A.J. (1998). Bridging science and service. National Institute of Mental Health. Available from: http://wwwapps.nimh.nih.gov/ecb/archives/nimhbridge.pdf

Schneider, C., Thomas, A., & Midgley, N. (2009). Concept and intuition in child psychotherapy research: The development and uses of the Child Psychotherapy Q-Sort (CPQ). In N. Midgley, et al. (Eds.), *Child psychotherapy and research: New directions, emerging findings*. London: Routledge.

Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology.* Chicago: University of Chicago Press.

Thurin, J.M., & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle: Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, *32* (4), 402–412.

Thurin, J.M., & Thurin, M. (2007). *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris: Dunod.

Thurin, J.M., Falissard, B., & Danion, J.M. (2007). Projet INSERM Réseau de Recherche Fondé sur les Pratiques Psychothérapiques. *Pour la Recherche*, *55*, 1–16.

Zarin, D.A., Pincus, H.A., West, J.C., & McIntyre, J.S. (1997). Practice-based research in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, *154* (9), 1199–1208.

Biographies

Jean-Michel Thurin is a psychiatrist-psychoanalyst, a member of Inserm Unity 669 and President of the Scientific College of French Federation of Psychiatry. He coordinates, with B. Falissard, the Psychotherapy Practice Research Network. Author of many articles and a book on the evaluation of psychotherapies and Editor-in-Chief of 'For Research', he teaches in the Universities Paris V and Paris VI. He is member of the Society for Psychotherapy Research and is one of the coordinators of the www.techniques-psychotherapiques.org site

Monique Thurin is clinician psychologist and Doctor of Philosophy in Speech-Language Science. She is a methodological group member and

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

one of the main coordinators of Psychotherapy Practice-based Research Network specialising in discourse analysis. She has participated in several research studies looking at the evaluation of the process and outcome of psychotherapies. She is member of the Society for Psychotherapy Research.

Nick Midgley is a child and adolescent psychotherapist and Programme Director of the MSc in Developmental Psychology and Clinical Practice at the Anna Freud Centre/University College London. He is the joint editor of *Child Psychotherapy and Research: New Directions, Emerging Findings* (Routledge, 2009) and of *Minding the Child: Mentalization-based Interventions with Children, Young People and their Families* (Routledge, 2012).

Downloaded by [Bibliothèque de l' Université Paris Descartes] at 09:09 05 September 2012

2. M Thurin. Tableau récapitulatif des publications concernant la méthodologie et les études menées avec le PQS, l'ACQ et le CPQ.

	Références de l'article	Articles de construction du PQS	Méthode statistique et outils complémentaires utilisés
	Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.	Ce manuel a été publié dans Therapeutic Action et traduit en français (PLR 61)	
	Jones EE, Gumming JD & Horowitz MJ.. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988 ; 56(1): 48-55.	Recherche des **effets des facteurs spécifiques** (actions du thérapeute, attitudes du patient… sur les résultats de la psychothérapie. 40 patientes traumatisées (événement, deuil) ont fait une psychothérapie psychodynamique brève. Les résultats ont démontré que les facteurs spécifiques étaient en **effet prédictifs** des résultats du traitement, bien qu'habituellement en interaction avec le niveau de perturbation du patient avant le traitement.	BSI, GSI, IES, Experience of stress scale, SRRS, BPRS PQS : propriété de tests psychométriques, analyse factorielle, taille d'effet, analyse de régression multiple à partir de laquelle on soumet au GSI pour représenter les résultats.
	Jones EE, Parke LA & Pulos S. How therapy is conducted in the private consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments.. *Psychotherapy Research* 1992 ; 2(): 16-30.	Etudes de l'évolution des thématiques dans le cadre de psychothérapies psychodynamiques de patients ayant des **troubles névrotiques**. Evaluation avec le PQS. Résultats modélisés selon le processus appréhendé comme constitué d'actions qui définissent et donnent une signification à une autre et à leur contexte.	*Descripteurs du processus de la thérapie* : Evaluation de 3 séances, la première, la cinquième et la 14ème. Les items du PQS qui ont montré peu de variabilité on été écartés. 71 items sont gardés et les scores des 10 item les plus et moins caractéristiques ont été rapportés. Les scores moyens se sont étendus de 1.88 à 7.60 sur la distribution de 9 points. le mot « renversé (ou « r ") en liaison avec un nombre d'item suit la convention établie (1971) pour indiquer que le renversement a été nécessité pour la comparaison. *Changement au cours du processus dans le temps :* Les 71 items ont été ramenés à une moyenne par des juges pour chaque séance et une analyse de la variance (ANOVA) avec des mesures répétées a été calculée.
	Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993* ; 61(2): 303-316.	Définition des **items les plus et les moins caractéristiques** des thérapies TCC et PD. Respectivement 32 et 30 psychothérapies ont été menées, 186 séances enregistrées, transcrites et évaluées avec le PQS. Les scores des items ont été moyennés puis comparés dans les deux thérapies.	Autres outils : SCL-90, BPRS, OCR (Overall Change Rating) BDI, HRSD, MMPI PQS : T test sur 2 échantillons. Analyse factorielle et rotation varimax. Correlation des 4 facteurs isolés

	Jones EE, Ghannam J, Nigg JT et Dyer JFP. A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression *J. Consult. Clin. Psychol.*,1993, 61(3):381-394	Description du processus à partir d'un **cas unique** à partir de la moyenne des 100 items du PQS sur 53 séances (1 sélectionnée toutes les 4 séances) de psychothérapie psychodynamique intensive (2 séances par semaine). Les items ont été classés et les **10 plus et les 10 moins caractéristiques** ont été identifiés. Pour l'organisation de ces items, c'est leur sens qui a été privilégié plutôt qu'une analyse statistique pour qu'ils puissent plus rapidement se prêter à une interprétation clinique. Pour savoir si certaines dimensions du processus thérapeutique peuvent être identifiées, les notes des items ont été soumises pour chaque séance (N = 53) à une analyse factorielle exploratoire (méthode du composant principal). L'analyse factorielle a fourni quatre groupes analysables d'un point de vue conceptuel après "rotation varimax", qui comptaient pour 43 % de la variance dans les descriptions de tris des items Q.	Autres outils : BDI, SLC90R, ATQ, MMPI, SAS, IIP PQS : moyenne des items/53 séances de thérapie puis identification des + et – caractéristiques. Puis analyse factorielle et rotation varimax.
	Ablon, JS, Jones EE, (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research,* 8, 71-83	Le but est d'identifier les ingrédients actifs du processus psychothérapie. **Construction de prototype**s de psychothérapies **PD** et **TCC**. Étude du degré de congruence entre les prototypes et 3 échantillons de traitement menés dans la réalité (2 PD, dont un pour des patient avec **PTSD** et 1 TCC)	PQS : coef alpha, corrélation entre les items identifiés par expert et ceux de l'instrument et émergence des points de vue puis score des facteurs pour les + et -caractéristiques d'une théorie. Rotation Varimax. Régression linéaire Correlation des prototypes avec séances réelles dans les deux types de thérapie.
	Ablon JS, Jones EE.. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999 ; 67(1): 64-75.	Evaluation de deux types de thérapie avec le PQS : TCC et IP (en partant du programme de la **NIHM**).	Autres outils : HRSD, BDI, GAS, PQS : impression d'une simple moyenne. Corrélations aux résultats donnés par le BDI et l'HRSD.
	Jones EE *Therapeutic Action. A Guide to psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson Inc. 2000 ; 253 :270	Ouvrage de Jones consacré à l'action thérapeutique.	
	Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of psychiatry* 2002 ; 159 : 775-783	Reprise des études du **NIMH** comme données cliniques. Le point de départ est de **comparer les prototypes** de deux psychothérapies à l'évaluation de ces deux types de psychothérapies menées en situation naturelle. Nous partons donc du même objectif que l'étude de 1998 mais la comparaison se fait avec une nouvelle psychothérapie l'**IPT**. Nous aurons donc à partir de cette étude les prototypes étudiés ici la TCC et l'IPT et ceux déjà fournis dans l'étude de 98 la PD. Les résultats montrent une remise en question des noms de marques, c'est-à-dire que les psychothérapeutes, bien que disant utiliser un type de psychothérapie font largement des emprunts aux autres types.	outil diagnostique depression : Hamilton Depression Rating scale et Beck Depression Inventory Fontionnement : Global Assessment Scale (GAS) auto questionnaire patient : HSCL-90
	M. M. Coombs, D. Coleman, and E. E. Jones. Working with feelings : the importance of emotion in both cognitive-behavioral an interpersonal therapy in the NIMH treatment of dépression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/ Research/Practice/Training,* 2002, Vol. 39, No. 3, 233–244	Reprise des études du **NIMH** comme données cliniques. **Exploration de l'émotion du patient et la position du thérapeute** concernant les affects et les relations sur les résultats dans 128 psychothérapies de deux types, la TCC et l'IPT, évaluées avec le PQS.	

	Pole N, Ablon S, O'Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique corrélâtes with change in a single case. Psychotherapy: Theory/ Research/Practice/Training Copyright 2002 by the Educational Publishing Foundation, 2002, Vol. 39, No. 1, 88–96	Les auteurs reprennent ici la **technique des prototypes pour la comparaison entre ceux-ci et la psychothérapie menée en condition naturelle**. Une nouvelle psychothérapie est évaluée pour en élaborer la structure idéale (prototype). C'est une psychothérapie, appelée « Control Mastery Therapy » (**CMT** qui intégre des éléments de la thérapie cognitive, psychodynamique et humaniste). Les auteurs ici se sont focalisés sur un **cas unique** (**Dépression majeure** chez une femme de 30 ans) en évaluant **l'affect du patient, la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique**. Dans cet article, le PQS n'est pas cité mais les prototypes concernent les items du PQS et il est fait référence aux auteurs qui l'ont construit, d'ailleurs Ablon participe à cet article. Un article des mêmes auteurs reparle des prototypes CMT en abordant d'autres questions.	
	ABLON JS, JONES EE.. On analytic process. J Am Psychoanal Assoc. 2005 ; 53(2): 541-568.	Il s'agit ici d'identifier et évaluer le **processus de changement dans les traitements psychanalytiques** suivant trois types : psychanalyse, thérapie analytique longue et thérapie psychodynamique. Ces trois types ont été **comparés au prototype** élaboré par un panel d'expert concernant la **séance idéale de psychanalyse**. Cette étude démontre que le processus psychanalytique peut être opérationnalisé et évalué quantitativement. Par ailleurs, qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas qu'un seul processus analytique, et au contraire, qu'il y a un processus unique de changement à chaque dyade. A partir de **deux études de cas**, Un modèle bi personnel est décrit qui tente de faire un lien entre les théories de l'action thérapeutique qui se centrent sur l'insight et la compréhension de soi, et celles qui mettent l'accent sur l'expérience qu'a le patient du thérapeute.	

	Ablon JS; Levy R, Katzenstein T.. Beyond brand names of psychotherapy : identifiying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006 ; 43(2): 216-231.	Les buts de cette étude sont de 5 ordres : 1. examiner le degré de changement associé à la psychothérapie en situation naturelle pour un **trouble panique** ; 2. identifier quel processus de **traitement idéal (prototype) caractérise** le mieux les traitements ; 3. identifier **quels processus idéaux sont les plus prédictifs de résultats positifs** ; 4. identifier les éléments les plus et les moins caractéristique du processus des traitements à un niveau spécifique et a-théorique ; 5. identifier quelles variables spécifiques du processus prédisent des résultats positifs.**17 patients** traités par des cliniciens d'orientation psychodynamique ont été suivis durant 21 séances en moyenne pour un trouble panique. L'analyse intensive du processus des différents traitements a révélé que les traitements étaient caractérisés par des éléments intégratifs : l'adhésion au processus cognitivo-comportemental était la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique a été, cependant, l'élément le plus prédictif des résultats positifs. Des facteurs prédictifs de processus spécifiques des résultats ont été identifiés en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set.	
	Pole N., Ablon JS, 0'Connor LE.. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long- Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology* 2008 ; 55(2): 221 -232.	Utilisée pour tester les modèles de changement, cette étude de **cas unique**, en présente une méthodologie qui s'organise à partir des prototypes d'une psychothérapie (**CMT**) comparés à une évaluation de psychothérapie menés par des cliniciens d'obédience différente : En utilisant des corrélations entre les **estimations idéales et réelles du PQS**, les auteurs ont comparé l'adhérence au prototype de CMT à l'adhérence aux modèles alternatifs plausibles préconisés par les experts en matière de PDT et de CBT. Les analyses de séries chronologiques bivariées ont déterminé **si l'adhérence de prototype a prédit un index de changement de symptôme.**	Instruments : DSM-IV BDI, HRSD, SCL-90-R GSI (Global Severity Index) Analyses de séries chronologiques bivariées.
		Articles d'application du PQS	
	Sirigatti Saulo . Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. *Brief Strategic and Systemic Therapy European Review* 2004 ; 1(): 194-207.	L'objectif de la recherche s'est focalisé sur trois points : 1/ identifier les différences et les similitudes dans le processus en relation avec différentes pratiques : **systémique, TCC et stratégique brève** ; 2/ **individualiser les processus comme facteurs prédictifs de résultats** de la psychothérapie examinée ; 3/ détecter des différences et des similitudes dans le processus en relation aux **différences psychopathologiques**. Afin de déterminer les descriptions du processus qui caractérisent le mieux chaque traitement, les items qui sont les plus et les **moins caractéristiques ont été identifiés.**	

	Kramer U., de Roten Y., Despland J-N.. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. Pratiques psychologiques 2005 ; 11(): 359-370.	Recherche pour tenter de saisir si les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire. La méthode a été à nouveau **d'identifier des prototypes** dans trois approches et de les comparer à des psychothérapies en pratiques réelles. L'instrument a été utilisé pour des premières séances de psychothérapie de **six cas** provenant de trois orientations différentes (**psychodynamique, familiale–systémique, et comportementale et cognitive**). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.	
	Schottenbauer Michele A., Arnkoff Diane B., Glass Carol R. and Gray Sheila Hafter.. Psychotherapy for PTSD in the Community: Reported Prototypical Treatments. *Clinical psychology and psychotherapy* 2006 ; 13 : 108-122.	Étude de traitement psychothérapique pour un **PTSD** à partir de différents types de psychothérapie : **psychodynamique, psychanalytique, TCC.** Les résultats ont fait apparaître une hétérogénéité significative parmi les cliniciens. Parmi ceux qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était psychodynamique, trois **traitements prototypiques** ont été découverts, et parmi les cliniciens qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était cognitivo-comportementale, quatre traitements prototypiques ont été trouvés. De façon générale, **les prototypes dans l'étude actuelle ont été corrélés, sans leur être identiques, à des prototypes de thérapies psychodynamique, cognitivo-comportementale ou interpersonnelle qui ont été développées dans des études précédentes, basées sur les cotations des experts.**	méthodes d'analyse : Varimax rotation
	GOODMAN Geoff. psychoanalytic research : progress and process II "I feel stupid and contagious" : quantitatively based methodes of assessing supervisee competence in clinical supervision.. psychologist-psychoanalyst. Official publication of division 30 de l'APA 2007 ; 27(3): 16-22.	Cet article veut démontrer l'utilité du PQS pour la **supervision.** Son auteur décrit son expérience de superviseur utilisant le PQS et CPQ selon 4 domaines de compétences supervisées en supervision clinique : 1. **l'adhérence à l'orientation théorique ; 2. les interventions spécifiques du thérapeutes ; 3. le comportement verbal et non verbal du patient ; 4. les paradigmes de transfert et contre-transfert.**	
	Schneider C, Midgley N, Duncan A	A «Motion Portrait» of a psychodynamic treatment of an 11-year-old girl: exploring interrelations of psychotherapy process and outcome using the child psychotherapy Q-set.	

3. M. Thurin. PQS, CPQ et APQ, trois formats d'un instrument de processus de la psychothérapie adaptés à l'adulte, l'enfant et l'adolescent.

Monique Thurin [texte non finalisé ©]

- INTRODUCTION

C'est avec le recul de cinq années d'utilisation du *Psychotherapy Process Q-set*, instrument permettant une évaluation du processus de la psychothérapie, que nous avons souhaité le présenter dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies. Les instruments évaluant le processus de la psychothérapie sont rares, tout du moins lorsque le clinicien veut cerner différentes dimensions du processus. Nous aborderons plusieurs points dans cet article, notamment, ce que nous entendons par « analyser le processus psychothérapique » et partant des évaluations classiques existantes, ce qui nous a amené à choisir le PQS.

Nous aborderons ensuite la présentation de l'instrument en action, à partir de sa conception par ses auteurs Jones et al. et de son utilisation dans différentes recherches internationales.

Pour finir, nous aborderons son implication dans un programme de recherche, dans le cadre d'un Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, proposé aux cliniciens dans le contexte de leur pratique naturelle, aussi bien dans sa version adultes (PQS, Jones et al.) que sa version enfants (Child Psychotherapy Q-set (CPQ, Scheiner et Jones).

Nous présenterons l'instrument proprement dit en annexe ainsi que sa méthodologie (méthodologie du Q-sort, mise au point par Stephenson, physicien et psychologue anglais (1953)). Les deux versions adulte et enfant, sont traduites en français.

- ANALYSER LE PROCESSUS PSYCHOTHÉRAPIQUE

Dans ce chapitre, nous différencions deux types d'études[105], les plus nombreuses sont les études « pré-post » (comparaison des résultats entre le début et la fin de la thérapie à partir d'une ou plusieurs mesures) et celles qui commencent vraiment à se focaliser sur les possibilités d'évaluer les changements et ce qui les provoque que sont les études « processus-résultats ». Nous aborderons ensuite, les spécificités du PQS, de sa mise au point par ses auteurs à son utilisation en pratique.

- Evaluation des résultats (pré-post thérapie)
- L'énigme du dodo-bird verdict : comment tenter de la résoudre ?
- Evaluation processus-résultat : mettre en relation les résultats avec l'action thérapeutique

Avec les études processus-résultats, nous nous intéressons à la question des changements qui se produisent au cours d'une psychothérapie. Il s'agit ici de distinguer les changements, mais également d'en saisir la nature et d'essayer d'en appréhender la logique (si elle existe). Nous avons besoin de savoir quels sont éventuellement les types d'interventions du thérapeute qui ont pu agir sur les changements au cours du temps, mais également ce qui les a amenés en rapport avec la situation générale du patient en évolution.

105 Pour une revue complète des différents types d'études, voir Thurin JM & Thurin M. (2007) Evaluer les psychothérapie. Dunod.

- CONSTRUCTION ET UTILISATION D'UN INSTRUMENT PAN THÉORIQUE ADAPTÉ AU PROCESSUS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

1. Construction du Psychotherapy Process Q-set (PQS) / Questionnaire de configuration du processus psychothérapique

L'instrument de Jones et *al.,* utilisant la méthodologie du Q-sort[106] a été développé sur une période de plusieurs années. La première version de 1985 (non publiée)[107] a été revue et corrigée à partir de son application lors de différentes études. Jones propose alors un premier manuel de l'instrument réalisé à partir de l'expertise de plusieurs psychothérapeutes qui ont formulé des items correspondant à ce qu'ils appréhendent comme ingrédients spécifiques pour leur technique. Ces items, au nombre de cent, sont une compilation de toutes ces approches. Ce sont des formulations simples que les cotateurs doivent apprécier à partir d'une séance transcrite de psychothérapie.

Nous présenterons en annexe la version 2000 qui est utilisée à présent. Il peut être utile de s'y rapporter avant de lire la suite de cet article. Pour commencer, disons qu'une des grandes qualités du PQS est d'être pan théorique. Cette qualité lui donne la possibilité d'être utilisé par n'importe quel clinicien de n'importe quelle approche.

Analyser le processus dans le cadre des psychothérapies nécessite de bien éclairer les différentes composantes. Quelles sont-elles ? D'abord le patient, le thérapeute, leurs interactions (incluant le cadre thérapeutique). Ensuite, concernant le patient, ses troubles, leur gravité et la situation de départ du patient pour les aborder [préciser les différents registres dans lesquels le patient est abordé] ; concernant le thérapeute, son expérience (incluant sa théorie) et son empathie. Enfin, concernant la psychothérapie proprement dite, les effets de l'action thérapeutique sur les changements du patient et bien sûr, un élément non négligeable, le temps [préciser la description du thérapeute]. Tous ces éléments sont identifiés et nous pouvons les retrouver classés en « facteurs communs » et « facteurs spécifiques » .

2. Utilisation du PQS en pratique et en recherche

Nous allons suivre le cheminement des auteurs du PQS qui ont cerné un certain nombre de questions très intéressantes qui ouvrent une réflexion sur le processus et permettent d'aller plus loin. Aborder les caractéristiques du processus en psychothérapie n'est pas chose facile et la construction d'un instrument dédié à cet effet nous apporte bien des informations. Nous verrons comment les auteurs ont tenté de caractériser les éléments qui concernent des situations particulières, à la fois directement et en les mettant en relation à un modèle idéal d'approche. Après avoir situé les limites du manuel à la fois pour aider des personnes en souffrance et aussi parce que différentes études ont montré que c'était un exercice qui allait à l'encontre de l'ajustement spontané que réalisent les praticiens chevronnés, ils ont élaboré une méthodologie permettant de distinguer les pratiques de psychothérapie suivant la référence théorique principale du thérapeute, leur idée/distance avec ce qui serait le modèle théorique

106 La méthode est explicitée au paragraphe 3

107 Jones, E. E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-Set. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

caractéristique (prototype de chacune des thérapies et en fonction des troubles pour lesquels la thérapie est mise en œuvre. Cette mise en rapport a été réalisée à partir des données cliniques à leur disposition et c'est ainsi que nous retrouverons un certain nombre d'études ayant pris comme données cliniques celles des psychothérapies effectuées pour le programme de la dépression du NIMH (*National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*). D'autres données issues de la clinique ont également été utilisées dans ces études, notamment concernant des troubles névrotiques, le PTSD, le trouble panique… C'est sur une période s'étalant de 1985 à 2008 que nous avons suivi cette construction et les applications qui en sont issues.

Aborder le processus nous fait entrer dans la complexité des facteurs qui le composent. C'est bien la question que se sont posés les auteurs dès 1988 qui ont cherché dans une première étude à déterminer « les effets des facteurs spécifiques », alors que la tendance était de considérer que c'était principalement les effets des facteurs non spécifiques qui faisaient avancer la psychothérapie, autrement dit que la technique du thérapeute n'était que peu impliquée dans les résultats.

Ensuite, nous voyons apparaître des études concernant un axe particulier, par exemple celle de 1992 concernant « l'évolution des thématiques dans le cadre de psychothérapies psychodynamiques à partir de troubles névrotiques », ou celle de 2002, « explorant l'émotion du patient et les attitudes du thérapeute » à partir de deux types de thérapie (TCC et IPT). Mais c'est surtout autour de la recherche de la caractérisation du processus que l'on voit de nombreuses études comparant le processus en situation naturelle et celui évalué par des experts de différentes techniques (prototypes). Les différentes théories abordées, qui ont donné lieu à des prototypes sont les suivantes : psychodynamique, comportementale et cognitive, Interpersonnelle et la dernière que nous identifions sous le terme d'Intégrative (Control Mastering Théorie). Les études comparant le prototype à la psychothérapie en situation naturelle, abordent également un certain nombre d'autres questions à partir de pathologies diverses. C'est ce que nous allons voir maintenant.

a) Premières recherches avec le PQS

1. Recherche des effets des facteurs spécifiques, 1988

Une période importante de la recherche sur les psychothérapies a été la mise en évidence que globalement les résultats obtenus par les différentes « marques » de psychothérapie étaient les mêmes. Une tentative d'explication en a été que l'efficacité se situait dans les facteurs communs (les qualités inhérentes à toute relation humaine positive qui affectent les attentes où la conduite d'une personne), ce qui aurait signifié que toute l'activité spécifique du thérapeute (telle que l'interprétation, l'identification des sentiments ou la correction des distorsions et des croyances à propos de la réalité) était sans objet et que l'action thérapeutique était à rapprocher de l'action placebo en médecine ou de l'alliance

thérapeutique en psychothérapie. **L'étude de 1988**[108] a donc examiné les effets des facteurs spécifiques, c'est-à-dire d'actions bien définies du thérapeute et de « sa technique » (incluant son approche, son style et ses interventions qui peuvent évoluer au cours d'une thérapie) et des comportements et attitudes du patient, sur les résultats de la psychothérapie.

Jones et al. considèrent que le développement du débat à propos des effets non spécifiques est lié soit à un manque de démonstration d'effet différentiel de différents traitements, soit à l'absence d'identification d'une relation entre des classes particulières d'interventions du thérapeute et des résultats du traitement. De nombreux facteurs ont fait discuter la valeur des résultats constatés des thérapies, y compris avec de bonnes mesures : la taille modeste des échantillons, la durée courte des thérapies (en moyenne 15 séances) et le fait que les patients changent rarement de façon identique. Même ceux qui ne sont que peu familiarisés à la recherche s'accorderont sur le fait que les questions cruciales de la recherche en psychothérapie restent l'association entre les processus, à la fois dans ses aspects relationnels et techniques, et les résultats. *Cette association n'a longtemps recherchée qu'à partir d'associations directes et non pas dans la complexité des interactions de variables multiples qui sont le fait de la psychothérapie.* Le but de cette étude a donc été de rechercher la contribution de facteurs spécifiques – c'est-à-dire – d'actions et de techniques du thérapeute bien définies, de comportement ou d'expériences aussi bien que de qualités particulières de l'interaction dans la dyade – au résultat d'un traitement dans une psychothérapie brève, dynamique.

Quarante patientes diagnostiquées souffrant d'un syndrome de stress consécutif à un événement traumatique ou à un deuil ont été prises en charge par un thérapeute d'obédience psychodynamique pour une psychothérapie brève de 12 séances. Ces patientes, pour être incluses devaient avoir souffert de symptômes caractéristiques du syndrome post traumatique tels que des idées intrusives, des images ou des sentiments relatifs à l'événement traumatique ou une insomnies, des cauchemars ou des flashbacks, des signes d'évitement (tels qu'une tentative de travail excessive ou la conscience d'éviter des rappels de l'événement), étaient également pris en compte dans l'identification du syndrome. Les résultats ont été évalués à partir de six instruments de mesure (BSI, GSI, IES, Experience of stress scale, SRRS, BPRS). Le processus a été évalué à partir des transcriptions des séances de thérapie avec le *Psychotherapy Process Q Sort*. Les patientes ont été revues par le même clinicien quatre mois après la fin de la psychothérapie.

Les résultats (pré-post thérapie) ont démontré que les facteurs spécifiques étaient en effet prédictifs des résultats du traitement, bien qu'habituellement en interaction avec la gravité des troubles du patient avant le traitement. Les caractéristiques du processus concernant les résultats positifs, avec des patients plus ou moins perturbés, ont mis en parallèle la distinction reconnue depuis longtemps entre les approches « d'expression » et « de soutien ».

---

108 JONES EE, GUMMING JD & HOROWITZ MJ.. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988 ; 56(1): 48-55.

Les résultats montrent bien que ce qui intervient dans le changement du patient est plus complexe que ce qu'implique l'hypothèse de l'efficacité thérapeutique « non spécifique ». Les thérapeutes dont il a été constaté de meilleurs résultats utilisent clairement différentes techniques suivant le niveau de perturbation des patients. Leurs interventions ont probablement été guidées et déterminées par leurs évaluations des forces et des faiblesses caractérologiques et émotionnelles de leurs patients. Autrement dit, les thérapeutes qui ont eu de bons résultats avec des patients plus perturbés ont modifié le modèle « recommandé » du traitement des troubles post traumatiques de façon plus appropriée à la nature des difficultés de leurs patients. Les différences dans la nature du processus thérapeutique qui ont conduit à des résultats bénéfiques chez des patients plus ou moins perturbés rejoignent la distinction de Sifneos (1972), entre les approches de suppression de l'anxiété et de provocation de l'anxiété dans les thérapies brèves ainsi que les traitements « de soutien » et « d'expression » définis par l'étude Meninger (Wallerstein, 1986).

Il semble que jusqu'alors on se soit focalisé sur des associations simples et directes en omettant des corrélations cohérentes entre les aspects spécifiques et les résultats. On a ainsi exclu d'autres variables potentielles. L'évaluation du processus avec le PQS dans cette étude montre qu'un aspect particulier du processus isolé (par exemple l'activité du thérapeute ou les interprétations du transfert) pourrait ne pas être un indice cohérent de changement mais qu'il pourrait prédire le changement en interaction avec certaines qualités du patient.

L'étude présente pose la question de la distinction couramment utilisée entre technique ou pratique et facteurs généraux de la relation tels que l'alliance thérapeutique. Les données arguent fortement que les interventions spécifiques, intentionnelles importantes, forment et définissent les relations. Un thérapeute qui fournit une réassurance gratifiante, offre des conseils et des encouragements, aide le patient à se focaliser sur ses problèmes particuliers, évite d'évoquer les affects difficiles, crée une relation particulière, qui sera d'un autre ordre que celle du thérapeute qui insiste sur les expériences affectives du patient et discute la nature de la transaction entre elles.

Les limites de cette étude, comme le soulignent les auteurs, sont qu'il s'agit d'une part de psychothérapies brèves et que, d'autre part, la pathologie abordée est la même. Il ne convient pas ici de faire des généralisations, mais nous verrons que d'autres études peuvent appuyer certains des résultats ici avancés.

2. Le processus psychothérapique comme témoin de la transformation des significations attribuées à la réalité dans le cadre de troubles névrotiques, 1992

Dans un article de 1992[109], Jones et *al.* ont étudié l'évolution des thématiques au cours d'une psychothérapie psychodynamique brève (16 séances), réalisée en pratique privée chez trente

109 JONES EE, PARKE LA & PULOS S. How therapy is conducted in the pirate consulting room: A multivariate description of brief psychodynamic treatments.. Psychotherapy Research 1992 ; 2(): 16-30.

patients (20 femmes et 10 hommes) présentant des troubles névrotiques[110]. Les transcriptions entières des séances de thérapie ont été évaluées par des cotateurs externes en utilisant la variation des scores de la SCL-90 et pour le processus à partir du PQS. L'échantillon a démontré un changement statistiquement significatif entre le début et la fin du traitement et une majorité de patients ont montré au moins un critère de changement cliniquement significatif. Une perspective longitudinale du processus suggère que ces traitements ont été caractérisés par ce qui pourrait être décrit comme une orientation graduelle, allant d'une construction externe de la réalité orientée par les difficultés personnelles vers un accent mis sur l'expérience intérieure et la relation avec le thérapeute. Les résultats sont modélisés par *une conceptualisation du processus qui n'est pas celle d'un déroulement discret mais comme une série d'actions qui se définissent et se donnent mutuellement une signification ainsi qu'au contexte. Cette conceptualisation appréhende de façon plus adéquate les réalités cliniques et est un modèle plus intéressant pour la recherche que la vision conventionnelle des processus constitués d'éléments uniques et fixés qui, les uns après les autres, contribuent au résultat.*

Les thérapeutes, au nombre de quinze utilisent le modèle de la psychothérapie psychodynamique. Le but de l'étude n'est pas de prescrire l'activité du thérapeute mais de décrire ce qu'ils font actuellement dans leur pratique privée. Les évaluations des séances réalisées avec le PQS sont effectuées par des étudiants en psychologie clinique, formés à l'instrument.

Les résultats, à partir des items du PQS, montrent qu'au fur et à mesure que le traitement progressait, les patients exprimaient moins leur détresse psychologique en termes de symptômes et plaintes physiques, et blâmaient moins les autres ou les forces externes pour leurs difficultés. Avec le temps, les thérapeutes ont fait plus d'observations sur les sentiments et les idées qui étaient restés à distance ou rejetés de leur conscience, et les patients ont acquis parallèlement une meilleure compréhension, plus perspicace et plus aboutie de leurs problèmes. Le changement s'est également manifesté dans le rapport thérapeute-patient : la discussion par les patients des événements se déroulant en dehors de la thérapie a diminué sensiblement et s'est trouvée remplacé par la relation thérapeutique, c'est-à-dire que les aspects de l'interaction ou du processus interpersonnel entre le patient et le thérapeute, sont devenus un aspect important de leur dialogue. Les configurations des items ont confirmé, à l'appui des résultats, que les traitements réussis ont été caractérisés par ce genre de mouvement dans le processus de la thérapie. Moins de résultats positifs, par exemple, ont été associés à de nombreux facteurs qui semblent refléter une orientation plus extériorisée de la part des patients : compter sur leur thérapeute pour résoudre leurs problèmes ; résister à l'examen de leurs pensées et motivations ; et parler sur un mode émotionnel distant. Les patients qui ont réalisé de meilleurs résultats ont atteint un insight plus important. Ils ont également pu vivre une expérience cathartique aidée par leur thérapeute, à la différence des

110 Echantillon présenté dans l'article 1992 (Jones, Parke, Pulos) est constitué de patients souffrant des troubles diagnostiqués suivants : dépression, trouble dysthymique, dépression atypique, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, hypocondrie, trouble dissociatif et dysfonction psychosexuelle (DSM III, 1980)

patients qui ont eu des résultats moins positifs, qui ont lutté pour maintenir le contrôle de leurs sentiments et de l'interaction avec le thérapeute.

Cette étude souligne également l'importance d'obtenir non seulement des représentations « statiques » du processus, c.-à-d., des descripteurs du processus à un moment donné, mais aussi des descriptions « en mouvement » de l'évolution des processus de changement. Cela permet une compréhension du processus comme une succession de configurations qui se prolongent dans le temps.

3. Comparaison des caractéristiques des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale, 1993

Dans un article de 1993[111], Jones et Pulos rapportent les caractéristiques de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de patients présentant un éventail de troubles névrotiques et de 32 psychothérapies cognitivo-comportementales de patients présentant une dépression majeure. Cent quatre vingt six séances ont été enregistrées, transcrites et évaluées avec le PQS. Les résultats démontrent que, malgré plusieurs caractéristiques communes dans les deux thérapies, il existe des différences importantes entre elles. Les psychothérapeutes psychodynamiques donnent une importance particulière à l'expérience de l'affect par le patient, à la prise de conscience de sentiments qu'il lui était difficile de reconnaître, à l'intégration du passé avec le présent et à l'utilisation active de la relation thérapeutique pour aider le changement. Les thérapeutes TCC utilisent la compréhension objective et la rationalité pour contrôler l'affect négatif, utilisent l'encouragement, le soutien et la réassurance. La question qui s'est alors posée a été de savoir s'il existait des facteurs fondamentaux que les deux traitements partageaient et, partant de là, si de telles dimensions pouvaient être associées à l'efficacité de chacun des traitements. Pour chacun des patients, tous les items des trois séances évaluées ont été soumis à une analyse factorielle (méthode des composantes principales). L'analyse factorielle a rapporté quatre facteurs conceptuellement interprétables après rotation Varimax, qui ont ensemble expliqué 42% de la variance dans les descriptions d'items : facteur 1 : technique psychodynamique ; facteur 2 : technique cognitivo-comportementale ; facteur 3 : résistance du patient (reflétant si le patient était capable ou non de créer une alliance thérapeutique …) ; facteur 4 : affects négatifs du patient. Pour déterminer si les quatre facteurs de processus étaient associés aux résultats du traitement, les auteurs ont calculé la corrélation partielle des scores de résultats et des scores des patients relatifs à chacun des facteurs. Les auteurs s'attendaient à ce que les scores élevés au PQS dans chacune des deux thérapies soient corrélés à leurs résultats, mais ce ne fut pas le cas. La technique psychodynamique était corrélée de façon significative avec l'amélioration du patient sur quatre des cinq échelles de résultat pour l'échantillon de thérapie cognitivo-comportemental et la technique cognitivo-comportementale ne montrait que pas ou peu d'association avec les résultats. La corrélation de la technique psychodynamique aux résultats dans les thérapies

[111] Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993* ; 61(2): 303-316.

psychodynamiques a montré une tendance quasi significative, tandis que la technique cognitivo-comportementale a montré une association significativement négative de l'une des quatre des échelles de résultats dans cet échantillon de traitement. Le facteur 3, résistance du patient a été corrélé négativement de façon significative dans les résultats des deux échantillons de traitement (des cinq échelles de résultat dans les TCC et 2 des quatre échelles dans les TPD). Le facteur 4, affect négatif du patient a été corrélé négativement avec les résultats dans les thérapies cognitivo-comportementales sur le MMPI-D par contre, il était positivement associé avec les résultats sur l'une des quatre échelles (PPRS coté par le thérapeute) dans les traitements psychodynamiques. Cette corrélation contradictoire pourrait s'expliquer par le statut de l'affect dans chacune des thérapies, son contrôle dans les TCC, son exploration et son expression dans les TPD.

La question centrale de cette étude était de savoir jusqu'à quel point les données de processus sont utiles pour vérifier ou falsifier les constructions théorico cliniques à partir desquelles ces deux approches thérapeutiques dérivent. Cette étude montre qu'effectivement les processus psychothérapiques dans les traitements psychodynamiques et cognitifs sont très différents. Certains théoriciens cognitivo-comportementaux ont fait l'hypothèse que les TCC réalisaient un changement chez le patient en modifiant des configurations de pensée spécifiques inadaptées telle que les attitudes dysfonctionnelles ou des biais d'attribution dépressifs. D'autres, cependant ont suggéré que le principal effet de la TCC se tient dans l'aide apportée au patient d'atteindre un contrôle plus grand de leur pensée dépressive et d'offrir des stratégies alternatives d'ajustement (*coping*) telles que la distraction, la gestion de la pensée négative et des activités apportant plus de plaisir et de maitrise plutôt que dans la modification des pensées dysfonctionnelles. Les données suggèrent ici que ces traitements, tels qu'ils sont conduits, renforcent le contrôle cognitif de l'affect négatif à travers la rationalité et l'intellectuel, combinés avec un encouragement vigoureux, un soutien et une réassurance de la part du thérapeute. Il existe en fait plusieurs approches cognitivo-comportementales, en particulier « rationalistes » et « développementales ». Beaucoup d'éléments de l'approche développementale sont contenus dans le facteur de processus qui est ici désigné comme technique psychodynamique (facteur 1). Le niveau suivant lequel les TCC contenaient des ingrédients de la technique psychodynamique a été associé à un résultat positif. En fait, c'était le facteur associé de la façon la plus permanente avec les résultats favorables de traitement dans les deux thérapies. Le cœur commun du processus thérapeutique dans les deux approches pourrait bien se situer dans ce domaine.

Cet article permet d'appréhender comment les auteurs ont cerné les items les plus caractéristiques et les moins caractéristiques à partir de l'utilisation du PQS pour chacune des thérapies en rapport avec les caractéristiques des patients. Les psychothérapeutes psychodynamiques ont suivi des patients avec des troubles névrotiques[112] et les

[112] Echantillon présenté dans l'article 1992 (Jones, Parke, Pulos) est constitué de patients souffrant des troubles diagnostiqués suivants : dépression, trouble dysthymique, dépression atypique, trouble phobique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, hypocondrie, trouble dissociatif et dysfonction psychosexuelle (DSM III, 1980)

psychothérapeutes cognitivo-comportementalistes des patients souffrant de dépression majeure. Cette étude montre également comment l'analyse et la comparaison des facteurs actifs du processus dans différentes thérapies peut orienter vers ce qui serait un facteur commun de leur efficacité et également de leur inefficacité, ici la résistance du patient.

4. Interaction patient-thérapeute et changement, 1993

Dans un article de 1993[113], Jones, Ghannam, Nigg et Dyer présentent une étude qui exemplifie clairement un paradigme de la recherche sur cas clinique isolé dans le champ des psychothérapies. Une patiente chez laquelle le diagnostic de trouble dépressif majeur avait été porté a été reçue pendant deux ans et demi dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique au rythme de deux séances par semaine. Chaque séances a été enregistrée au magnétoscope, et une évaluation des changements observés chez le patient a été réalisée à intervalle régulier. Le fait de démontrer de manière convaincante le lien entre ce qui survient au cours de la séance et les changements observés chez le patient représente un des défis majeurs de la recherche sur les psychothérapies. Les méthodologies conventionnelles de comparaison entre groupes ou d'essais cliniques contrôlés se sont avérées assez peu efficaces pour le repérage d'associations entre le processus de la thérapie et son issue (Garfield, 1990) ; il faut donc de nouvelles approches.

Cette étude intensive d'un cas clinique définit clairement un paradigme interactionnel et contextuel de l'étude du processus thérapeutique. Elle vise à saisir l'influence réciproque s'exerçant entre le thérapeute et le patient, les modalités de leur relation, et le processus de changement dans un cadre longitudinal. Les auteurs ont choisi l'analyse de séries temporelles comme stratégie méthodologique, non seulement pour modéliser les fluctuations du processus tout au long de la psychothérapie, mais aussi pour établir des liens entre le processus et le changement chez le patient.

La patiente est âgée de 35 ans au début du traitement. Elle a divorcé environ dix ans plus tôt et a eu 3 enfants de ce mariage. Actuellement, la patiente et ses enfants vivent avec un homme qu'elle a épousé au cours de la thérapie. Elle se plaint d'être tombée dans une spirale émotionnelle lorsque son fils aîné, âgé de 16 ans, a exprimé le désir de vivre avec son père, son ex-mari. Son premier épisode de dépression sévère est survenu 6 ans avant, au cours d'une année où elle subit deux avortements. Elle a alors été traitée par un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs et a eu avec lui quelques séances de psychothérapie. La patiente dit que les médicaments ont alors allégé ses symptômes d'insomnie et de perte d'appétit, mais que cette thérapie ne lui a semblé aller nulle part.

Afin d'identifier les descripteurs du processus qui caractérisent le plus fortement la thérapie actuelle, la moyenne de chacun de 100 items du PQS a été calculée à partir des cotations respectives de ces items pour les 53 séances sélectionnées à intervalles réguliers tout au long du traitement (toutes les 4 séances). Les items ont été classés par ordre et les 10 items les plus

[113] Jones EE, Ghannam J, Nigg JT et Dyer JFP. A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*,1993, 61(3):381-394.

et les moins caractéristiques ont été ainsi identifiés. Les moyennes des items allaient de 7,7 à 1,85 sur la répartition en neuf points. Dans le récapitulatif de ces items les plus et les moins caractéristiques, la stratégie d'organisation des items a été choisie en fonction de leur cohérence sémantique plutôt qu'à partir d'un classement statistique, de sorte que les résultats puissent se prêter plus rapidement à une interprétation clinique. Par exemple : la patiente (Mme M), au cours de la thérapie a été docile (Q20,r[114]), confiante (Q44,r) et pas exigeante (Q83,r), et elle coopérait avec sa thérapeute (Le Docteur X) plutôt que d'essayer de contrôler leur interrelation (Q87,r). Elle s'est sentie comprise par elle (Q14,r), a accepté en général ses commentaires et observations (Q42,r). Elle n'a que rarement eu des difficultés à commencer la séance (Q25,r) et, ce qui était compatible avec ce point, elle s'est montrée active en initiant des sujet de discussion (Q15,r) et en apportant des problèmes et des matériaux significatifs pour la thérapie (Q88). De son côté, la thérapeute s'est montrée empathique, impliquée sur le plan émotionnel avec la patiente (Q9,r) et confiante ainsi que sûre d'elle-même (Q86). Elle a assumé un rôle positif (Q45) et pédagogique (Q37), et n'a pas pris généralement la position d'un commentateur neutre (Q93,r). L'image qui émerge d'elle est celle d'une thérapeute qui explique, assume un rôle actif de soutien, donne son opinion et des encouragements directs à la patiente.

Les relations interpersonnelles de la patiente ont constitué un sujet d'importance majeure au cours des séances (Q63), et le discours thérapeutique a mis l'accent sur l'aspect cognitif, c'est-à-dire qu'il s'est centré sur les idées ou croyances de Mme M sur elle-même ou les autres (Q30). Les interprétations de sa thérapeute ont concerné plus généralement des personnes réelles de la vie de Mme M (Q40), et elle a fait des commentaires ou interprétations sur le sens éventuel des comportements perturbants de ces personnes (Q43). La nature psychodynamique de ce traitement se reflète dans certains aspects de la technique utilisée par la thérapeute, dont les plus importants concernent les interprétations qui ont établit un lien entre les sentiments ou expériences actuels de Mme M et ceux du passé (Q92), ainsi que l'identification de schémas récurrents dans son expérience de vie et son comportement (Q62).

Afin de déterminer si certaines dimensions du processus thérapeutique pouvaient être identifiées, on a soumis les notes Q obtenues pour chaque séance (N = 53) à une analyse factorielle exploratoire (méthode en composantes principales). Cette analyse a identifié quatre groupes analysables d'un point de vue conceptuel après "rotation varimax" : le facteur 1 « approbation/neutralité du thérapeute », traduit l'approbation sans jugement du docteur X, son empathie et son travail d'aplanissement des difficultés comme sa perception précise de l'expérience qu'a la patiente de la relation thérapeutique. Le facteur 2 « interactivité du thérapeute », traduit les réponses personnelles et émotionnelles du docteur X à l'encontre de la patiente, son contrôle de l'interaction avec elle, et son style pédagogique, stimulant et faisant autorité. Il comprend également ce qui est vraisemblablement la réaction de la patiente à cette approche, c'est-à-dire sa difficulté à comprendre le docteur X et son sentiment d'être

114 « r » signifie que la formulation de la question a dû être inversée pour être adaptée aux autres formulations, par exemple une formulation fortement coté négativement « la patiente est méfiante » devient « la patiente est confiante » (si elle n'est pas méfiance, elle est plutôt confiante).

mal comprise. Le facteur 3, ou « technique psychodynamique », comprend les actions du docteur X que l'on associe conventionnellement à une approche psychodynamique, notamment l'interprétation des désirs, sentiments ou idées réprimés ou inconscients, l'accent mis sur les sentiments que la patiente considère comme inacceptables, l'interprétation des défenses, l'explication de la signification des fantasmes et le fait de rendre possible l'émergence des difficultés ou les conflits dans la relation thérapeutique sans chercher à apaiser ou satisfaire la patiente. Le facteur 4 « affect dysphorique du patient », traduit la dépression de la patiente, son anxiété et d'autres affects douloureux et aussi sa tentative de suppression ou de contrôle de tels sentiments au cours des séances. Les scores factoriels des séances de thérapie, en tant que première étape d'une tentative d'identification des aspects du processus associés au résultats de la thérapie, ont été corrélés au GSI ou au SLC 90-R.

L'analyse du processus a montré que l'attitude neutre et facilitante du Docteur X, au cours de la première partie de la thérapie, s'est modifiée avec l'intensité de l'affect dépressif de Mme M qui a conduit graduellement le Docteur X à prendre une posture plus réactive et impliquée. Ce changement dans la nature du processus a entrainé une réduction graduelle du niveau symptomatique. Ce changement d'attitude n'a concerné qu'un moment de la thérapie et a été interprété comme une attitude liée au transfert, relativement à l'histoire de Mme M avec sa mère.

b) Construction de prototypes pour différentes psychothérapies : Psychodynamique, comportementale et cognitive, interpersonnelle et intégrative (CMT)

1. Recherche du degré de congruence entre trois psychothérapies menées en conditions naturelles et les « prototypes » d'un traitement idéal psychodynamique et cognitivo comportemental. Discussion des ingrédients de leurs efficacités respectives, 1998

Dans l'étude de 1998[115]**,** Ablon et Jones présentent un complément important à la méthodologie novatrice qu'ils proposent pour identifier les caractéristiques du processus psychothérapeutique et ses ingrédients actifs.

Dans un premier temps, « des prototypes » des thérapies pychodynamique et cognitivo-comportementale ont été développés par un panel d'experts expérimentés pour chacune de ces deux thérapies. Chaque membre des panels de thérapeutes experts a été invité à classer les 100 items du questionnaire sur une échelle de 1 à 9, suivant sa concordance avec les principes de sa perspective théorique. A la fin de cette estimation, chaque expert a été invité à décrire un aspect important du processus thérapeutique qui n'aurait pas été fourni par les 100 items du

115 Ablon, JS, Jones EE, (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research,* 8, 71-83

PQS. Aucun des experts n'a indiqué qu'il manquait un domaine important du processus, suggérant ainsi que le PQS est pertinent pour créer des prototypes des deux types de thérapie.

Dans un second temps, les des séances réelles de psychothérapie qui avaient été déjà évaluées en utilisant le PQS, ont été corrélées aux prototypes afin de déterminer à quel niveau de proximité les traitements réels se situaient par rapport aux prototypes idéaux. Trois ensembles d'exemples de traitement archivés, deux de traitements brefs psychodynamiques (N = 30 ; N = 38 (PTSD)) et un de traitement cognitivo-comportemental (N = 32) ont été utilisés dans les analyses. Quand plusieurs séances pour un patient donné avaient été évaluées, les items étaient ramenés à une moyenne pour obtenir un score par item pour chaque patient.

Une conclusion remarquable a été que des formulations du PQS ont été franchement corrélées avec le prototype cognitivo-comportemental dans les deux échantillons de traitements psychodynamiques. Les thérapeutes psychodynamiques ont appliqué une quantité notable de stratégies cognitivo-comportementales en plus des stratégies psychodynamiques dans le premier échantillon psychodynamique et presque autant de stratégies cognitivo comportementales que de stratégies psychodynamique dans le second échantillon relatif au traitement psychodynamique avec des patients PTSD. En revanche, dans l'échantillon cognitivo-comportemental, la corrélation des items avec le prototype cognitivo-comportemental était positive et élevée, alors que la corrélation était négative avec le prototype psychodynamique. Les thérapeutes cognitivo-comportementalistes ont donc appliqué beaucoup plus leur méthode, et n'ont pas mis en œuvre un processus psychodynamique. Les traitements cognitivo-comportementaux ont semblé suivre le modèle cognitivo-comportemental de près. Les traitements psychodynamiques étudiés ont clairement inclus un ensemble d'interventions plus diverses. Les techniques cognitivo-comportementales ont constitué, d'une certaine façon, un sous-échantillon des techniques mises en œuvre par les thérapeutes psychodynamiques.

Pour résumer : cette étude a examiné les différences entre les prototypes de thérapies psycho dynamiques et TCC tels qu'ils ont été définis par des experts de chacun des champs. Ablon et Jones (1998) ont demandé à des cliniciens de ces deux orientations théoriques de décrire un traitement prototypique pour des patients présentant une pathologie non spécifiée en utilisant le PQS. Ils ont constaté que le prototype psychodynamique était sensiblement différent du prototype cognitivo-comportemental. Par exemple, les items du Q-set rangés comme les plus caractéristiques de la psychothérapie psychodynamique ont inclus la discussion des rêves ou des fantasmes du patient ; le thérapeute étant neutre ; le thérapeute faisant ressortir l'utilisation par le patient de mécanismes défensifs ; le thérapeute mettant en relation des thèmes dans la relation thérapeutique et d'autres relations ; le thérapeute étant empathique et interprétant des désirs, des sentiments et des idées inconscients. Les items du Q-set rangés comme les plus caractéristiques de la TCC comprenaient la discussion du travail à réaliser entre les séances, les thèmes cognitifs, les buts de traitement du patient, l'encouragement du patient d'essayer de nouvelles façons de se comporter, le contrôle par le thérapeute de l'interaction et son attitude de soutien.

Dans la deuxième partie de l'article, Ablon et Jones (1998) ont étudié les bandes vidéo de la thérapie réelle effectuée à la fois par des cliniciens psychodynamiciens et cognitivo-comportementalistes. L'adhésion au prototype psychodynamique (décrit ci-dessus) a été sensiblement corrélée avec presque toutes les mesures d'amélioration, tandis que l'adhésion au prototype cognitivo-comportemental (décrit ci-dessus) a été sensiblement corrélée avec seulement deux mesures d'amélioration. Cependant, l'adhésion à l'un ou l'autre des prototypes n'a pas été corrélée à l'amélioration dans le groupe des patients avec PTSD, ce qui soulève d'intéressantes questions quant à ce qui a causé les changements dans l'échantillon d'ESPT.

2. Étude de l'alliance thérapeutique, de ses composantes et de ses effets avec le PQS, 1998

Dans un article de 1998[116], Price et Jones examinent l'alliance thérapeutique à partir des formulations du PQS qui la concernent et évaluent ses effets comparativement aux résultats des quatre échelles de la CALPAS, dans un échantillon commun de séances de psychothérapie. L'alliance thérapeutique est généralement définie comme la relation positive et de collaboration entre le patient et le thérapeute. Elle est une des peu nombreuses variables de processus dont la recherche a démontré la relation positive avec les résultats de la thérapie. Cependant, sa définition précise reste insuffisante et les mesures qui cherchent à la saisir s'organisent autour de deux grandes approches : les liens émotionnels entre le patient et le thérapeute d'une part, leur implication dans le travail de la thérapie d'autre part. Cette étude a comparé la cotation de l'alliance à partir du PQS avec ceux de la CALPAS, échelle qui est l'une des plus représentatives et utilisée dans ce domaine. L'étude utilise les données cliniques archivées de 30 psychothérapies psychodynamiques brèves de 16 séances en moyenne (déjà décrites dans les articles de 1992 et 1993). Les patients souffrent de troubles névrotiques divers : dépression, trouble dysthymique, trouble anxieux généralisé. Les séances 5 et 14 pour les 30 patients ont été évaluées à partir du CALPAS et du PQS et comparées (n=60 séances). Les auteurs ont fait l'hypothèse que la relation entre les items du PQS et ceux de CALPAS serait relativement stable.

Trois facteurs du PQS permettent de rechercher l'alliance thérapeutique : l'interaction patient-thérapeute, la capacité du patient à s'engager dans la thérapie et le contre transfert du thérapeute. Après de multiples analyses de régression, il ressort que c'est l'interaction patient-thérapeute qui est le principal facteur de prédiction de l'alliance thérapeutique, comme l'ont constaté les évaluateurs utilisant dans cette étude un instrument spécifique de l'alliance thérapeutique, la CALPAS[117]. Des hypothèses ont été formulées concernant l'association de certains items du PQS avec des items concernant les 4 échelles du CALPAS. Par exemple, l'item du PQS « le patient est introspectif, explore des pensées et des sentiments » (Q97) marque la capacité du patient de travailler dans la thérapie ; le patient est engagé dans le travail de la thérapie (Q73) marque que le patient est engagé ; Il y a une qualité concurrentielle dans la

116 Price P B, Jones EE.. Examining the alliance using the psychotherapy Process Q-set, Psychotherapy, 1998 : 35 (3) : 392-404.

117 *California Psychotherapy Alliance Scales*

relation (Q39) reflète négativement la stratégie d'un travail en commun ; Le thérapeute est lointain, distant (vs sensible et impliqué affectivement) (Q9) reflète négativement la compréhension et la participation du thérapeute. Au total 33 items du PQS peuvent prédire la parenté avec l'alliance thérapeutique. Cependant, seuls 24 items du PQS ont été corrélés significativement avec les score d'alliance mesurés par la CALPAS et lorsque les items du PQS ont fait l'objet d'une analyse factorielle, seuls 18 d'entre eux ont été corrélés significativement avec l'alliance.

Les résultats de l'analyse factorielle exploratoire du PQS qui ont été présumés pour caractériser l'alliance suggèrent que l'alliance positive est associée à trois aspects du processus de traitement. Ces trois facteurs pourraient être vus comme correspondant aux trois dimensions qui, en partie, définissent la structure de plusieurs mesures d'alliance, à savoir les contributions du patient, les contributions du thérapeute, et les interactions patient-thérapeute.

Les analyses de régression multiples indiquent que l'interaction Patient-Thérapeute explique principalement la variance dans les estimations d'alliance prévues pour les items du PQS alors que les 2 autres facteurs n'expliquent de manière significative aucune variance supplémentaire. Ce résultat suggère que l'interaction Patient-Thérapeute joue un rôle majeur dans la construction de l'alliance, représentant probablement le noyau de la construction.

Le processus interactif décrit par ce facteur est en accord avec les modèles interactionnels courants des constructions telles que l'intersubjectivité, la capacité de tenir une place, et les structures interactionnelles répétées, qui soulignent l'interaction réciproque entre le patient et le thérapeute (Jones, 1997 ; Jones et Price, 1998).

3. Comparaison des psychothérapies comportementale et cognitive et Interpersonnelle dans le traitement de la dépression (reprise des données Cliniques du programme du NIHM), 1999

Dans un article de 1999[118], Ablon et Jones présentent une étude qui examine le processus de la psychothérapie dans le *Programme de recherche collaborative sur le traitement de la dépression* (TDCRP[119]) de l'Institut national de santé mentale. Cette étude a réalisé une comparaison entre l'efficacité relative de la psychothérapie Interpersonnelle (TIP) et la psychothérapie cognitivo-comportementale (TCC), un antidépresseur et une gélule placebo. 35 patients pour une TIP et 29 pour une CBT ont terminé la psychothérapie qui a duré en moyenne 16 séances (128 séances au total sont évaluées).

Des transcriptions de trois séances (début, 4ème et 12ème) de psychothérapies Interpersonnelles brèves (TIP) et cognitivo-comportementales (TCC) sont évaluées en utilisant le *Psychotherapy process Q-set* (PQS). Les résultats démontrent qu'il existe des domaines importants de chevauchement et des différences majeures dans le processus des deux thérapies. Les différences concernent en particulier le style du thérapeute, son activité et sa technique.

---

118 Ablon JS, Jones EE.. Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999 ; 67(1): 64-75.

119 Treatment of Depression Collaborative Research Program

Cependant, ces différences ne concernent que moins de la moitié des items car à la fois la TIP aussi bien que la TCC portent un accent sur des thèmes similaires telles que les relations actuelles et l'image de soi. Dans les deux modalités de traitement, les thérapeutes se sont révélés très soutenants et les patients compliants et « agréables ».

Les auteurs soulignent que, dans l'étude très bien menée du NIMH, les résultats ne concernent que les effets des thérapies et pas leur processus. Comprendre ce qui produit le changement thérapeutique requiert l'examen du processus en plus de celui de ses effets. Différentes études ont montré le rôle de l'alliance thérapeutique[120] en le présentant comme le facteur commun principal. Cependant, les auteurs notent que cette présentation peut introduire une confusion à propos du processus thérapeutique considéré alors comme un tout, ce qui n'explique pas vraiment comment une thérapie aide les patients à aller mieux. Pour le comprendre il est nécessaire d'utiliser un niveau d'analyse plus fine, ce qui a été réalisé avec le PQS.

Dans cet article, les auteurs décrivent précisément la TIP et la TCC dans leurs différentes phases. Cette étude représente également une réplication et une extension de l'étude de 1993 utilisant le PQS pour comparer le processus des thérapies psychodynamique et cognitivo-comportementale.

Les descriptions du processus de la thérapie par le PQS montrent comment les théories de la TIP et de la TCC ont été conduites en pratique réelle dans le TDCRP. Dans l'étude du TDCRP, le dialogue est centré sur le contexte social immédiat du patient (c'est-à-dire, ses relations interpersonnelles actuelles plutôt que celles de son enfance ou concernant des questions développementales), ce qui est cohérent avec les techniques prescrites par la théorie TIP. Les techniques TCC dans le TDCRP sont quasi similaires à celles mises en œuvre dans d'autres thérapies cognitivo-Comportementales qui ont été étudiées en utilisant le PQS (1993).

Les résultats démontrent que les descripteurs patients corrélés aux résultats sont remarquablement similaires pour les deux traitements. Il n'y a donc aucune surprise à ce que les thérapies TCC et TIP produisent des résultats similaires. Seuls, 4 des 100 items se différencient de façon significative entre les séances du début et celles de la fin. Ainsi le processus de la thérapie a très peu changé au cours des traitements. Les auteurs se sont alors demandé quels pouvaient être les facteurs qui avaient produit les changements, au delà de l'alliance thérapeutique. Un examen soigneux a montré qu'à la fois dans l'IPT et la TCC les items corrélés à un résultat positif semblent décrire deux types d'expérience du patient : un sentiment de soi positif et une vision idéalisée du thérapeute. Les descripteurs du processus du PQS, corrélés aux résultats, semblent ainsi identifier la présence d'un attachement positif et dépendant au thérapeute. Cela pourrait être un type de relation thérapeutique mobilisant le processus de changement. Différents investigateurs ont conceptualisé la vision idéalisée du thérapeute en terme de représentation mentale qui est une construction théorique centrale de la théorie psychanalytique, et de la recherche en science cognitive et en psychologie développementale. D'autres auteurs, comme Blatt et *al.* se sont intéressés à cette question et

120 Price et Jones (1998) ont listé les items du PQS concernant l'alliance thérapeutique, vous les trouverez en annexe

ont proposé des modèles que les auteurs ont revisités. Par exemple, « les patients idéalisent leur thérapeute et projettent sur eux des qualités dont ils ressentent qu'ils manquent eux-mêmes. Ces qualités désirées, qui sont externalisées, sont ensuite internalisées par le patient par identification avec leur expérience dans la relation thérapeutique. Dans une perspective théorique d'apprentissage social, il est également probable que quand les patients s'identifient à certaines qualités du thérapeute, ils deviennent plus réceptifs à l'acquisition de nouveaux outils et de comportements plus adaptés en prenant le thérapeute comme modèle ». Une des questions que les auteurs posent est de savoir si ces changements, liés à un attachement positif et dépendant au thérapeute, sont susceptibles de durer à la fin du traitement lorsque le thérapeute n'est plus présent.

En définitive, ni la technique du thérapeute ni sa contribution n'ont été significativement associées aux résultats. Cela peut s'expliquer par le fait que la technique n'a d'effet que dans un certain contexte. Ces résultats sont liés aux modèles théoriques et peuvent aider à expliquer le rôle de facteurs non spécifiques associés à des résultats de traitement non différentiels dans la thérapie brève.

Les auteurs terminent leur article en soulignant l'importance en recherche psychothérapique d'une stratégie d'investigation qui alterne entre les méthodologies de groupe et les méthodologies intensives et quantitatives de cas isolés qui étudient directement comment les interactions réciproques du patient et du thérapeute affectent le résultat.

Cet article est riche d'enseignement, car partant du fait que les éléments du processus semblaient peu différents entre le début et la fin de la thérapie (rappelons qu'elle était brève), les résultats positifs ont permis aux auteurs d'en rechercher les causes et ont abordé des questions très importantes au niveau de la recherche. Rappelons également que les troubles relevés chez les patients n'atteignaient pas une gravité importante.

4. Publication de « *Therapeutic Action* » par l'auteur de l'instrument

En 2000[121], Jones publie un ouvrage sur l'action thérapeutique et présente une version révisée du PQS, celle qui est actuellement utilisée. Cet ouvrage est centré sur l'action thérapeutique et offre une base de réflexion sur cette question très intéressante. C'est aussi dans cet ouvrage que l'on trouve l'instrument et son manuel, ainsi que plusieurs évaluations de cas cliniques.

5. Reprise des données du NIMH et de la construction des prototypes comparés à deux thérapie, la TCC et l'Interpersonnelle, 2002

Dans un article de 2002[122], Ablon et Jones rapportent une recherche qui prolonge la série des études qui ont examiné le processus de la psychothérapie. Les auteurs présument que les traitements psychothérapiques réalisés suivant les recommandations d'un manuel se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique, et que ce sont des

---

[121] JONES EE *Therapeutic Action. A Guide to psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson Inc. 2000 ; 253 :270

[122] Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. American Journal of psychiatry 2002 ; 159 : 775-783

stratégies communes aux deux traitements qui favorisent le changement du patient. Pour le démontrer, cette étude se propose de comparer les prototypes idéaux des deux thérapies aux items les plus caractéristiques rencontrés au cours de thérapies menées en situation naturelle. Les hypothèses de la présente étude sont : 1) que les traitements réalisés à partir d'un manuel de psychothérapie et étudiés dans un essai clinique contrôlé se recouvrent considérablement dans leur processus et leur technique et 2) que les stratégies d'intervention communes aux deux traitements sont à l'origine de ce qui favorise le changement du patient.

Dans cette étude, un prototype additionnel a été créé pour la thérapie interpersonnelle. Les prototypes de la psychothérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo comportementale ont été corrélés avec les cotations à partir du PQS de séances réelles de psychothérapie issues du programme de recherche du NIMH sur la dépression afin de déterminer dans quelle mesure les traitements étaient proches de ceux correspondant aux prototypes idéaux. En pratique, pour chaque patient la cotation de chacun des 100 items, issus de séances en situation naturelle, a été corrélée avec celle des items du prototype correspondant à une pratique « idéale ». Ces corrélations ont été alors transformées en points de z, en utilisant la transformation Fisher r--z. Les points z représentent le degré suivant lequel une séance de psychothérapie est corrélée avec les prototypes idéaux.

Les résultats montrent que les psychothérapies interpersonnelle et cognitivo-comportementale mises en œuvre adhérent fortement au prototype idéal de la thérapie cognitivo-comportementale. En outre, l'adhésion au prototype de la thérapie cognitivo-comportementale entraine des corrélations plus positives avec les mesures de résultats pour les deux types de traitement.

Les auteurs en concluent qu'il peut être fallacieux de compter sur des noms de marque de thérapie pour les différencier.

6. Reprise des données du NIMH pour explorer dans deux types de thérapies (TCC et IPT), l'émotion du patient et les interventions du thérapeute et relations de ces processus pour les résultats, 2002

Dans un autre article de 2002[123], Coombs, Coleman et Jones présentent une étude réalisée à partir du Programme de recherche du NIMH (programme d'évaluation comparative de l'efficacité de différents traitements de la dépression). Il s'agit là d'explorer l'expression émotionnelle du patient et l'attitude du thérapeute en relation avec elle dans les traitements conduits dans ce programme, et les relations de ces processus avec les résultats. 128 séances de thérapies TCC et IPT ont été transcrites et évaluées avec le PQS pour identifier le style général du thérapeute en ce qui concerne l'émotion du patient et caractériser d'autres aspects du processus de la psychothérapie. Il n'y a pas de différences significatives entre les niveaux de souffrance émotionnelle exprimée dans la CBT et l'IPT. L'analyse factorielle des cotations du PQS fait apparaître trois facteurs principaux : le facteur 1., nommé « exploration commune de

123 M. M. Coombs, D. Coleman, and E. E. Jones. Working with feelings : the importance of emotion in both cognitive-behavioral an interpersonal therapy in the NIMH treatment of dépression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 2002, Vol. 39, No. 3, 233–244.

l'émotion par le patient et le thérapeute » a une relation significativement positive dans les résultats, que ce soit dans la TCC ou l'IPT, alors que le facteur 2, nommé « processus éducatif/ directif » ne l'a pas. Le facteur 3, nommé « Inhibition du patient » est plus élevé dans l'IPT et est associé à des résultats positifs. Les patients avec de forts niveaux de souffrance émotionnelle ont eu tendance à avoir de moins bons résultats dans ces traitements brefs. De plus, au fur et à mesure que cette souffrance émotionnelle s'élevait chez ces patients, les thérapeutes ont eu plus de difficultés à appliquer des modalités d'interventions spécifiques.

Le centre de cette étude est d'explorer le processus et les techniques à partir desquelles les sentiments sont appréhendés pendant la séance de psychothérapie dans le programme NIMH et le rapport de ces derniers et des facteurs concernant la technique avec les résultats du traitement.

« Dans la présente étude, nous avons tenté de répondre à 4 questions de recherche et de tester les hypothèses qui leur sont associées. La première, est celle de la nature des processus de traitement dans nos données et si l'attitude du thérapeute envers l'émotion représentait un trait important. Une partie de cette première question a été l'hypothèse que l'IPT aurait tendance à explorer de façon accentuée l'émotion relativement à la TCC et que les séances de TCC redirigeraient l'émotion du patient dans le processus de la thérapie et se centreraient d'avantage sur des configurations cognitives et comportementales.

La seconde question était de savoir s'il existait des différences dans l'occurrence de l'expression de la souffrance affective dans les séances de thérapie TCC et IPT. Etant donné les différences théoriques dans les approches de l'IPT et de la TCC, nous avons fait l'hypothèse que les séances IPT devraient contenir plus de sentiments du patient et que les séances de TCC en auraient moins. Pour tester cette question nous avons développé une mesure de souffrance affective utilisant un regroupement de trois items du PQS qui sont décrit dans la section méthodologique de cet article.

La troisième question de recherche concerne la façon dont les caractéristiques des traitements TCC et IPT devraient varier dans des séances dans lesquelles des niveaux élevés de souffrance affective étaient caractéristiques. L'hypothèse était que les thérapeutes devraient répondre à l'émotion de leur patient d'une façon qui faciliterait des changements positifs en accord avec leur objectif particulier et la structure de leur modèle thérapeutique. Nous avons fait l'hypothèse sur la base de recherches antérieures (…) que les thérapeutes CBT devraient utiliser des techniques destinées à contrôler l'affect, à se centrer sur les cognitions, qu'elles adopteraient un style didactique et qu'elles utiliseraient des arguments rationnels. En contraste, nous avons fait l'hypothèse que les thérapeutes IPT devraient être plus enclins à évoquer l'émotion et à explorer sa signification et à relier ces sentiments à des situations interpersonnelles.

La quatrième question de recherche a examiner a/ le lien entre l'attitude envers l'émotion du patient et le résultat du traitement et b/ la relation entre la souffrance émotionnelle du patient et le résultat du traitement. »

Pour répondre à la première question de recherche, une analyse factorielle des items du PQS de 128 sessions de thérapie a été conduite pour extraire des configurations d'items qui ont expliqué la plupart de la variance dans le processus de traitement. On a choisi une solution de trois facteurs avec rotation Varimax qui a expliqué 35% de la variance partagée. Le facteur 1 « exploration commune de l'émotion par le patient et le thérapeute » a expliqué 18% de la variance.

Un résultat clé de cette étude est que le facteur « exploration collaborative de l'émotion » a été positivement corrélé avec les effets du traitement, alors que le facteur 2 « processus éducatifs directif » ne l'a pas été. La distinction de ce facteur 1 avec l'alliance thérapeutique, en général, a été réalisée.

Le troisième facteur « inhibition du patient » a conduit à un résultat inattendu, à savoir des effets plus importants de la thérapie que ceux chez lesquels on ne retrouvait pas ce facteur. Ce facteur trois, décrit une configuration caractéristique de la dépression représentée par un affect émoussé, une constriction émotionnelle et une passivité auto-inhibante. Une explication possible de ce résultat étonnant est que l'IPT permettrait à cette inhibition du patient d'être plus apparente dans les transcriptions des séances, tandis que la TCC la masquerait dans sa nature hautement structurée et éducative. Les thérapeutes TCC ont une façon très activement structurée de commencer les séances en demandant aux patients s'ils ont fait leur travail à la maison et ce qu'ils en ont appris. La thérapie interpersonnelle a une approche moins directive, attendant du patient habituellement qu'il commence à parler et en parlant généralement moins que les thérapeutes TCC dans les séances. Cela expliquerait que l'inhibition du patient puisse être plus apparente dans l'IPT dans ces circonstances. Une autre explication serait que l'expression émotionnelle, quand elle atteint un certain niveau, bouleverse les attitudes couramment utilisées, à la fois par les thérapeutes IPT et TCC. Dans ce contexte, l'inhibition jouerait en quelque sorte un rôle protecteur pour les thérapeutes d'assurer leur traitement dans des conditions qui correspondent à leur pratique.

…[Les items positifs incluent ceux qui se rapportent à la capacité des patients d'être introspectifs et perspicaces au sujet de leurs problèmes et de leur compréhension de la thérapie, aussi bien que la présence de catharsis émotive et des espérances positives au sujet de leur thérapie. Les items négatifs (négatif ici n'est pas le score obtenu de l'item mais la façon dont il est construit de façon négative, par exemple pour le premier qui est donné en exemple ci-dessous l'item est « le patient verbalise des sentiments négatifs envers le thérapeute (Q1)), suggèrent un lien positif entre le patient et le thérapeute. Les patients ont exprimé des sentiments positifs au sujet de leurs thérapeutes (Q1) et n'ont pas eu des sentiments ambivalents ou ont été en conflit avec eux. Au lieu de cela, les patients se sentent compris par leurs thérapeutes et en confiance pendant les séances de thérapie.]…

7. Développement du prototype de la CMT, psychothérapie intégrative et comparaison avec des séances réelles de psychothérapie dans le cadre d'un cas unique d'une dépression majeure, 2002

Dans un troisième article de 2002[124] Pole, Ablon et 0'Connor, présentent une étude de 16 séances de psychothérapie conduite dans la perspective de la théorie "*Control Mastery theory*" (CMT), une théorie cognitive, psychodynamique et humaniste du processus psychopathologique et psychothérapique (que nous nommerons Intégrative). Pour chaque séance, des mesures ont été réalisées concernant l'affect du patient, la technique du thérapeute et l'alliance thérapeutique. Les auteurs ont développé un prototype de la technique idéale de la CMT pour ce cas et ont déterminé les effets potentiels de ce prototype relativement à ceux de chaque séance de thérapie réelle. Le fait de mettre en œuvre une technique idéale CMT a été associé à de meilleurs résultats, même après avoir contrôlé l'affect et l'alliance thérapeutique dans la séance au cours du temps, . La patiente, Maria est une jeune femme de 30 ans qui souffre d'une dépression majeure dont le premier épisode est intervenu après son mariage et la naissance de son premier enfant. Lorsqu'elle demande à consulter pour une psychothérapie, elle vient de perdre sa mère (morte de complications d'une grippe), elle a trois enfants auxquels elle se consacre ainsi qu'à son mari qui fait des études supérieures. Elle a dû arrêter les siennes à la naissance de son premier enfant, alors qu'à la mort de sa grand-mère (elle avait 25 ans) elle s'était jurée de ne pas faire comme elle et sa propre mère dont elle avait pris conscience qu'elles avaient toutes les deux omis de s'occuper d'elles-mêmes.

L'évaluation de l'affect s'est faite à partir de deux niveaux d'émotion : *affect dépressif* avec tristesse, fatigue ou peu d'amusement ; *affect inaffectif* avec inadaptation, infériorité ou sans défense).

L'alliance thérapeutique est évaluée à la fin de chaque séance par le thérapeute et des évaluateurs externes. Elle concerne trois items : comment le patient ressent le thérapeute durant la séance, comment le thérapeute comprend la détresse du patient et les buts de la thérapie et comment un accord est réalisé entre le thérapeute et le patient à propos du processus de la psychothérapie.

Les mêmes auteurs ont proposé une suite à ce modèle dans un article de 2008, inclus ci-dessous, dans ce chapitre.

8. Développement du prototype de la séance idéale de psychanalyse et comparaisons avec des séances de trois échantillons : psychanalyse, thérapie analytique longues et psychodynamique brève et évaluation du processus de changement. 2 études de cas. 2005

Dans un article de 2005[125]**,** Ablon et Jones présentent comment la méthodologie permet d'identifier et d'évaluer le processus de changement dans les traitements psychanalytiques. Un comité de psychanalystes expérimentés a développé un prototype de la séance idéale de

---

[124] Pole N, Ablon S, O'Connor L, Weiss J. Ideal control mastery technique corrélâtes with change in a single case. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training* 2002, Vol. 39, No. 1, 88–96.

125 Ablon JS, Jones EE.. On analytic process. *J Am Psychoanal Assoc.* 2005 ; 53(2): 541-568.

psychanalyse[126] à partir du *Psychotherapy Process Q-Set* (PQS). Ce prototype a été ensuite appliqué à des transcriptions intégrales de trois échantillons de traitements archivés : des psychanalyses, des psychothérapies analytiques longues et des psychothérapies psychodynamiques brèves. Le degré suivant lequel ces traitements ont favorisé le processus analytique tel qu'il est représenté par le prototype a été mesuré quantitativement. L'étude démontre que les psychanalystes sont d'accord sur la définition du processus analytique, et qu'il peut être exploité et évalué quantitativement. Une seconde étude démontre qu'en dépit du consensus sur sa définition, il n'existe pas un seul processus analytique mais qu'au contraire, il y a des processus de changement propres à chaque dyade. Deux études de cas illustrent comment chaque dyade analysant-analyste a une configuration d'interaction unique, qui est liée au progrès du traitement. Ces « structures d'interaction » sont récurrentes, et influencent mutuellement les configurations d'interaction entre l'analysant et l'analyste. Ces configurations réfèrent non seulement comment les conflits du patient sont représentés dans le transfert, mais aussi les réactions du thérapeute à ces conflits. L'expérience, la reconnaissance et la compréhension apparaît être un composant fondamental de l'action thérapeutique. Un modèle « bi personnel » est décrit qui tente de faire un lien entre les théories de l'action thérapeutique qui se centrent sur l'insight et la compréhension de soi, et celles qui mettent l'accent sur l'expérience qu'a le patient du thérapeute.

A partir de la construction d'un prototype psychodynamique, Le PQS a confirmé qu'il était capable de distinguer un processus d'un autre, par exemple comme cela a déjà été présenté, un processus TCC, IPT ou CMT. Les auteurs rapportent que cela ne signifie d'ailleurs pas que l'on ne retrouve pas des éléments des prototypes d'autres thérapies dans les séances évaluées. Bien au contraire, les études montrent (Jones, 1998) que ceux-ci sont présents, notamment dans les psychothérapies brèves. Ce qui parait le plus important pour les auteurs dans cette étude, c'est qu'elle démontre que la définition consensuelle du processus analytique à laquelle sont parvenus les experts peut être mesurée empiriquement et fournir une méthode scientifique pour évaluer le degré suivant lequel un processus analytique a été réellement mis en œuvre. Il est possible, selon les auteurs, de mesurer le degré suivant lequel le processus mis en œuvre est en concordance avec ce qui caractérise un processus idéal pour la psychanalyse, la psychothérapie analytique à long terme et la psychothérapie psychodynamique brève. Leur étude valide empiriquement dans un premier temps que la psychanalyse favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique à long terme, laquelle favorise mieux le processus analytique que la psychothérapie psychanalytique brève. Si le processus analytique peut être également mesuré empiriquement, le degré suivant lequel il participe au changement positif du patient peut être également être testé empiriquement.

Le fait que le processus analytique puisse être mesuré a également des implications potentielles de formation et de supervision, notamment dans le cadre des programmes post-doctoraux et d'internat. Il semble que les auteurs du PQS aient en tête l'idée que cet

126 Voir en annexe le prototype élaboré par les experts pour la psychothérapie psychodynamique

instrument pourrait se substituer avec bénéfice aux manuels, très statiques, pour former les étudiants, non plus à la façon de mener une psychothérapie, mais à observer comment se déroule un processus, qu'il soit Analytique, Cognitivo-Comportemental, Interpersonnel ou autre. Cela permettrait au thérapeute en formation d'avoir une connaissance plus précise de ce qui se passe dans un tel processus, mais en gardant évidemment à l'esprit que c'est lui qui conduira la psychothérapie et qu'il sera un des acteurs de la dyade.

9. Étude des corrélations entre les prototypes de trois thérapies PDT, TCC et IPT et celles menées dans la réalité et liens de ces corrélations avec les résultats, à partir d'un trouble panique, 2006

Dans un article de 2006[127], Ablon et *al.* présentent une recherche issue du débat intense sur le fait de savoir quelles méthodes empiriques de recherche présentent le mieux les résultats cliniques en psychothérapie. La tendance prévalente a été de tester des ensembles de traitements en utilisant des essais cliniques contrôlés randomisés (RTC). Récemment, l'orientation s'est modifiée en considérant comment l'étude du processus de changement des traitements naturalistes peut être un complément utile aux essais contrôlés.

Les buts de cette étude sont de 5 ordres : 1. examiner le degré de changement associé à la psychothérapie en situation naturelle pour un trouble panique ; 2. identifier quel processus de traitement idéal (prototype) caractérise le mieux les traitements ; 3. identifier quels processus idéaux sont les plus prédictifs de résultats positifs ; 4. identifier les éléments les plus et les moins caractéristiques du processus des traitements à un niveau spécifique et a-théorique ; 5. identifier quelles variables spécifiques du processus prédisent des résultats positifs.

Les hypothèses posées par les auteurs pour répondre à ces questions sont les suivantes : (1) la psychothérapie naturaliste pour le trouble panique est un traitement fortement efficace avec des gains du même ordre que ceux réalisés par des traitements prescriptibles ; (2) les traitements sont caractérisés par un niveau élevé de processus psychodynamique et à un niveau significativement moins élevé par des éléments de processus interpersonnel et cognitivo-comportemental ; (3) ces résultats positifs sont prévisibles à partir du degré suivant lequel le processus psychodynamique (plutôt qu'interpersonnel et cognitivo-comportemental) est engagé ; (4) les traitements sont caractérisés par des éléments typiques de psychothérapie psychodynamique comprenant l'attention à l'alliance et à la relation thérapeutique, l'interprétation des mécanismes de défense, l'identification de sentiments et de désirs inconscients considérés comme dangereux, et la liaison des symptômes, comportements, et sentiments actuels à des expériences antérieures ; (5) ces variables spécifiques mises en œuvre, un accent porté sur la facilitation de l'expression des émotions est le plus prédictif de résultats positifs.

---

127 ABLON JS; LEVY R, KATZENSTEIN TAI.. Beyond brand names of psychotherapy : identifiying empirically supported change processes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2006 ; 43(2): 216-231.

Des cliniciens se définissant eux-mêmes comme étant d'orientation psychodynamique ont traité 17 patients présentant un trouble panique par une psychothérapie réalisée en conditions naturelles et durant en moyenne 21 séances.

Les patients ont obtenu des réductions statistiquement significatives de leurs symptômes dans tous les domaines. Les taux de rémission et le changement cliniquement significatif, ainsi que les tailles d'effet, ont été du même ordre que ceux des thérapies du trouble panique validées empiriquement. Les gains du traitement se sont maintenus au suivi de six mois. L'analyse intensive du processus des différents traitements a révélé que les traitements étaient caractérisés par des éléments intégratifs : l'adhésion au processus cognitivo-comportemental a été la plus caractéristique, l'adhésion au processus interpersonnel et psychodynamique a été, cependant, l'élément le plus prédictif de résultats positifs. Des facteurs prédictifs du processus spécifiques des résultats ont été identifiés en utilisant le Psychotherapy Process Q-Set.

Ces résultats démontrent comment la recherche sur le processus peut être utilisée pour valider empiriquement des processus de changement dans des traitements naturalistes comme alternative aux essais contrôlés concernant des packages de traitement.

10. Étude de l'adhérence au prototype de la psychothérapie CMT comparé à celui de modèles alternatifs (PDT et CBT) sur un cas unique, 2008

Dans un article de 2008[128], Pole, Ablon et O'Connor présentent leur méthode pour tester les modèles de changement pour de cas en psychothérapie individuelle à long terme. Un patient dépressif a été traité avec 208 séances de « Control Mastery Therapy » (CMT), une approche non manuelisée qui intègre des éléments de la thérapie psychodynamique (PDT) et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Un panel d'experts a développé des prototypes idéaux pour les thérapies PD, TCC et le processus de la TCM, en utilisant le PQS (PQS ; J. S. Ablon et E. E. Jones, 1999 ; E. E. Jones, L. A. Parke, Et S. Pulos, 1992 ; E. E. Jones et S. M. Pulos, 1993). Des observateurs indépendants ont évalué chaque 4ème séance (N=53) avec le PQS. En utilisant des corrélations entre les cotations idéales et réelles du PQS, les auteurs ont comparé l'adhésion du prototype TCM à celle de modèles alternatifs plausibles, préconisés par les experts en matière de TPD et de TCC. Des analyses de séries chronologiques bivariées ont déterminé si l'adhésion au prototype permettait de prédire le degré de changement des symptômes.

Méthodologie pour les prototypes.

Des experts de chaque type de thérapie ont utilisé indépendamment le PQS pour évaluer la concordance de chacun des items avec ce qui définirait selon leur orientation de thérapie "une séance idéale de psychothérapie" hypothétique .

---

128 Pole N., Ablon JS, O'Connor LE.. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long- Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology* 2008 ; 55 (2): 221-232.

Ces estimations idéales ont été alors agrégées chez des experts de même orientation théorique pour construire une "formule" générique (ou prototype) de chaque type de thérapie. Des degrés d'adhésion en sont issus en corrélant les estimations du prototype de chaque orientation avec les cotations de processus appliquées aux séances archivées de thérapie. Les résultats ont montré que (a) les différentes formes de thérapie peuvent produire statistiquement des prototypes distincts (les experts en matière par exemple, de TPD et de TCC ont mis l'accent sur des traits caractéristiques différents ; Ablon et Jones, 1998) ; (b) les formes spécifiques de thérapie peuvent contenir plus d'éléments appartenant à d'autres formes de thérapie que d'éléments appartenant à leur propre forme de thérapie (Il s'est avéré par exemple, que l'IPT adhérait plus étroitement au processus idéal de la TCC qu'à celui de la TIP ; Ablon et Jones, 2002) ; (c) une plus grande adhésion des thérapeutes au prototype (configuration définissant une séance de thérapie idéale suivant le modèle théorique de l'approche) peut être prédictrice de meilleurs résultats (par exemple, une plus grande adhésion à la TPD idéale permet de prévoir de meilleurs résultats prévus dans la TPD ; Ablon et Jones, 1998, 2002).

Eléments de la présente étude :

Elle poursuit 3 buts : 1. développer et établir les propriétés psychométriques d'un prototype quantitatif de TCM idéal ; 2. déterminer si un traitement à long terme TCM adhère plus étroitement au prototype CMT qu'au prototype TPD ou TCC ; 3. déterminer si l'adhésion au prototype TCM uniquement prédit un changement symptomatique.

Les auteurs ont sélectionné un traitement TCM à long terme, archivé qui avait été antérieurement étudié qualitativement (Bloomberg-Fretter, 2005) et quantitativement (Jones et al, 1993 ; Pole et Jones, 1998), formant de ce fait une base sur laquelle établir le travail actuel. Par exemple, il est déjà connu que a) le thérapeute est actif et didactique et que le traitement se focalise sur des thèmes cognitifs (Jones et al, 1993) ; b) le patient montre une amélioration clinique significative et maintient ses gains après 2 ans de traitement (Jones et al. 1993) ; c) les mesures de processus spécifiques de TCM ont prévu un changement au niveau des symptômes (Pole et Jones, 1998) ; d) la mesure de processus spécifique de TPD n'a pas prévu directement le changement (Jones et al, 1993) mais l'a prédit indirectement (Pole et Jones, 1998).

Définition par les auteurs du PQS : c'est une mesure du processus de la psychothérapie basée sur l'observation de 100 items décrivant a/ les comportements du thérapeute (n=41), b/ les comportements du patient (n=40), et c/ les interactions thérapeute-patient (n=19) qui pourraient se produire dans une psychothérapie individuelle d'un adulte.

Ils ont classé les 10 items du PQS, les plus caractéristiques du prototype CBT, PDT et CMT, organisé par score de facteur.

Discussion

Le prototype contrôle maitrise introduit dans cet article a été accompagné de bonnes propriétés psychométriques. Le niveau très élevé de la fidélité inter juges parmi les expert CMT

montre qu'en dépit de la spécificité du cas, souligné par les chercheurs CMT (…), les thérapeutes CMT expérimentés ont été capables d'atteindre un consensus sur ce qui constitue un processus CMT générique « idéal ». Deuxièmement, en dépit des similarités théoriques et empiriques entre la CMT, la TCC et la PPD, leurs descriptions idéales étaient suffisamment distinctes pour générer des facteurs statistiques séparés. Enfin, le recouvrement entre les items des plus caractéristiques de notre prototype CMT et à la fois des descriptions théoriques de la CMT (…) et un prototype de CMT extrait d'un cas antérieurement publié (…) soutiennent la validité du prototype générique. Les scores d'adhésion au prototype présentés dans cet article n'étaient pas conçus pour mesurer l'adhésion à un manuel spécifique de thérapie. Les scores ont plutôt traduit le niveau suivant lequel le processus de la thérapie actuel était conforme aux idéaux théoriques articulés par chaque groupe d'experts. Nous avons trouvé que l'adhésion au prototype de la CMT se situait à un niveau modéré, ce qui est en accord avec l'importance accordée par les thérapeutes au fait que la flexibilité soit appliquée au principe de la CMT dans ce cas. Certains ont argué qu'une adhésion aussi modérée devrait être la règle quand tout modèle de thérapie est appliqué en pratique car les idéaux théoriques doivent être ajustés pour répondre aux spécificités du cas (Barber et al. 2006). Contrairement aux scores conventionnels d'adhésion (…) les scores complets d'adhésion au prototype n'étaient pas seulement limités aux comportements du thérapeute mais ils évaluaient aussi les comportements du patient et l'interaction thérapeute-patient. Les scores d'adhésion par composants, nouveauté de l'étude présente, ont clarifié les résultats du prototype dans son ensemble. Par exemple, contrairement à notre hypothèse, les scores d'adhésion au prototype global ont suggéré que la thérapie de Mme M ressemblait très étroitement à la TCC idéale. Cependant, les scores d'adhésion par composants ont révélé que ce résultat était largement tiré par le comportement du patient qui était le plus convergent avec la TCC idéale. Suivant les données, présentées dans l'annexe A, cela suggère que le patient a démontré une compréhension (PQS72) et un accord à la thérapie (PQS73) et n'a pas semblé contrôler (PQS87), ou passif (PQS15), ou défiant (PQS44). De façon similaire, la plus grande adhésion des items d'interaction théapeute-patient à la CMT et à la TCC idéales qu'à la PPD idéale implique que les séances étaient centrées sur les buts du traitement du patient (PQS4), les aspirations personnelles (PQS41), et le système de croyance (PQS30). Enfin, le résultat que le comportement du thérapeute était le plus proche de la CMT idéale indique que le thérapeute percevait de façon précise le processus thérapeutique (PQS28), se centrait sur la culpabilité (PQS22), différenciait activement la réalité du fantasme (PQS68) et fournissait une réassurance directe (PQS66). Du point de vue de la conception conventionnelle de l'adhésion, qui insiste sur le comportement du thérapeute ce dernier résultat soutient notre hypothèse en montrant que le thérapeute a adhéré le plus fortement à la CMT idéale.

Les analyses de séries temporelles ont été élucidées de la même manière par l'attention aux scores par composants. Notre résultat que l'adhésion au prototype CMT complet a prédit que le changement symptomatique estimé était confirmé par la preuve qu'à la fois ces composants thérapeute et comportement du patient contribuaient de façon significative à ce changement.

Ces résultats soutiennent notre hypothèse en écho à des résultats antérieurs sur ce cas sur la base de mesures de CMT spécifique à un cas (Poles et Jones 1998) et est largement congruente avec d'autres articles montrant les associations entre les processus recommandés de CMT et les changements désirés chez le patient (…). En fait, les résultats du score par composants devraient être interprétés comme soutenant un travail intérieur indiquant qu'à la fois les comportements du thérapeute (par exemple, les interventions correspondant au plan ; -), et les comportements du patient (par exemple, tester ; -) contribuent à l'efficacité de la CMT. Il est important de noter dans ce sens que l'adhésion au comportement idéal du patient CMT a prédit un changement, bien que cette adhésion ait été en moyenne faible dans le traitement de Mme M. Cela fait écho à un point souligné par Ablon et Jones (1998) que des processus relativement rares peuvent avoir un impact cliniquement significatif. Notre découverte que l'adhésion au prototype complet CBT prédisait également un changement symptomatique estimé a été clarifié de la même manière par les résultats de suivi montrant que la seule adhésion aux items d'interaction CBT prédisait de façon significative ce changement. Ces items ont inclus l'attention aux tâches psychothérapiques réalisées à la maison (PQS38) et au système de croyance (PQS30), l'un et l'autre ayant été empiriquement associé avec l'amélioration dans le traitement TCC de la dépression ( ). Notons également que bien que le comportement du patient ait été le plus cohérent avec la TCC idéale, ce composant n'a pas prédit le changement symptomatique indiquant que les processus les plus évidents peuvent ne pas être les processus les plus efficaces. Enfin, nos résultats que ni l'adhésion aux processus complet PPD, ni l'adhésion à son composant de comportement du thérapeute ne prédisait un changement symptomatique estimé soutiennent notre hypothèse et font écho aux résultats de Jones et al (1993) basés sur une mesure spécifique de cas de la « technique psychodynamique ». Cependant, l'adhésion au comportement du patient de la PPD idéale (le patient acquérant de nouveaux insight) et aux interactions thérapeute-patient idéales (par ex, la discussion des rêves ou des fantasmes des patients) ont prédit un tel changement. Ces résultats concordent également avec un travail antérieur sur ce cas montrant qu'une attention sur les thèmes psychodynamiques et un accroissement de l'association libre du patient permettaient d'estimer un changement symptomatique (Pole et Jones 1998). Pris ensemble, ces résultats indiquent que parmi les prototypes de comportement du thérapeute, l'adhésion des thérapeutes aux comportements idéaux de la CMT était la force motrice du traitement. Cependant, le comportement des patients et l'interaction thérapeute-patient ont également contribué à la guérison des patients à travers l'adhésion aux processus idéaux CMT, CBT /ou PPD. Cependant, tous ces résultats de l'analyse de séries temporelles doivent être reçus avec prudence à cause du nombre élevé de scores estimés de symptômes impliqués dans cette étude. Bien que les scores imputés étaient inévitables étant donné les besoins de l'analyse de séries temporelles et les limitations de cet ensemble de données archivées unique. Et bien que ce résultat ait été similaire quand les analyses principales ont été répétées avec les valeurs imputées exclues, il est encore possible que des résultats différents puissent avoir émergé si tous les scores symptomatiques avaient été disponibles. Ce problème devrait être évité dans le futur en obtenant des mesures de symptôme et de processus sur la même échelle.

La validité de notre estimation du score symptomatique doit, cependant, gagner un soutien ultérieur à partir de la cohérence de nos résultats avec plusieurs résultats d'Ablon et Jones corrélant des scores d'adhésion complète à un large éventail de mesures de résultats non modifiées. Par exemples, notre résultat que la CMT de Mme M adhérait de la façon la plus proche au prototype global CBT va dans le même sens que le résultat d'Ablon et Jones (2002) suivant lequel les psychothérapies interpersonnelles adhéraient également plus étroitement au prototype global CBT. De façon similaire, notre résultat que l'adhésion au prototype global CBT prédisait le changement symptomatique estimé dans ce traitement CMT rappelle le résultat d'Ablon et Jones (1998) que l'adhésion au prototype complet PPD était associé avec des résultats favorables dans les TCC. Dans une perspective qui définit largement l'adhésion en terme de comportement du thérapeute, du patient et de leur interaction, nos résultats renforcent ceux de Ablon et Jones (98, 02) que les noms des thérapies peuvent induire en erreur. Même quand un thérapeute utilise des techniques cohérentes avec son orientation, il est possible que des processus inattendus appartenant à d'autres types de thérapies puissent être volontairement ou involontairement présents et influencent les résultats. Ainsi, à partir d'une perspective plus étroite qui cerne l'adhésion seulement en terme de comportement du thérapeute, nos résultats offrent une explication alternative au travail antérieur d'Ablon et Jones et suggèrent qu'un examen des composants aurait pu conduire à des conclusions différentes.

Cela nous amène à une discussion plus large des limitations associées avec les procédures soulignées dans le présent article. D'abord, comme l'illustrent les contrastes entre les scores d'adhésion complète ou par composants, la seule considération des prototypes complets peut obscurcir des distinctions significatives entre ses composants. Les prototypes différaient si c'était le comportement du thérapeute, le comportement du patient ou l'interaction thérapeute-patient qui étaient cotés comme étant les plus caractéristiques. Cela pourrait être pourquoi l'adhésion complète CMT était cohérente avec son composant thérapeute et que les résultats de l'adhésion complète TCC était consistants avec son composant interaction thérapeute-patient. Ainsi, nous recommandons de faire suivre les analyses de prototypes complet avec des analyses concernant les composants significatifs. Ensuite, la méthodologie du Q-sort oblige à une plus grande discrimination dans les cotations que ce qui se produirait sans elle. Ainsi, il y a une possibilité que les cotations puissent être exagérées par cette méthode et qu'elle pourrait être plus valide si des échelles de Likert déterminées étaient utilisées.

Troisièmement, il est raisonnable de soulever la critique que les prototypes puissent être trop généraux pour capturer les applications spécifiques de modèles théoriques pour des problèmes cliniques particulier, par ex, la TCC pour la dépression *vs* la TCC pour le trouble panique ou pour des stades particuliers de la thérapie par ex, la PPD dans le cours de la thérapie *vs* à son stade de terminaison. Ce problème pourrait être traité en développant des prototypes toujours plus spécialisés traitant ces variations.

Quatrièmement étant donné l'accent que la CMT a placé traditionnellement sur la spécificité du cas et son désintérêt pour des techniques spécifiques, l'omission d'éléments spécifiques du cas

et l'accent porté sur des comportements spécifiques du thérapeute dans notre prototype CMT peut déconcerter un certain nombre de gens. Il est possible que le prototype CMT ne soit pas parvenu à capturer de façon adéquate des aspects clés du processus de la CMT (et tout particulièrement les processus qui devraient varier d'un cas à l'autre) ou qu'il ait donné un poids non justifié à la technique par rapport à des processus plus subtils. S'il en est ainsi, alors cela pourrait mieux expliquer pourquoi certains des scores d'adhésion CMT étaient bas (particulièrement ceux associés aux comportement du patient). Nous sommes quelque peu rassurés par l'accord élevé parmi les experts CMT à propos du processus idéal CMT et par le fait qu'aucun d'entre eux n'a indiqué que des items importants avaient été omis concernant le prototype CMT mais cette question demande un examen ultérieur, peut-être en comparant la puissance prédictive des prototypes génériques et spécifiques d'un cas dans le même cas.

Cinquièmement, la méthode n'incorpore pas une façon de déterminer si la compétence du thérapeute ou son absence pouvaient expliquer les résultats d'adhésion (Barber et al, 2006, Sha, 1999). Dans le présent exemple le thérapeute était hautement expérimenté dans la pratique de la CMT mais on pourrait légitiment se demander si délivrer des interventions TCC et PPD avec compétence et si le niveau de compétence avec ces techniques a contribué aux résultats.

Sixièmement, il y a des limitations dans l'analyse temporelle bivariée de Gottman et Ringland (1981) elle-même. Par exemple, cette méthode ne peut pas accommoder plus de deux variables à la fois et ainsi ne peut pas tester simultanément des prédicteurs compétitifs. Par ailleurs, la procédure n'a pas été largement utilisée ou étudiée en profondeur pour d'éventuels biais statistiques ou problèmes. Ainsi, il se peut bien que d'autres approches de séries temporelles puissent s'avérer plus puissantes pour des applications futures. Une dernière limitation fondamentale est inhérente à la recherche en cas isolé ; à savoir, que les résultats ne peuvent pas être considérés pouvoir se généraliser à d'autres cas. Par exemple, nos résultats ne suggèrent pas que tous ou même la plupart des traitements CMT contiennent des éléments TCC significatifs. Nous montrons seulement qu'un traitement CMT conduit par un praticien expérimenté en CMT peut contenir des éléments TCC significatifs et que ces éléments TCC peuvent prédire un changement symptomatique. Nous considérons cela comme un résultat intéressant à son propre niveau. Cependant, pour tester la possibilité d'une généralisation « la recherche n=1 » doit être répliquée pour atteindre ce que Gottman (1973) a appelé « recherche d'un cas à la fois ». Les prototypes décrits peuvent être appliqués à des nombres illimités de nouveaux cas pour tester le caractère répétable de nos résultats. Les limitations mises à part, nous pensons que cette étude apporte différentes contributions. Premièrement, elle réplique et étend des études de cas isolés antérieurs soutenant la CMT ( ) et des recherches antérieures de ce cas ( ). De telles réplications sont vitales pour le développement de la science et particulièrement importante sur la recherche sur le cas isolé ( ). Ensuite, à travers les scores d'experts des prototypes et des scores d'adhésion, elle offre de nouvelles façon, d'évaluer l'intégrité de thérapies largement utilisées (c'est à dire, la PPD et la TCC) dans des situations dans lesquelles les manuels de thérapies spécifiques ne sont pas disponibles. Elle fournit aussi

un moyen de rendre une thérapie moins connue mais soutenue empiriquement (CMT) plus accessible dans le champ. Les prototypes montrent que bien que si certains éléments de toutes les approches théoriques sont spécifiques du cas, il y a également des éléments généraux qui peuvent contribuer de façon importante à comprendre le changement symptomatique. Troisièmement, les analyses de séries temporelles bivariées fournissent une méthode sophistiquée pour identifier les mécanismes de changement dans les thérapies longues, un thème qui est virtuellement absent dans la littérature. En combinaison avec les scores d'adhésion qui évaluent la concordance multivariée entre le processus actuel et la liaison optimale de processus de la thérapie proposée par les experts, des hypothèses à priori peuvent être testées. Les analyses de séries temporelles peuvent être également utilisées pour tester des questions spécifiques d'un cas ou relatives à la recherche (par exemple,). Enfin, bien que les méthodes soulignées dans cette article puissent être appliquées à de nombreuses orientations théoriques, elles offrent une alternative particulièrement importante aux méthodes « du paradigme des événements » ( ) typiquement utilisés pour étudier la CMT. Plutôt que de développer des formulations individualisés pour tous les cas ( ) le prototype CMT fournit une formulation « générique » qui peut être utilisée avec chaque cas. Plutôt que de coter chaque intervention du thérapeute et chaque réponse du patient pour sa consistance avec la CMT (par exemple,) (une tache colossal dans les thérapies longues), une séance entière peut être cotée avec le PQS en moins de deux heures.

L'examen des scores d'adhésion par composants a révélé un tableau plus nuancé. Les tests T appariés ont montré que l'adhésion des thérapeutes aux comportements idéaux de la TCM (R = .40) était significativement plus élevée que l'adhésion soit aux comportements idéaux de la RCC (R = .35) (…) ou des comportements de la PPD idéale (R = -.06) (..) et que son adhésion aux comportements idéaux de la TCC était significativement plus élevée que son adhésion aux comportements idéaux psychodynamiques ( ). Cependant, le comportement du patient était le plus proche des comportements idéaux de la TCC (R = .46) en comparaison avec soit, les comportements de la TCM idéale ( ), ou de la PPD idéale ( ). En fait, le comportement du patient était plus proche de PPD idéale que de la TCM idéale ( ). Enfin, concernant les items d'interaction thérapeute-patient, l'adhésion à la fois à la TCM idéale ( ) et à la TCC idéale ( ), était significativement plus importante que l'adhésion à la PPD idéale (R= - .18), mais l'adhésion à la TCM idéale n'était pas significativement différente de l'adhésion à la TCC idéale ( ).

Est-ce que l'adhésion aux prototypes complets ou à leurs composants prédit un changement symptomatique estimé

Les résultats des analyses temporelles bivariées examinant les relations entre les scores d'adhésion aux prototypes complets et les scores de changements symptomatiques estimés sont présentés dans le tableau 3. Les trois colonnes du milieu (A, B, et SSEGSI-EST) de la table décrivent et comparent quatre types de modèles de régression qui ont été construits pour tester si les tests d'adhésion prédisaient le changement suivant une sévérité symptomatique estimée. Les trois colonnes de droite (C, D, et SSECBT) du tableau pointent les effets bi directionnels en construisant des modèles pour tester si les scores estimés de sévérité des

symptômes prédisaient un changement dans les scores d'adhésion. Les quatre types de modèles comprenant chacun une analyse de séries temporelles diffèrent dans le nombre de leurs termes d'auto régression (énuméré sous les colonnes A et C) et en termes de régression croisées (énuméré sous les colonnes B et D). Chaque terme correspond à une observation (ou « lag ») dans le passé. Dans cette étude chaque lag correspond à quatre séances dans le passé car les observations ont été faites toutes les quatre séances. Le nombre de termes auto régressifs et régressifs croisés dans chaque modèle indique le nombre de lag utilisés pour expliquer les données. Le niveau de variances laissé inexpliqué par chaque modèle est représenté par les valeurs dans les colonnes étiquetées SSE (somme des erreurs carré). Le modèle 1 est un modèle en surdimensionné combinant plus de termes auto régressif et régressif croisés que cela serait nécessaire pour expliquer les données. Conventionnellement dix lag dans le passé sont utilisés pour construire un modèle sur dimensionné.

La série temporelle est ainsi effectivement réduite à dix observations (c'est-à-dire que la onzième observation dans la série temporelle est la première observation prédite par chaque modèle.

Le modèle deux est construit en retirant successivement des termes auto régressifs et de régression croisée du modèle surdimensionné jusqu'à ce qu'un modèle « optimal » combiné soit atteint qui minimise le nombre de termes d'auto régression et de régressions croisées nécessaires pour prédire la série sans changer significativement le niveau de variance expliquée.

Le modèle trois est construit en extrayant les termes de régression croisée du modèle pour atteindre un modèle pur d'auto régression « optimal » (avec le nombre minimal de termes).

Enfin, le modèle quatre détermine comment le niveau de variance devrait être expliqué par un modèle surdimensionné de pure auto régression (avec dix termes).

Comme condition de validité pour l'analyse principale, les modèles optimaux doivent ne pas différer significativement des modèles surdimensionnés en terme de variance inexpliquée. Les comparaisons appariées de la variance laissées inexpliquées par chaque modèle sont faites en utilisant des tests de ratio,

En conclusion, on a souvent avancé qu'il pouvait y avoir un fossé entre ce que les thérapeutes disent qu'ils font et ce qu'ils font réellement dans leur cabinet de consultation ( ). La méthode du prototype offre une fenêtre dans laquelle la rencontre entre un modèle théorique professé des thérapeutes et son processus actuel de thérapie incluant une façon d'évaluer si le comportement du patient et si l'interaction thérapeute-patient est conforme aux idéaux théoriques. Combiné avec les méthodes statistiques qui sont conçues pour évaluer les relations prédictibles entre des variables qui se répètent dans le temps, une opportunité supplémentaire est ouverte pour étudier les relations processus-résultats dans une thérapie longue. De plus, ces questions peuvent être traitées au niveau du cas isolé, évitant ainsi le coût et la difficulté de l'essai clinique randomisé. Bien que de telles méthodologies ne se substituent pas aux essais

randomisés, elles peuvent apporter des contributions importantes à une littérature très rare et répondre à des questions qui autrement n'auraient pu jamais être posées.

c) Application du PQS par d'autres chercheurs

1. Confrontation de trois approches et individualisation des processus comme facteurs prédictifs, 2004

Dans un article de 2004[129], Sirigatti présente une recherche dans laquelle le PQS a été appliqué à trois types d'approches psychothérapiques : la thérapie systémique relationnelle (TSR), la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie stratégique brève (TBS). L'utilisation de cet instrument a permis d'identifier des différences et des similitudes entre les trois approches.

L'objectif de la recherche s'est focalisé sur trois points : 1/ identifier les différences et les similitudes dans le processus en relation avec différentes pratiques : systémique, TCC et stratégique brève ; 2/ individualiser les processus comme facteurs prédictifs des résultats de la psychothérapie examinée ; 3/ détecter des différences et des similitudes dans le processus en relation aux différences psychopathologiques.

La recherche a été menée suivant une approche observationnelle systématique. Elle a porté sur 49 séances de thérapie (15 TSR, 4 TCC, et 30 TSB), concernant 17 participants adultes et adolescents souffrant de dépression (3), de troubles anxieux (5), de troubles des conduites alimentaires (3) et de troubles non identifiés (5).

Afin de déterminer les descriptions du processus qui caractérisent le mieux chaque traitement, les items qui sont les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés. Des similarités ont été retrouvées entre les trois approches : le praticien intervient surtout dans la reformulation ; le patient ne recherche pas un rapprochement avec le thérapeute et n'exprime pas de sentiments particuliers.

L'évaluation initiale n'apporte pas d'éléments permettant de prédire les résultats ; les évaluations suivantes semblent apporter une prévision favorable à partir de l'attitude du patient vis à vis de la thérapie ; les processus qui caractérisent les séances finales indiquent avec une clarté suffisante si le traitement s'est conclu positivement. Le patient est moins sujet à des émotions négatives, il exprime davantage sa colère et son agressivité, présente moins de résistance à exprimer ses problèmes. Quelques spécificités des processus sont décrites suivant les pathologies.

En conclusion, l'auteur estime que le PQS est une tentative de systématiser l'étude de la psychothérapie afin de mieux comprendre les mécanismes qui mènent à la résolution des problèmes du patient, en surmontant la dichotomie entre le processus et les résultats et en allant vers une intégration des deux. Cette démarche pourrait offrir une nouvelle clef de compréhension de la psychothérapie dans sa complexité.

---

129 Sirigatti Saulo . Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. Brief Strategic and Systemic Therapy European Review 2004 ; 1(): 194-207.

Cette étude n'est qu'un premier pas vers un approfondissement des questions soulevées et des observations recueillies.

2. Confrontation de trois approches et comparaison en pratique réelle. Ajout d'items pour un prototype de thérapie familiale (non scoré), 2005

Dans un article de 2005[130], Kramer et al. ont appliqué le PQS dans une recherche pour tenter de saisir si les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire. La méthode a été à nouveau d'identifier des prototypes dans trois approches et de les comparer à des psychothérapies en pratiques réelles.

L'instrument a été utilisé pour des premières séances de psychothérapie de six cas provenant de trois orientations différentes (psychodynamique, familiale–systémique, et comportementale et cognitive). Les résultats montrent que les thérapeutes appliquent bien leur méthode, mais utilisent également certaines techniques et adoptent des attitudes qui correspondent à d'autres approches. Cette étude exploratoire permet une réflexion sur les aspects communs et différentiels des différentes formes de psychothérapies au-delà des idéologies.

Construction de deux nouveaux prototypes du PQS (les auteurs ont ajouté cinq items qu'ils ont considérés très spécifiques de la thérapie familiale :

101 Le thérapeute aborde dans la séance les liens conjugaux, parentaux et filiaux.
102 Lors de la séance le thérapeute ou le patient accordent de l'importance aux liens intrafamiliaux.
103 Le thérapeute élabore des hypothèses fondées sur la réalité des relations avec la famille et avec les personnes significatives de l'entourage.
104 Le thérapeute accorde son attention aux événements marquants de la vie familiale à travers les générations.
105 Le thérapeute questionne le client autour de perceptions et de croyances des membres de sa famille.

En ce qui concerne la psychothérapie psychodynamique brève nous avions vu que les auteurs du PQS avaient conçu un prototype psychodynamique consensuel pour les trois types de traitements : psychanalyse, psychothérapie psychanalytiques longue, et psychothérapie psychodynamique brève. Dans cet article, le prototype pour cette technique est différent. Notons que les scores ne semblent pas avoir été fournis par la même méthode.

Les auteurs concluent que les thérapeutes font bien ce qu'ils disent faire mais en plus ils ont recours à d'autres pratiques valorisées par d'autres modèles. Ils font preuve de souplesse et adaptent leur intervention en fonction du contexte.

Le PQS s'est révélé intéressant pour comparer des processus thérapeutiques différents afin de spécifier leurs éléments communs et spécifiques.

130 Kramer U., de Roten Y., Despland J-N.. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques* 2005 ; 11(): 359-370.

3. Confrontation de trois approches dans le PTSD et comparaison avec les prototypes, 2006

Dans un article de 2006[131], Schottenbauer et *al.* présentent le résultat d'une étude dans laquelle 24 praticiens se déclarant d'approche psychodynamique/psychanalytique et cognitivo-comportementale ont réalisé un classement des items du PQS en référence à une pathologie spécifique, l'état de stress post traumatique.

Les thérapeutes d'orientation théoriques psychodynamique/psychanalytique comprenaient beaucoup plus de psychiatres (25%/4%) et de personnes avec des qualifications élevées (16,7%/4%) que les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale. Suivant la méthodologie de cette recherche, les différents thérapeutes ont été recrutés à partir d'une organisation professionnelle par liste de diffusion. Il leur a été présenté de façon aléatoire une courte étude de cas parmi les quatre qui existaient, décrivant des syndromes de stress traumatique différents (simples avec bon fonctionnement pré morbide, simples avec mauvais fonctionnement pré morbide, complexes sans traumas récents, complexes avec traumas récents). Il leur a été d'abord demandé quelles étaient les interventions qu'ils envisageraient pour ces patients. Dans un second temps, il leur a été demandé d'utiliser le PQS (tri de 100 formulations décrivant le processus psychothérapique) pour décrire quantitativement leur traitement idéal du patient donné. Dans un troisième temps, ils ont commenté leur travail.

Analyses du Q-sort. Les traitements prototypiques ont été créés en utilisant la technique (), une méthode pour analyser des données triées de questionnaire en transposant la matrice et en conduisant une analyse factorielle sur les données.

En premier lieu, les données des cliniciens psychodynamiques et cognitivo-comportementalistes ont été transposées et des analyses factorielles des composantes principales ont été conduites avec rotation varimax sur l'ensemble des données des cliniciens. Comme la rotation varimax ne convergeait pas, cette solution n'a pas été adoptée. Cependant, il faudrait noter qu'il existait dix facteurs dans les Eigen values étaient supérieurs à 1. Le premier facteur avait une Eigen values de 17,92 et représentait 36,56% de la variance, le second avait une Eigen values de 5,37 et comptait pour 10,97% de la variance et les 8 autres facteurs avaient des Eigen values entre 1,04 et 2,54, chacun comptant pour 2,11 à 5,18 % de la variance.

Ensuite, les données des cliniciens psychodynamiques et cognitivo comportementaux ont été transposées et les analyses factorielles de composantes principales avec rotation varimax ont été conduites sur les données des cliniciens psychodynamiques seuls, et cognitivo-comportementaux seuls. Les résultats ont montré 5 facteurs, parmi les cliniciens psychodynamiques et 4 facteurs pour les cliniciens TCC. Cependant, parmi les cliniciens

131 Schottenbauer Michele A., Arnkoff Diane B., Glass Carol R. and Gray Sheila Hafter.. Psychotherapy for PTSD in the Community: Reported Prototypical Treatments. Clinical psychology and psychotherapy 2006 ; 13 : 108-122

psychodynamiques les deux derniers facteurs avaient moins de trois cliniciens qui les avaient coté de façon élevée. Aussi ils furent extraits des analyses actuelles. Tous les autres facteurs avaient au moins trois cliniciens qui les avaient coté fortement en plus d'avoir des Eigen values au dessus de 1.

Ensemble des facteurs. Les 15 items avec les scores factoriels les plus haut et les 15 items avec les scores factoriels les plus bas sont présentés dans le tableau 1. Le premier facteur psychodynamique (psychothérapie d'expression) avait une Eigen values de 8,56 et expliquait 35,67% de la variance. Il incluait des items fortement cotés concernant l'utilisation de la relation thérapeutique, le développement de l'insight, la neutralité du thérapeute, la discussion des rêves et des fantasmes et la discussion de l'enfance des patients. Le second facteur psychodynamique (psychothérapie de soutien) avait une Eigen values de 2,64 et expliquait 10,99 de la variance. Il incluait des items hautement cotés suggérant une approche psychothérapique plus soutenante avec un thérapeute donnant son avis, renforçant des défenses et suggérant au patient des activités en dehors de la séance. Le troisième facteur psychodynamique (psychodynamique intégratif) avait une Eigen values de 1,71 et expliquait 7,14 de la variance. Il incluait des items hautement cotés tels que la discussion par le thérapeute des points de vue du patient, l'encouragement de son action et était attentif à la culpabilité du patient et insistait sur les sentiments du patient.

Le premier facteur cognitivo comportemental (TCC) avait une Eigen values de 12,36 et expliquait 49,42% de la variance. Il incluait des items fortement cotés tels que la structuration de la séance par le thérapeute, le fait qu'il enseigne le patient, qu'il discute les activités du patient en dehors des séances et qu'il explique la rationalité du traitement. Le second facteur CC (TCC, psychothérapie intégrative) qui avait une Eigen values de 1,56 et expliquait 6,25 de la variance, les items fortement cotés incluaient le fait que le thérapeute soit empathique et ne porte pas de jugement, que le patient soulève des questions et du matériel significatif qui sont ensuite liés au passé et où le thérapeute facilite la parole du patient pour dire l'essentiel. Le troisième facteur CC (humaniste, expérientiel/TCC) avait une Eigen values de 1,31 et expliquait 5,23 de la variance. Il incluait des items tels que le thérapeute ne porte pas de jugement, perçoit de façon précise le processus thérapeutique, attire l'attention du patient vers des sentiments perçus par le patient comme inacceptables et discute de thèmes cognitifs tandis que les items du patient incluait l'expérience d'un affect troublant et l'atteinte d'un nouvel insight. Le quatrième facteur cognitivo comportemental (TCC-TCC d'orientation relationnelle) avait une Eigen values de 1,02 et expliquait 4,07 % de la variance. Il incluait de nombreux items concernant la relation

thérapeutique, ainsi que la discussion de thèmes genitive et le thérapeute expliquant la rationalité du traitement.

Corrélations avec les prototypes d'Ablon et Jones. Les poids factoriels (comme scores de régression) ont été corrélés avec le facteur de régression des prototypes q-sort d'Ablon et Jones (1998 et 2002) afin de déterminer jusqu'à quel point ils correspondaient à des traitements communément établis, définis par des experts. Le facteur psychothérapie d'expression était corrélé avec le prototype psychodynamique d'Ablon et Jones (AJ-PD) avec une taille d'effet importante. Le facteur psychothérapie soutenante était significativement corrélée avec le prototype TCC d'Ablon et Jones (AJ-TCC) avec une taille d'effet importante et le prototype IPT d'Ablon et Jones (AJ-IPT) avec une taille d'effet moyenne. Le facteur psychodynamique intégratif était intégratif, corrélé de façon significative avec à la fois les prototypes (AJ-PD et AJ TCC) avec de larges tailles d'effet et avec AJ-IPT avec une taille d'effet petite à moyenne. Le prototype de thérapie CC était corrélé significativement avec AJ-TCC avec une large taille d'effet, AJ-IPT avec une taille d'effet moyenne et inversement et AJ-PD avec une taille d'effet moyenne. Le prototype psychothérapie TCC intégrative était corrélé de façon significative avec AJ-TCC avec une large taille d'effet, AJ-PD avec une taille d'effet moyenne à large et AJ-IPT avec une taille d'effet moyenne. Le prototype humaniste expérientielle TCC était significativement corrélé avec le prototype AJ-TCC avec une taille d'effet de moyenne à large et enfin le prototype psychothérapie TCC d'orientation relationnelle était corrélé de façon significative avec le prototype AJ-TCC avec une taille d'effet moyenne.

Les résultats ont fait apparaître une hétérogénéité significative parmi les cliniciens. Parmi ceux qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était psychodynamique, trois traitements prototypiques ont été découverts, et parmi les cliniciens qui avaient indiqué que leur orientation théorique primaire était cognitivo-comportementale, quatre traitements prototypiques ont été trouvés.
De façon générale, les prototypes dans l'étude réalisée étaient corrélés, sans leur être identiques, à des prototypes de thérapies psychodynamique, cognitivo-comportementale ou interpersonnelle qui ont été développés dans des études précédentes par Ablon et Jones, sur la base de cotations des experts. Les résultats de cette étude suggèrent qu'il peut y avoir une plus grande hétérogénéité dans le traitement du trauma parmi des cliniciens travaillant dans la communauté que ce que l'on pouvait supposer en relation à leurs orientations théoriques de référence.

d) Le PQS comme instrument de formation et de supervision, 2007

Dans un article de 2007[132], Goodman rapporte comment il utilise le PQS et le CPQ dans la supervision clinique de 4 registres de compétences : 1. l'adhésion à l'orientation théorique, c'est-à-dire, le degré de fidélité aux principes de base d'une orientation de base d'une orientation théorique et le degré de « pureté » de cette pratique vis-à-vis d'éléments caractéristiques d'autres orientations ; 2. les interventions spécifiques du thérapeute et leur adéquation avec les objectifs thérapeutiques sur lesquels il s'est accordé avec le patient ; 3. le comportement verbal et non verbal du patient et sa relation au transfert/ contre transfert ; 4. Les types de transfert et de contre-transfert que l'on peut retrouver dans la séance (Jones a référé ces types à des « structures d'interaction », une construction qui recouvre conceptuellement le « CCRT » de Luborsky). Le terme « structures d'interaction » implique que les réactions contre transférentielles du thérapeute contribuent aussi de façon significative à la configuration d'engagement de la dyade).

L'auteur rappelle que l'évaluation se fait à partir d'une séance de psychothérapie enregistrée ou videoscopée comme unité d'analyse.
L'auteur signale que la cotation d'un Q-sort prend environ 45 minutes. Les items organisés dans les catégories entre 1 à 9 forment une distribution normale qui facilite l'analyse statistique.
Les distributions résultant du PQS et du CPQ des séances de psychothérapie d'enfants et d'adultes ont une variété d'usages :
1. Une analyse factorielle des 100 items du Q-sort peut être conduite avec un minimum de 100 séances. Les facteurs qui en découlent décrivent le processus de la psychothérapie lié d'un patient ou d'un groupe de patients particuliers avec présentant un diagnostic psychiatrique particulier. Les facteurs issus de cet analyse du processus peuvent ensuite être utilisés pour prédire les mesures de résultats au niveau des symptômes (par exemple, à partir de la Symptom Checklist-90-R) et de résultats structurels quantifiés (par exemple, à partir de l'échelle de cognition sociale et l'échelle de relation d'objet (Social Cognition and Object Relations Scale)). Avec le PQS et le CPQ, la question empirique de très grand intérêt pour les changements est passer de "quelle psychothérapie marche ?" à "comment elle marche ?".

---

132 GOODMAN Geoff. psychoanalytic research : progress and process II "I feel stupid and contagious" : quantitatively based methodes of assessing supervisee competence in clinical supervision.. psychologist-psychoanalyst. Official publication of division 30 de l'APA 2007 ; 27(3): 16-22.

2. Le PQS a été utilisé également pour construire les prototypes idéaux de séances de psychothérapie adultes de différentes orientations théoriques (voir Jones et al). Les corrélations entre la distribution du q-sort de chaque séance de psychothérapie et la distribution des prototypes du Q-sort réalisés par des experts reflètent l'étendue suivant laquelle une séance particulière adhère aux principes d'une orientation théorique idéale particulière. Ces niveaux d'adhésion peuvent ensuite être traités comme des scores susceptibles de prédire les mesures de résultats.

3. (innovation de Goodman) veut démontrer que les superviseurs cliniques peuvent utiliser la méthode quantitative du PQS et du CPQ pour évaluer les 4 domaines de compétences en supervision clinique.

Goodman fait part de son expérience de la façon dont trois de ses étudiants, en supervision clinique ont apprécié le PQS et le CPQ. A savoir, que leurs valeurs n'est pas seulement dans la connaissance de ce qui constitue l'orientation psychodynamique mais aussi dans l'amélioration de l'observation des comportements verbal et non verbal de leurs patients, leurs configurations d'interactions avec leurs patients et leurs propres interventions. Les supervisés et Goodman ont pu identifier des modèles caractéristiques de transfert et contre transfert en examinant les distributions au Q-sort de leurs séances. La conscience de ces modèles produit des changements positifs dans les interventions des supervisés et en retour accroit la conscience chez le patient.

Par ailleurs, Goodman a corrélé sa propre cotation du PQS et du CPQ en relation à ce qu'elle considère que l'orientation psychodynamique recouvre habituellement et elle a demandé à trois supervisés de faire la même chose. Elle a ensuite corrélé chacun de ces Q-sort prototypiques avec celui constitué par des experts psychodynamiciens. Les différences ont été utilisées pour reprendre avec les supervisés certains éléments essentiels de la psychothérapie psychodynamique. Une autre façon d'utiliser la cotation a été de demander à chacun des supervisés de coter un PQS immédiatement après une séance et de lui envoyer leurs cotations avant la réunion hebdomadaire de supervision. Elle précise que les superviseurs peuvent demander à chacun des étudiants de leur fournir un enregistrement de la séance que le superviseur pourrait coter, ce qui permettrait de réaliser une corrélation entre sa propre cotation et celle du superviseur. De façon à ce que cette démarche soit moins lourde il a demandé aux supervisés les dix items placés dans les piles extrêmes 1 et 9.

L'analyse des interactions peut également révéler, à partir des enregistrements, un décalage entre le cours de la parole du patient et les incitations du thérapeute à ce qu'il

parle, révélant, après discussion chez le supervisé une inquiétude que la patient s'arrête de parler, ce qui n'était pas justifié à priori.

- LES VERSIONS ENFANTS ET ADOLESCENTS DE L'INSTRUMENT

1. CPQ développé par Celeste Schneider et al., 2004

Pour Celeste Schneider[133], il existe deux buts principaux de l'instrument. Le premier est d'établir des prototypes ou constellations d'items représentant les aspects du processus thérapeutique et de l'action jugée la plus pertinente suivant différents points de vue théoriques. Ces prototypes pourraient ainsi être utilisés dans d'autres études et la discussion à propos de la nature de l'action et le processus psychothérapeutique dans différents modes et conceptualisation des thérapies d'enfants.

Le second but est d'évaluer et de mettre en valeur la capacité descriptive de cet instrument par les comptes rendus des experts cliniciens du degré suivant lequel cet instrument décrit la thérapie de manière robuste et polyvalente.

La validation du CPQ s'est réalisée au terme de 4 années et autour de 3 études.

2. APQ développé par Michael Bambery et al., 2007

Une étude de 2007[134], de Bambery et al. présente les résultats initiaux pour le développement d'une version adolescent du Child Psychotherapy Q-set (CPQ, Scheider, 2003). Le CPQ est une mesure du processus psychothérapique qui utilise la méthodologie du tri pour définir le processus de la psychothérapie dans une forme empirique appropriée pour une analyse quantitative. Ce nouvel instrument, l'*Adolescent Psychotherapy Process Q-set* (APQ) a été développé pour être pan théorique dans l'évaluation du processus de psychothérapie avec les adolescents. Un comité d'experts théoriciens et praticiens des thérapies psychodynamiques (PD) et cognitivo-comportementales (TCC) ont coté les 100 items de l'APQ, et ces cotations ont fait l'objet d'une analyse factorielle pour développer des prototypes généraux de la thérapie idéalement conduite dans chaque orientation respective.

L'accord entre et parmi les experts a été examiné afin de déterminer la fiabilité, et le désaccord partagé entre chaque prototype. Les fiabilités de coefficient alpha étaient hautes pour les orientations PD (.94) et CB (.93). Une corrélation significative entre les points de facteur de chaque prototype ($r = .31$; $p \leq .01$) a été trouvée. Dans une deuxième étude, un exemple de cas

---

133 Schneider, Celeste. The Development and First Trial Application of the Child Psychotherapy Q-Set. IPA. http://www.ipa.org.uk/default.aspx?page=282&file=schneider&lang=fr

134 Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS.. Measuring psychotherapy process with the adolescent psychotherapy Q-set (APQ) : development and applications for training. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2007 ; 44(4): 405-422.

est fourni pour démontrer les applications de l'APQ et les prototypes dans la formation et la supervision de la psychothérapie.

Rajouter article Poster et voir pour le dernier sortié…

- MÉTHODOLOGIE ET PRATIQUE DU PQS

1. Méthodologie du Q-sort

La méthodologie du Q-sort, n'est pas nouvelle. Son créateur, William Stephenson (1902-1989) la présente dans un ouvrage qu'il publie 1953 [135] près plusieurs années de travail et d'élaboration pour la mettre au point. Cette méthodologie prend son origine dans l'analyse factorielle, mise au point par Charles Spearman (1863-1945) dont il fut un proche collaborateur. Pour mémoire, l'analyse factorielle a permis à Spearman d'établir un facteur G (général) qui était commun à toutes les épreuves d'intelligence, au cours de tests spécifiques, et qu'il a interprété comme une capacité différentielle, innée, d'énergie mentale et de raisonnement logique.

Stephenson a remis en question cette interprétation issue de l'analyse factorielle en faisant valoir que des dimensions importantes échappaient à l'observation des évaluateurs et des chercheurs. C'est ainsi qu'il a proposé la méthodologie du Q-sort qui permet de prendre en compte les différences intra individuelles que l'on rencontre particulièrement dans l'étude des cas isolés. La méthodologie du Q-sort permet à la fois de factoriser les variables, de les corréler et de prendre en compte leur importance dans une situation donnée.

La première étape est de recueillir chez panel d'experts un grand nombre de formulations de la question à l'étude de façon à cerner le plus largement possible et de façon concrète, la description d'un contexte particulier (pour le PQS, il s'agit du processus de la psychothérapie et comme nous l'avons vu précédemment, le panel d'experts pour en établir les 100 formulations était issu de différentes approches théoriques).

La seconde étape est de déterminer la distribution attendue selon une courbe gaussienne établie en fonction du nombre d'énoncés.

Ces formulations sont ensuite soumises à un évaluateur à partir de données (transcription, vidéo, enregistrements, images…). Il doit attribuer à chacune d'elle une valeur (définie pour le questionnaire). Par exemple pour le PQS, les valeurs s'étendent de +4 à – 4 suivant 9 catégories (cf. tableau ci-dessous).

135 Stephenson, W. (1953). The study of behavior : Q-technique and its methodology. Chicago : University of Chicago Press.

C	1	2	3	4	5	6	7	8	9
V	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Nb	5	8	12	16	18	16	12	8	5

C = catégories, V = valeur (moins caractéristiques, neutre, plus caractéristiques), Nb = nombre d'items dans chaque catégorie

[à ce stade, les formulations non pertinentes sont éliminées, ce qui suppose qu'il y ait au départ un nombre plus important de formulations que celui qu'il est envisagé de conserver]

Un nombre déterminé d'énoncés doit se trouver dans chacune des catégories (ici 9) auxquelles une valeur est attribuée (du plus au moins caractéristique, en passant par une valeur 0). Du fait de cette obligation (tri forcé), l'observateur est amené à ordonner les énoncés suivant la valeur qu'il lui accorde dans le cas précis (séance de psychothérapie transcrite). Par exemple, admettons que l'énoncé 22. *La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient* soit « très caractéristique de la séance +4 » et que 5 énoncés soient déjà classés dans +4, l'observateur devra évaluer, quel est l'élément qui semblerait un peu moins caractéristique que les autres afin de le situer dans une valeur inférieure.

La méthodologie permet une analyse assez fine mais bien entendu, elle présente aussi une difficulté parfois pour classer les énoncés dans les « petites » valeurs (+1, -1) et surtout les éléments considérés comme neutre ou non pertinents (0).

Il ne faut pas nier non plus que le classement des énoncés nécessite de relire plusieurs fois, les énoncés et l'objet sur lequel l'évaluation se fait (en ce qui nous concerne, des séances de psychothérapie).

2. Application de cette méthodologie pour le PQS

Reprendre les éléments ci-dessus concernant le PQS/méthodologie du Q-sort.

3. Description et pratique du PQS

Le PQS[136] constitue un langage commun pour décrire et classer le processus de la thérapie à partir de 100 items. Chaque item est conçu pour pouvoir répondre à une observation et éviter la référence directe à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. Chaque item ou variable est également utilisé comme un descripteur en relation à tous les autres, de telle façon qu'ils se définissent l'un et l'autre et constituent leur contexte mutuel. Le PQS permet également de suivre au cours du temps les variations importantes qui se produisent dans les modèles ou les configurations du processus de la thérapie. Les descriptions sont conçues pour suggérer un certain nombre d'explications plutôt que d'apporter des prévisions empiriques simples. La stratégie combinée de description multidimensionnelle et d'identification des associations entre les configurations du processus et les résultats, permet de dépeindre l'évolution du processus au cours du temps

136 Le manuel complet d'utilisation dans sa version française est disponible sur demande

et de commencer à saisir l'interaction des multiples influences qui constituent la psychothérapie.

Le PQS permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir un index significatif du processus thérapeutique qui puisse être utilisé dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies. La fiabilité inter-cotateurs du PQS s'est avérée satisfaisante et cohérente et ceci avec cohérence pour une grande variété d'études et d'échantillons de traitement, [définition du r] r allant de 0,83à 0,89 pour deux juges, et de 0,89 à 0,92 s'il y avait de 3 à 10 juges. On trouvera dans une série d'articles (Jones et al., 1988, Jones, Hall & Park, 1991 ; Jones & Pulos, 1993) une description de la construction de l'instrument ainsi que des données supplémentaires sur sa fiabilité et sa validité (Jones et al. 1993). Le PQS utilise la méthodologie du tri forcé. Cette méthodologie conduit à hiérarchiser l'importance de chaque item descriptif. Elle oblige à classer un nombre défini d'items dans les 9 catégories qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (-4), en passant par une case neutre (0). Chacun des items est accompagné d'un commentaire pour en faciliter la cotation.

Le PQS comprend trois catégories d'items qui portent respectivement sur :

1. Les attitudes, les sentiments, le comportement ou l'expérience du patient.

2. Les actions et les attitudes du thérapeute.

3. La nature des interactions au sein de la dyade, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Chaque catégorie d'items est distribuée ainsi : a/ les comportements du thérapeute (n=41), b/ les comportements du patient (n=40), et c/ les interactions thérapeute-patient (n=19).

Présentation de Sirigati à utiliser).

Exemples des différents types d'items : 1er type : Item 26. Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux).

• Placer vers caractéristique si le patient exprime des sentiments de honte, de culpabilité, de peur, ou de tristesse au cours de la séance. Un placement extrême indique l'intensité de l'affect. • Placer vers non caractéristique si le patient n'exprime pas de tels sentiments pénibles, ou exprime des sentiments de confort et de bien-être.

2ème type : Item 2. Le thérapeute porte attention au comportement non verbal du patient, c-à-d, à la position du corps et à la gestuelle. • Placer vers caractéristique si le thérapeute porte attention au comportement non-verbal du patient, tel que des expressions faciales, rougeur, rire, gorge nouée, ou les mouvements de corps. Par exemple, le thérapeute précise que bien

que le patient dise qu'il (elle) est fâché, il sourit. • Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas d'éléments sur le comportement non verbal.

3ème type : Item 39. La relation présente une qualité concurrentielle. • Placer vers caractéristique si soit le patient soit le thérapeute semble en compétition avec l'autre. Cela peut prendre la forme de vantardise, d'une attitude de surenchère, ou de rabaisser l'autre ; par exemple le patient suggère que le thérapeute vit une vie cloîtrée alors qu'il vit lui-même et travaille dans le monde réel. • Placer vers non caractéristique s'il y a peu ou pas de sentiment de compétitivité entre le patient et le thérapeute.

Il existe trois ordres de cotations :

• Caractéristique = présence d'éléments caractéristiques selon définition.

• Neutre = non pertinent ou sans importance dans la séance.

• Non caractéristique = absence d'un comportement ou d'une expérience remarquable. Les évaluateurs sont parfois incertains pour placer un item dans la catégorie « neutre », ou dans la catégorie « non caractéristique ». Un élément devrait être placé dans la catégorie « neutre » quand il est vraiment non pertinent ou sans importance dans le contexte clinique actuel. Un placement plus extrême (-3 ou -4) dans le « non caractéristique » signale que l'absence d'un comportement ou d'une expérience particulière est remarquable. En d'autres termes, un événement dont il serait important de noter l'absence afin de réaliser une description plus précise de la séance devrait être classé dans la catégorie « non caractéristique » plutôt que « neutre ».

Par exemple, l'item 92. Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé. • Placer vers caractéristique si plusieurs liens ou des connexions essentiels sont réalisés entre les perceptions par le patient, d'une expérience ou d'événements actuels avec celles et ceux du passé ; par exemple, le thérapeute fait remarquer (ou le patient réalise) que des peurs actuelles d'abandon proviennent de la perte d'un parent durant l'enfance. • Placer vers non caractéristique si les expériences actuelles et passées sont discutées mais non reliées ouvertement. • Placer vers la catégorie neutre si ces sujets ne sont que très peu discutés ou pas du tout.

Un logiciel permet de faire une cotation informatisée, ce qui facilite le travail et en réduit le temps.

- PERSPECTIVES

1. Méthodologie de recherche française utilisant le PQS

2. Devenir de l'utilisation du PQS en France à partir d'études concernant la pathologie borderline et l'autisme dans le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

- CONCLUSION

- ANNEXES ARTICLE

Prototypes des différentes thérapies réalisés par des experts de la technique : psychodynamique, Comportementale et cognitive, Interpersonnelle et Intégrative (CMT)

1. Prototypes pour la psychothérapie psychodynamique (les 20 les plus caractéristiques)

90	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.71
93	Le thérapeute est neutre	1.57
36	Le thérapeute pointe l'utilisation patient de mécanismes de défense (annulation, dénégation) par le patient.	1.53
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	1.47
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute et empathique	1.46
67	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients	1.43
18	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (NB Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation).	1.38
32	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou atteint un insight	1.32
98	La relation thérapeutique est au centre de la discussion.	1.28
46	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.24
50	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation)	1.17
11	Les éprouvés et les expériences sexuels sont discutés.	1.12
82	Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute dans une perspective qu'il n'avait pas identifiée précédemment.	1.12
35	L'image de soi est un point central de discussion	1.11
91	Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.	1.08
92	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.	1.05
62	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient	*0.95*
3	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	0.92
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	0.88
22	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	0.87

Note. Les scores sont issus du classement de psychothérapeutes experts pour la psychothérapie psychodyamique *(N* = 11)

2. Prototypes pour la psychothérapie comportementale et cognitive (les 20 les plus caractéristiques)

38	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	1.93

30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances	1.68
4	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.51
85	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres	1.49
17	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	1.45
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.43
23	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.38
31	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration	1.37
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.35
27	Le thérapeute donne un avis explicite et des conseils (vs diffère même quand il est pressé de le faire)	1.32
80	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente	1.28
86	Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (Vs incertain ou sur la défensive).	1.21
37	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique)	1.17
73	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie	1.14
57	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.13
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs	1.09
72	Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	1.08
95	Le patient se sent aidé	1.06
28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	1.05
48	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.02

4. Prototypes pour la psychothérapie Interpersonnelle (les 20 les plus caractéristiques)

63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central.	2.22
81	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément	1.65
33	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	1.62
64	L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion	1.58
57	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.55
23	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.39
75	Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	1.32
66	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.29
02	Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, par exemple la posture corporelle, les gestes	1.27
40	Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (NB le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées).	1.25
16	Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de santé	1.20
03	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	1.19
65	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	1.15
79	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	1.13
04	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.10
69	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.09
48	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.09
26	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux)	1.05
96	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires	0.94
28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	0.91

3. Prototypes pour la psychothérapie Intégrative (Control Mastery) (les 10 les plus caractéristiques)

28	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	2.11
22	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	1.91
66	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.69
46	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.61
20	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (NB un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile).	1.55
90	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.45
43	Le thérapeute propose une signification du comportement des autres.	1.41
45	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.33
41	Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion	1.32
68	Les significations réelles vs fantasmées de l'expérience sont activement différenciées	1.26

4. Prototypes des différentes psychothérapies dans l'ordre classés des items

Reclasser les items dans l'ordre permet de montrer les items communs parfois entre deux thérapies.

02	IPT	Le thérapeute attire l'attention sur le comportement non verbal du patient, par exemple la posture corporelle, les gestes	1.27
3	PD	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	0.92
03	IPT	Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient	1.19
4	TCC	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.51
04	IPT	Les objectifs du traitement du patient sont discutés	1.10
6	PD	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute et empathique	1.46
11	PD	Les éprouvés et les expériences sexuels sont discutés.	1.12
16	IPT	Il y a discussion des fonctions corporelles, des symptômes physiques ou de santé	1.20
17	TCC	Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).	1.45
18	PD	Le thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (NB Le placement vers non caractéristique indique une désapprobation, un manque d'acceptation).	1.38
20	CMT	Le patient est provocateur, teste les limites de la relation thérapeutique (NB un placement vers une extrémité non caractéristique implique que le patient se comporte de manière docile).	1.55
22	PD	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	0.87
22	CMT	La thérapie se centre sur les sentiments de culpabilité du patient	1.91
23	TCC	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.38
23	IPT	Le dialogue porte sur un point spécifique	1.39
26	IPT	Le patient ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux)	1.05
27	TCC	Le thérapeute donne un avis explicite et des conseils (vs diffère même quand il est pressé de le faire)	1.32
28	TCC	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	1.05
28	IPT	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	0.91
28	CMT	Le thérapeute perçoit clairement le processus thérapeutique	2.11
30	TCC	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple, sur des d'idées ou des systèmes de croyances	1.68
31	TCC	Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration	1.37

32	PD	Le patient réalise une nouvelle compréhension ou atteint un insight	1.32
33	IPT	Le patient parle de sentiments au sujet d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un.	1.62
35	PD	L'image de soi est un point central de discussion	1.11
36	PD	Le thérapeute pointe l'utilisation patient de mécanismes de défense (annulation, dénégation) par le patient.	1.53
37	TCC	Le thérapeute se comporte de manière professorale (didactique)	1.17
38	TCC	Il y a discussion d'activités ou de tâches spécifiques que le patient doit tenter de réaliser en dehors de la séance.	1.93
40	IPT	Le thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient (NB le placement vers non caractéristique indique que le thérapeute fait des interprétations générales ou non personnalisées).	1.25
41	CMT	Les aspirations ou les ambitions du patient sont des sujets de discussion	1.32
43	CMT	Le thérapeute propose une signification du comportement des autres.	1.41
45	TCC	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.43
45	CMT	Le thérapeute adopte une attitude de soutien	1.33
46	PD	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.24
46	CMT	L'analyste communique avec le patient dans un style clair et cohérent	1.61
48	TCC	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.02
48	IPT	Le thérapeute encourage l'indépendance d'action et d'opinion du patient	1.09
50	PD	Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par le patient comme inconfortables (colère, envie, excitation)	1.17
57	TCC	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.13
57	IPT	Le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique	1.55
62	PD	Le thérapeute identifie un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite du patient	*0.95*
64	IPT	L'amour ou les relations sentimentales sont un sujet de discussion	1.58
65	IPT	Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit le patient.	1.15
66	IPT	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.29
66	CMT	Le thérapeute est directement rassurant (NB Placer vers non caractéristique si le thérapeute a tendance à se retenir de rassurer directement)	1.69
67	PD	Le thérapeute interprète des désirs, des sentiments ou des idées refoulés ou inconscients	1.43
68	CMT	Les significations réelles vs fantasmées de l'expérience sont activement différenciées	1.26
69	TCC	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.35
69	IPT	La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée dans la discussion	1.09
72	TCC	Le patient comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu.	1.08
73	TCC	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie	1.14
75	IPT	Les interruptions ou les ruptures dans le traitement ou la fin de la thérapie sont discutées.	1.32
79	PD	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	0.88
79	IPT	Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect du patient.	1.13
80	TCC	Le thérapeute présente une expérience ou un événement dans une perspective différente	1.28
81	IPT	Le thérapeute insiste sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément	1.65
82	PD	Le comportement du patient pendant la séance est reformulé par le thérapeute dans une perspective qu'il n'avait pas identifiée précédemment.	1.12
85	TCC	Le thérapeute encourage le patient à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres	1.49
86	TCC	Le thérapeute a confiance en lui ou est plein d'assurance (Vs incertain ou sur la défensive).	1.21

88	TCC	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs	1.09
90	PD	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.71
90	CMT	Les rêves ou les fantasmes du patient sont discutés.	1.45
91	PD	Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion.	1.08
92	PD	Les sentiments ou les perceptions du patient sont liés aux situations ou comportement du passé.	1.05
93	PD	Le thérapeute est neutre	1.57
95	TCC	Le patient se sent aidé	1.06
96	IPT	Il y a discussion sur l'établissement des horaires de rendez-vous ou des honoraires	0.94
98	PD	La relation thérapeutique est au centre de la discussion.	1.28
100	PD	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	1.47

5. Items concernant l'Alliance thérapeutique dans le PQS (In Price & Jones 1998)

Q95	P feels helped	.40****
Q55	P conveys positive expectations about therapy	.38***
Q32	P achieves a new understanding or insight	.37***
Q73	P is committed to the work of therapy	.36***
Q97	P is introspective, readily explores inner thoughts and feelings	.36***
Q72	P understands the nature of therapy and what is expected	.27*
Q88	P brings up significant issues and material	.25*
Q46	T communicates with patient in a clear, coherent style	.24*
Q78	P seeks T's approval, affection, or sympathy	.23*
Q45	T adopts supportive stance	.22*
Q06	T is sensitive to P's feelings, attuned to P; empathic	.21*
Q28	T accurately perceives the therapeutic process	.19
Q86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive)	.14
Q18	T conveys a sense of nonjudgmental acceptance	.13
Q10	P seeks greater intimacy with T	.05
Q53	P is concerned about what T thinks of him or her	(-.06)

*Note. * p < .05. ** p* .01. ****p* < .005. ****p* < .001.

5. Sélection d'articles de A. Kazdin concernant la recherche sur les mécanismes de changement et recommandations la concernant.

- Kazdin AE. Evidence-based treatment research: Advances, limitations, and next steps. *American Psychologist* 2011, 66(8): 682-698.
- Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research* 2009 ; 19 (4&5) : 418–428.
- Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol.* 2008 ; 63(3):146-59.
- Kazdin AE. Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2007. 3:1–27.
- Kazdin AE & Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003 ; 44 (8) :1116–1129.
- Kazdin A.E., Kendall P.C. (1998). Current Progress and Future Plans for Developing EffectiveTreatments : Comments and Perspectives. *Journal of Clinical Psychology,*1998; 27 (2) : 217-226.

Prototypes de processus thérapeutiques idéaux

Application du PQS

- METHODES DE CONSTRUCTION DES PROTOTYPES DE THERAPIES IDEALES

Une revue de la littérature des méthodes utilisées pour construire, à l'aide du PQS ou ses dérivés, un prototype des différents types d'interventions psychothérapeutiques fait constater que la méthode utilisée par Ablon & Jones (1998) est une référence. Elle a été utilisée à plusieurs reprises (Kramer & al, 2005 ; Bambery & al, 2005). Elle nécessite 3 étapes :

1. Faire remplir le PQS par des experts, en imaginant le déroulement idéal d'une thérapie selon leurs principes théoriques.

2. Réaliser une analyse factorielle afin de vérifier que chaque principe théorique correspond à un facteur, expliquant l'essentiel de la variance.

3. Réaliser une régression linéaire, afin de déterminer la contribution de chacun des 100 items à chaque facteur.

On peut cependant constater que les items les plus caractéristiques obtenus dans l'article de Kramer, avec l'APQ, et ceux obtenus chez Ablon & Jones, avec le PQS, sont très différents. Cela témoigne de l'influence du type de patient à qui s'adresse la thérapie sur la théorie.

Une autre méthode consiste à remplir les PQS en observant le déroulement de plusieurs séances de thérapie. Les patients étudiés sont très hétérogènes.

Pole & al (2008) ont utilisé les mêmes modalités d'analyse qu'Ablon & Jones, en partant de l'analyse des séances d'une patiente dépressive.

1. Jones & Pulos (1993)

Jones EE, Pulos M. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1993;61(2):306-316.

a) Les populations étudiées

1. *Psychodynamique*

Jones EE, Parke LA, Pulos M. How therapy is conducted in the private consulting room: a multiimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*. 1992;2(1):16-30.

Patients : 30 patients, ayant eu des évaluations pré et post-thérapie et des enregistrements audio de l'ensemble des séances.

Critères d'inclusion : Nécessité de l'accord du patient pour participer à l'étude, de la confirmation par une tierce personne que le patient tire un bénéfice de la thérapie, et qu'il ait dans son histoire des relations interpersonnelles significatives.
Critères d'exclusion : psychose, trouble organique, déficience mentale, abus de substances ou risque suicidaire.
Au total, les pathologies des patients inclus ont été : dépression, dysthymie, dépression atypique, phobie, trouble panique, anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, troubles de conversion, douleur psychogénique, hypochondrie, trouble dissociatif, troubles psychosexuels.
Thérapeutes : 15 thérapeutes appliquant thérapie psychodynamique (psychiatre, psychologue ou travailleur social).

2. *TCC*

Hollon SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1991 Feb;59(1):88-99.

Patients : A partir d'une étude comparant l'efficacité de TCC +/- tricycliques dans le traitement de la dépression.

32 patients étudiés, pour lesquels les données ont été recueillies par le patient, le clinicien ou par les enregistrements audio de la séance. Les patients sont suivi sur 6 à 14 mois.

Critère d'inclusions : diagnostiqué pour EDM, BDI > 20, HDRS > 17.

Critères d'exclusion : dépendance à une drogue, risque suicidaire.

Thérapeutes : 1 psychologue clinicien et 3 travailleurs sociaux.

b) Méthode

Le PQS a été rempli par 10 juges (chercheurs et étudiants en psychologie, formés à la technique du Q-sort) à partir des transcriptions des heures de thérapie (cotations de 1 à 9)
Les séances 1, 5 et 14 de chaque cas (N=186) ont été randomisées et cotées indépendamment par 2 juges, en aveugles. Si la cor < 0,50 entre les 2 cotations, un troisième juge a été ajouté.
La corrélation inter-juge a été mesurée en utilisant le test de nullité de la corrélation de Pearson.

L'analyse du PQS a été réalisée en 2 étapes :

32. La première a consisté à identifier les items les plus et les moins caractéristiques de chaque étude.

33. La seconde a consisté en l'analyse des différences entre chaque type de thérapie (psychodynamique ou TCC).

Pour identifier l'item qui caractérise de manière la plus forte chaque traitement, la moyenne des 100 items a été calculée pour les heures 1, 5 et 14 de chaque patient. Les items ont été ordonnés, et les 10 items les plus et les moins caractéristiques ont été identifiés.

2. Ablon & Jones (1998)

Ablon JS, Jones EE. HOW EXPERT CLINICIANS' PROTOTYPES OF AN IDEAL TREATMENT CORRELATE WITH OUTCOME IN PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. *Psychotherapy Research*. 1998;8(1):71-83.

Panel d'experts (11 psychodynamiques et 10 cognitivo-comportementalistes – expérience moyenne de 28,4 ans).

Il a été demandé aux experts de coter les 100 items du PQS, de 1 à 9, en caractérisant chaque item selon les principes théoriques d'une thérapie idéale.

Après avoir rempli le PQS, il a été demandé aux experts si un aspect important du processus thérapeutique n'était pas été abordé par les 100 items.

Analyse :

- Calcul du coefficient alpha de Cronbach : le coefficient alpha élevé pour les deux thérapies.
- Calcul des corrélations entre les experts d'une même théorie : les coefficients sont élevés.
- Analyse factorielle : l'analyse factorielle confirme la consistance dans chacun des deux groupes. L'analyse factorielle du PQS a été réalisée en considérant que les 21 experts étaient les variables corrélées aux 100 items. L'analyse factorielle (rotation varimax) identifie 2 facteurs (eigenvalue supérieures à 1 et expliquant 69.3% de la variance): le facteur 1 associé aux 11 experts psychodynamiques, et le facteur 2 associé aux 10 experts cognitivo-comportementalistes.
- Régressions linéaires : des régressions linéaires ont été réalisées pour déterminer la contribution de chaque item à chacun des 2 facteurs. Les « scores de facteurs » représentent la somme pondérée de chaque item.

Les 20 items ayant les scores les plus élevés pour chaque technique sont donnés, **mais l'ensemble des 100 items a été utilisé pour définir les processus idéaux.**

3. Ablon & Jones (1999)

Ablon, JS, Jones EE. Psychotherapy process in the National Institute of mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Programm. *Journal of Counseling Psychology*. 1999;67:64-75.

a) La population étudiée

Patients : 250 patients ambulatoires âgés de 21 à 60 ans.

Critères d'inclusion : Présentent les "Research Diagnostic Criteria" pour un épisode dépressif majeur, score HDRS > 14

Critères d'exclusion : Troubles bipolaires ou troubles psychotiques, traitement psychiatrique concomitant, contre-indication aux l'imipraminiques, nécessité d'une intervention urgente (risque suicidaire élevé).

Les patients sont randomisés en 4 groupes. Les séances sont enregistrées.

Thérapeutes :

Les techniques thérapeutiques interpersonnelles (IPT) et cognitivo-comportementales (CBT) ont été réalisées en suivant des manuels détaillés.

10 thérapeutes ont réalisé des IPT, 8 ont réalisé des CBT. Ils avaient en moyenne 11 ans d'expérience clinique.

b) Méthode

Le PQS, dans cette étude, a été rempli par 9 chercheurs en psychologie ou étudiants en master. Ils ont tous été entrainés à la technique du Q-sort.
Les sessions 4 et 12 ont été sélectionnées pour 35 patients dans les groupes IPT et 29 dans le groupe CBT. Quand ces sessions n'étaient pas disponibles, la session la plus proche était retenue.
L'ensemble des sessions (N=128) a été randomisé, et les cotations ont été réalisées indépendamment par 2 juges en aveugle.
Lorsque la corrélation entre les deux cotations était faible (r = .50), Jones E réalisait une troisième cotation.

- Le calcul du coefficient alpha pour l'ensemble des thérapies est élevé (0.82) ; Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les coefficients alpha des 2 techniques. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les coefficients alpha des différents stades de thérapie.
- La comparaison dans les deux techniques thérapeutiques a été réalisée en 2 étapes :
    - Les items les plus et les moins caractéristiques du processus ont été identifiés.
    - Puis, les différences entre les deux types de thérapie ont été identifiées.
- La moyenne de chacun des 100 items (sur les 70 heures étudiées en IPT, et 58 en CBT) a été calculée pour déterminer l'item qui décrit au mieux la technique thérapeutique. Les items ont été ordonnés et les 10 items les plus caractéristiques et les 10 moins caractéristiques de chaque technique ont été identifiées.

4. Kramer (2005)

Kraemer HC, de Roten Y, Despland JN. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques.* 2005;11:359-70.

a) La population étudiée

Patients : 6 patients tout-venant, venus consulter un service ambulatoire avec une demande générale de psychothérapie, ont été attribués au hasard à l'une des 3 formes d'intervention ultrabrève (4 séances) suivantes : intervention psychodynamique brève (IPB), intervention d'inspiration comportementale et cognitive (ICC) et intervention d'inspiration familiale systémique (IFS).

Thérapeutes : Trois psychothérapeutes expérimentés (un par type de thérapie), avec au moins cinq ans de pratique et une expertise reconnue dans son modèle, ont participé à l'étude.

b) Méthode

Comme Ablon & Jones (1998).
10 experts ont permis de construire un prototype de thérapie familiale–systémique, et six experts un prototype de l'intervention psychodynamique brève.

Analyse non détaillée.
Ils ont semble-t-il travaillé uniquement avec les 10 items les plus caractéristiques. Ils n'utilisent pas les « scores de facteur ».

5. Bambery, Porcerelli & Ablon (2005)

Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS. MEASURING PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH THE ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY Q-SET (APQ): DEVELOPMENT AND APPLICATIONS FOR TRAINING. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2007;44(4):405-22.

22 experts (12 pour la psychodynamique (PD) et 10 pour la CB cognitivo-comportementale (CB)) ont été recrutés en vue de la réalisation de prototypes de thérapies idéales psychodynamique (PD) et cognitivo-comportementale (CB), en appliquant le APQ (*Adolescent Psychotherapy Process Q-Set,* une adaptation du CPQ *Children Psychotherapty Process Q-Set*, qui est lui-même une adaptation du PQS). Ces experts se sont fait connaitre pour avoir publié des articles référencés dans PubMed ou PsycINFO, ou avoir écrit des livres, sur les psychothérapies chez les adolescents.

Les experts ont du remplir l'APQ, en cotant chaque item de -4 à 4, en suivant l'instruction suivante :
« SVP, cotez la caractéristique de chacun de ces différents items selon votre compréhension de la conduite idéale d'une séance de thérapie pour un adolescent qui adhère à votre orientation théorique ». Les experts ont eu la possibilité de compléter l'APQ en rajoutant des items.

Analyse :

- Calcul du coefficient de Cronbach : le coefficient alpha élevé pour les 2 techniques (.93 pour PD, .94 pour CB).
- Création des prototypes à l'aide de la Q-technique, permettant la corrélation d'un faible nombre de participants à un plus grand nombre d'items (comme chez Ablon & Jones, 1998) :
    - Les 22 experts représentent les variables à corréler aux 100 items du APQ (N=100). Une analyse factorielle est réalisée, avec rotation oblique. Les facteurs initiaux retenus ont été déterminés comme ayant une eigenvalue > 1.0 après une rotation oblique (expliquant 70.1% de la variation dans les corrélations des différents experts). Les choix des facteurs a été confirmée à l'aide d'une analyse parallèle, pour montrer que les facteurs qui émergent le sont de manière supérieure à la seule chance (utilisation de 100 données aléatoires avec 22 variables générées et 100 participants générés).
      Les experts PD ont tous été associés au facteur 2, et les experts CB au facteur 1.
    - Puis, une régression linéaire est réalisée pour déterminer la contribution de chaque item aux 2 facteurs. Les items avec le score le plus élevé définissent le plus le facteur.

Les résultats des 25 items ayant les scores les plus élevés pour chaque technique sont donnés, mais l'ensemble des 100 items ont été utilisés pour définir les processus idéaux.

6. Pole, Ablon & O'Connor (2008)

Pole N, Ablon JS, O'Connor LE. Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long-Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology*. 2008;55(2):221-232.

a) La population étudiée

Patient : Mme M. âgée de 35 ans, présentant un Episode Dépressif Majeur selon de DSM-IV, sans avoir de désordres selon l'axe I et l'axe II, suivie en thérapie longue.

Thérapeute : Psychologue, expérience clinique de 10 ans et pratiquant la théorie du contrôle (CMT).

b) Méthode

8 juges indépendants (étudiants en psychologie clinique, ou chercheurs) entraînés à utiliser le PQS. Les juges ont été randomisés en par paires pour coter 1 séance sur 4 séances de Mme M. (n=53) dans un ordre aléatoire. Quand la corrélation est <0.5, un troisième juge est ajouté.
Le coefficient de corrélation intraclasse (inter-juge) est élevé (.81).

Analyse identique que dans l'article d'Ablon & Jones (1998).

- METHODES DE CARACTERISATION DE LA TECHNIQUE THERAPEUTIQUE

Dans les articles publiés, la caractérisation de la technique utilisée par rapport aux prototypes idéaux utilise le plus souvent la corrélation.

1. Jones & Pulos (1992)

Jones EE, Parke LA, Pulos M. HOW THERAPY IS CONDUCTED IN THE PRIVATE CONSULTING ROOM: A MULTIDIMENSIONAL DESCRIPTION OF BRIEF PSYCHODYNAMIC TREATMENTS. *Psychotherapy Research*. 1992;2(1):16-30.

Population étudiée : voir Jones & Pulos, 1993 (p 3).

Le PQS a été rempli par 10 juges (chercheurs et étudiants en psychologie, formés à la technique du Q-sort) à partir des transcriptions des heures de thérapie (cotations de 1 à 9)
Les séances 1, 5 et 14 de chaque cas (N=90) ont été randomisées et cotées indépendamment par 2 juges, en aveugles. Si la cor < 0,50 entre les 2 cotations, un troisième juge a été ajouté.

Pour caractériser le processus thérapeutique, les moyennes de chacun des 100 items ont été calculées pour chacune des trois séances (1, 5 et 14).
Les items qui sont neutres (moyenne entre 4.5 et 6.5 pendant les 3 séances) sont retirés de l'analyse. Les items restants ont été ordonnés pour repérer les items les plus et les moins caractéristiques.

Une analyse de variance (ANOVA) avec mesures répétées a été ralisée pour les items caractéristiques pour identifier ceux qui évoluent de façon significative au cours des séances. Une MANOVA n'était pas adaptée parce que le nombre d'item (N=71) est supérieure au nombre de patients (N=30).
Puis une analyse à l'aide du test de Newman-Keuls pour comparaisons multiples a été utilisée pour déterminer quel intervalle (heure 1 à 5 ou 5 à 14) était la source de variance.

2. Ablon & Jones (1998)

Ablon JS, Jones EE. HOW EXPERT CLINICIANS' PROTOTYPES OF AN IDEAL TREATMENT CORRELATE WITH OUTCOME IN PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY. *Psychotherapy Research*. 1998;8(1):71-83.

Les données proviennent de 3 psychothérapies (2 thérapies brèves psychodynamiques (Jones & Pulos, 1992 ; Horowitz & al, 1984) , et 1 TCC (Hollon & al, 1992).

Les PQS des séances ont été remplis par des étudiants en doctorat en psychologie clinique ou par des psychologues professionnels, formés à la technique du Q-sort. Lorsque la cor < .50, un troisième juge était rajouté.

La grille PQS de chaque séance est corrélée avec les prototypes psychodynamiques, ou TCC.
Les corrélations sont ensuite transformées en z-score (Fischer z à r transformation).

3. Ablon & Jones (2002)

Ablon JS, Jones EE. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry. 2002;159:775-783.

Les séances du "NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program" sont évaluées par le PQS, afin de regarder à quel point le traitement est proche des prototypes de thérapie.
Pour chaque patient, chacun des 100 items est corrélé avec les « score de facteur » du prototype. Cette corrélation est transformée en z-score.

4. Kramer (2005)

Kraemer HC, de Roten Y, Despland JN. Do therapists do what they say they will do? A comparison between ideal prototypes and actual practice in several psychotherapeutic approaches. *Pratiques psychologiques.* 2005;11:359-70.

Chaque séance de chaque intervention est comparée avec chacun des prototypes. La somme des scores des 20 items les plus caractéristiques de chaque prototype est divisée par la somme maximale théorique (20 x 9 = 180). Les résultats sont exprimés en pourcentage de correspondance.
Un pourcentage positif indique que les éléments du prototype sont jugés comme caractéristiques de la séance (somme > 90). Un score négatif, que les éléments du prototype comme non-caractéristiques (somme < 90).

5. Bambery, Porcerelli & Ablon (2005)

Bambery M, Porcerelli JH, Ablon JS. MEASURING PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH THE ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY Q-SET (APQ): DEVELOPMENT AND APPLICATIONS FOR TRAINING. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2007;44(4):405-22.

A partir des séances d'un adolescent de 14 ans en traitement pour trouble des conduites et trouble d'opposition. La thérapie psychodynamique a été réalisée par un psychologue en cours de doctorat. Le superviseur était un psychanalyste.
Le thérapeute et le superviseur ont coté indépendamment chaque séance (séances 12, 13, 14, 15 et 43, 44, 45, 46) dans un ordre aléatoire.

Les 100 items de l'APQ des prototypes (PD et CB) ont été corrélés avec les 100 items de chaque séance de thérapie afin de déterminer la corrélation entre les sessions réalisées et les prototypes psychothérapeutiques.

6. Ablon & Katzenstein (2006)

Ablon JS, Katzenstein T. BEYOND BRAND NAMES OF PSYCHOTHERAPY: IDENTIFYING EMPIRICALLY SUPPORTED CHANGE PROCESSES. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2006;43(2):216-31.

Afin de mesurer l'adhérence aux prototypes idéaux (issus d'Ablon & Jones, 1998), les scores des prototypes ont été corrélés avec les scores des séances étudiées. Pour chaque patient, chaque item était corrélé avec le « score de facteur » correspondant au prototype.
Les corrélations de Pearson sont transformées en z-score.

7. Ablon, Levy & Katzenstein (2006)

Ablon JS, Levy R, Katzenstein T. A naturalistic study of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder: Identifying empirically supported change processes. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2006;43(2):216-231.

Méthode identique à l'aide des corrélations et du calcul des z-scores.

- ANNEXES

1. Annexe 1 – Jones & Pulos, 1993

Table 2
Rank Ordering of Q-Items for Patients in Psychodynamic Therapy

PQS item and no.	*M*
10 Least characteristic items	
Q 15. P does not initiate topics; is passive.	1.88
Q 25. P has difficulty beginning the hour.	2.09
Q 9. T is distant, aloof.	2.42
Q 14. P does not feel understood by T.	2.43
Q 5. P has difficulty understanding T's comments.	2.46
Q 89. T acts to strengthen defenses.	2.59
Q 12. Silences occur during the hour.	2.65
Q 51. T condescends to or patronizes P.	2.65
Q 77. T is tactless.	2.69
Q 42. P rejects T's comments and observations.	2.70
10 Most characteristic items	
Q 69. P's current or recent life situation is emphasized.	7.60
Q 63. P's interpersonal relationships are a major theme.	7.16
Q 62. T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct.	6.98
Q 65. T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.91
Q 88. P brings up significant issues and material.	6.87
Q 35. Self-image is a focus of discussion.	6.81
Q 92. P's feelings and perceptions are linked to the past.	6.75
Q 81. T emphasizes P's feelings in order to help him/her experience them more deeply.	6.57
Q 94. P feels sad or depressed.	6.41
Q 18. T conveys a sense of nonjudgmental acceptance.	6.40

Note. Average item means (Hours 1, 5, and 14). The number of treatment hours = 90. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

Table 3
Rank Ordering of Q-Items for Patients in Cognitive–Behavioral Therapy

PQS item and no.	*M*
10 Least characteristic items	
Q 9. T is distant and aloof.	1.54
Q 5. P has difficulty understanding the T's comments.	2.42
Q 93. T is neutral.	2.56
Q 42. P rejects T's comments and observations.	2.63
Q 20. P is provocative, tests limits of therapy relationship.	2.81
Q 14. P does not feel understood by T.	3.88
Q 25. P has difficulty beginning the hour.	2.97
Q 83. P is demanding.	3.01
Q 87. P is controlling.	3.02
Q 12. Silence occurs during the hour.	3.08
10 Most characteristic items	
Q 17. T actively exerts control over the interaction.	7.96
Q 37. T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	7.82
Q 30. Discussion centers on cognitive themes.	7.78
Q 69. P's current or recent life situation is emphasized.	7.50
Q 38. There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	7.46
Q 31. T asks for more information or elaboration.	7.43
Q 35. Self-image is a focus of discussion.	6.95
Q 57. T explains rationale behind his or her technique.	6.94
Q 45. T adopts supportive stance.	6.91
Q 65. T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.80

Note. Average item means (Hours 1, 5, and 14). The number of treatment hours = 96. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

2. Annexe 2 – Ablon & Jones (1998)

TABLE 1. Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Psychodynamic Technique Factor

PQS #	20 Most characteristic items of ideal psychodynamic therapy Item description	Factor score
90	P's dreams or fantasies are discussed.	1.71
93	T is neutral.	1.57
36	T points out P's use of defensive maneuvers, e.g. undoing, denial.	1.53
100	T draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.	1.47
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.	1.46
67	T interprets warded off or unconscious wishes, feelings or ideas.	1.43
18	T conveys a sense of nonjudgmental acceptance.	1.38
32	P achieves a new understanding or insight.	1.32
98	The therapy relationship is a focus of discussion.	1.28
46	T communicates with P in a clear, coherent style.	1.24
50	T draws attention to feelings regarded by P as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement).	1.17
11	Sexual feelings and experiences are discussed.	1.12
82	P's behavior during the hour is reformulated by T in a way not explicitly recognized previously.	1.12
35	Self-image is a focus of discussion.	1.11
91	Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.	1.08
92	P's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.	1.05
62	T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct.	0.95
3	T's remarks are aimed at facilitating P's speech.	0.92
79	T comments on changes in P's mood or affect.	0.88
22	T focuses on P's feelings of guilt.	0.87

Note. Factor scores derived from expert psychodynamic therapists' (N = 11) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

TABLE 2. Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Technique Factor

PQS #	20 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy Item description	Factor score
38	There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	1.93
30	Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.	1.68
4	P's treatment goals are discussed.	1.51
85	T encourages P to try new ways of behaving with others.	1.49
17	T actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).	1.45
45	T adopts supportive stance.	1.43
23	Dialogue has a specific focus.	1.38
31	T asks for more information or elaboration.	1.37
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	1.35
27	T gives explicit advice and guidance.	1.32
80	T presents an experience or event in a different perspective.	1.28
86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).	1.21
37	T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	1.17
73	P is committed to work of therapy.	1.14
57	T explains rationale behind technique or approach to treatment.	1.13
88	P brings up significant issues and material.	1.09
72	P understand the nature of therapy and what is expected.	1.08
95	P feels helped.	1.06
28	T accurately perceives the therapeutic process.	1.05
48	T encourages independence of action or opinion in P.	1.02

Note. Factor scores derived from expert cognitive-behavioral therapists' ($N = 10$) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

3. Annexe 3 – Ablon & Jones (1999)

Table 1

Rank Ordering of Q-items for Interpersonal Therapy

PQS #	Item description	Mean
	10 Most characteristic items of interpersonal therapy	
63	P's interpersonal relationships are a major theme.	8.06*
64	Love or romantic relationships are a topic of discussion.	7.93
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	7.61*
31	T asks for more information or elaboration.	7.51*
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.	7.10
18	T conveys a sense of non-judgmental acceptance.	6.94
65	T clarifies, restates, or rephrases P's communication.	6.85
45	T adopts supportive stance.	6.82*
35	Self-image is a focus of discussion.	6.70*
62	T identifies a recurrent theme in the P's experience or conduct.	6.61
	10 Least characteristic items of interpersonal therapy	
9	T is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).	1.55*
12	Silences occur during the hour.	2.22
15	Patient does not initiate topics; is passive.	2.41
77	T is tactless.	2.54
51	T condescends to, or patronizes P.	2.71
14	P does not feel understood by T.	2.72
20	P is provocative, tests limits of therapy relationship.	2.77*
83	P is demanding.	2.89*
25	P has difficulty beginning hour.	2.91*
42	P rejects (vs. accepts) T's comments and observations.	3.00*

Note. Average item means. Number of treatment hours = 70. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient. * indicates those Q-items which were also among the 10 most or 10 least characteristic items of cognitive-behavioral therapy (see Table 2).

Table 2

Rank Ordering of Q-items for Cognitive-Behavioral Therapy

PQS #	Item description	Mean
	10 Most characteristic items of cognitive-behavioral therapy	
17	T actively exerts control over the interaction.	8.44
38	There is discussion of specific tasks for P to attempt outside of session.	8.09
30	Discussion centers on cognitive themes.	8.09
37	T behaves in a teacher-like or didactic manner.	8.06
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	7.50*
27	T gives explicit advice and guidance.	7.25
35	Self-image is a focus of discussion.	6.92*
31	T asks for more information or elaboration.	6.88*
45	T adopts supportive stance.	6.82*
63	P's interpersonal relationships are a major theme.	6.77*
	10 Least characteristic items of cognitive-behavioral therapy	
9	T is distant, aloof (vs. responsive and affectively involved).	1.72*
93	T is neutral.	2.22
87	P is controlling.	2.65
83	P is demanding.	2.73*
81	T emphasizes P's feelings in order to help him/her experience them more deeply.	3.31
20	P is provocative, tests limits of therapy relationship.	3.32*
67	T interprets warded-off or unconscious wishes, feelings, or ideas.	3.34
42	P rejects (vs. accepts) T's comments and observations.	3.46*
25	P has difficulty beginning hour.	3.48*
56	P discusses experiences as if distant from his/her feelings.	3.63

Note. Average item means. Number of treatment hours = 58. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient. * indicates those Q-items which were also among the 10 most or 10 least characteristic items of interpersonal therapy (see Table 2).

4. Annexe 4 - Bambery, Porcerelli & Ablon (2005)

TABLE 1. Rank Ordering of Q-Items by Factor Scores on Psychodynamic Process Factor

APQ item no.	25 Most characteristic items of ideal adolescent psychodynamic therapy item description	Factor score
6†	Therapist is sensitive to the adolescent's feelings	1.37
77†	Therapist's interaction with adolescent is sensitive to the adolescent's level of development	1.36
45	Therapist tolerates adolescent's strong affect or impulses	1.21
76†	Therapist makes links between adolescent's feelings and experience	1.18
75	Interruptions, breaks in the treatment, or termination of therapy are discussed	1.16
50	Therapist draws attention to feelings regarded by the adolescent as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement)	1.15
4†	There is discussion of why adolescent is in therapy	1.08
98	The therapy relationship is discussed	.94
92	Adolescent's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past	.94
79	Therapist comments on changes in adolescent's mood or affect	.94
63	Adolescent explores relationships with significant others	.94
35	Adolescent's self-image is a theme	.89
36	Therapist points out adolescent's use of defenses	.88
74	Humor is used	.87
96	Adolescent's parents are a topic of discussion	.87
1	Adolescent expressed negative feelings (e.g. criticism, hostility) toward therapist (vs. expressed approval and admiration)	.87
100	Therapist draws connections between the therapeutic relationship and other relationships	.83
97	Therapist emphasizes verbalization of internal states and affects	.82
62	Therapist points out a recurrent theme in the adolescent's experience or conduct	.79
88	Material of hour is meaningful and relevant to adolescent's conflicts	.77
3	Therapist's remarks are aimed at encouraging adolescent's speech	.76
49	Adolescent conveys or expresses mixed or conflicted feelings about the therapist	.76
52	Therapist makes explicit statements about the end of the hour, upcoming weekend, or holiday	.75
14	Physical symptoms or health are discussed	.73
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases adolescent's communication	.71

Note. A dagger (†) - a shared item from the top 10 items of the CBT prototype; APQ = Adolescent Psychotherapy Process Q-set.

TABLE 2. Rank Ordering of Q-Items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Process Factor

APQ item no.	25 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy item description	Factor Score
27	There is a focus on helping the adolescent plan behavior outside the session	1.70
77†	Therapist's interaction with adolescent is sensitive to the adolescent's level of development	1.56
57	Therapist attempts to modify distortions in adolescent's beliefs	1.51
23	Therapy session has a specific focus or theme	1.40
6†	Therapist is sensitive to the adolescent's feelings	1.37
17	Therapist actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, introducing new topics)	1.32
4†	There is discussion of why adolescent is in therapy	1.27
76†	Therapist makes links between adolescent's feelings and experience	1.26
28	Therapist accurately perceives the therapeutic process	1.21
38	Therapist and adolescent demonstrate a shared vocabulary or understanding when referring to events or feelings	1.21
69	Adolescent's current or recent life situation is emphasized	1.19
86	Therapist is confident, self-assured (vs. uncertain or unsure)	1.13
31	Therapist asks for more information or elaboration	1.12
55	Therapist directly rewards desirable behaviors	1.10
82	Therapist helps adolescent manage feelings	1.10
65	Therapist clarifies, restates, or rephrases adolescent's communication	1.07
74	Humor is used	1.03
99	Therapist offers help or guidance	1.02
79	Therapist comments on changes in adolescent's mood or affect	.94
62	Therapist points out a recurrent theme in the adolescent's experience or conduct	.92
32	Adolescent achieves a new understanding or insight	.92
75	Interruptions, breaks in the treatment, or termination of therapy are discussed	.92
14	Physical symptoms or health care discussed	.90
72	Adolescent is active	.90
48	Therapist sets limits	.88

Note. A dagger (†) a shared item from the top 10 items of the psychodynamic prototype; APQ = Adolescent Psychotherapy Process Q-set.

5. Annexe 5- Pole, Ablon & O'Connor (2008)

Table 1
Ten Most Characteristic Psychotherapy Process Q-Set (PQS) Items in Cognitive Behavioral, Psychodynamic, and Control Mastery Prototypes Ranked by Factor Score

Most characteristic cognitive behavioral items	Factor score	Most characteristic psychodynamic items	Factor score	Most characteristic control mastery items	Factor score
There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session (PQS#38).[c]	1.93	P's dreams or fantasies are discussed (PQS#90).[c]	1.71	T accurately perceives therapy process (PQS#28).[a]	2.11
Discussion centers on cognitive themes (e.g., ideas or belief systems) (PQS#50).[c]	1.68	T is neutral (PQS#93).[a]	1.57	T focuses on guilt (PQS#22).[a]	1.91
P's treatment goals are discussed (PQS#4).[c]	1.51	T points out P's use of defenses (PQS#36).[a]	1.53	T is directly reassuring (PQS#66).[a]	1.69
T encourages P to try new ways of behaving with others (PQS#85).[a]	1.49	T interprets transference (PQS#100).[a]	1.47	T communicates in a clear coherent style (PQS#46).[a]	1.61
T actively exerts control over the interaction (e.g., structuring, introducing new topics) (PQS#17).[a]	1.45	T is sensitive to P's feelings, attuned, empathic (PQS#6).[a]	1.46	P is provocative, tests the limits of the therapy relationship (PQS#20).[b]	1.55
T adopts a supportive stance (PQS#45).[a]	1.43	T interprets unconscious wishes, feelings, or ideas (PQS#67).[a]	1.43	P's dreams or fantasies are discussed (PQS#90).[c]	1.45
Dialogue has a specific focus (PQS#25).[c]	1.38	T conveys nonjudgmental acceptance (PQS#18).[a]	1.38	T suggests the meaning of other's behavior (PQS#43).[a]	1.41
T asks for more information or elaboration (PQS#31).[a]	1.37	P achieves a new understanding or insight (PQS#32).[b]	1.32	T adopts a supportive stance (PQS#45).[a]	1.33
P's recent life situation is emphasized in discussion (PQS#69).[c]	1.35	The therapy relationship is discussed (PQS#98).[c]	1.28	P's aspirations/ambitions are discussed (PQS#41).[c]	1.32
T gives explicit advice and guidance (PQS#27).[a]	1.32	T communicates in a clear, coherent style (PQS#46).[a]	1.24	T actively distinguishes reality from fantasy (PQS#68).[a]	1.26

Note. PQS item numbers are given in parentheses following PQS item content. Each prototype is actually composed of all 100 PQS items but with different factor scores reflecting the different emphasis given by the experts. The absence of a particular process in a given prototype in this table should not be taken to mean that the experts judged that process to be unimportant. It only means that the experts *did* not consider it among the 10 most important features of the therapy.
T = Therapist. P = Patient.
[a] PQS therapist behavior item. [b] PQS client behavior item. [c] PQS therapist–client interaction item.

6. Articles à récupérer

Psychotherapy integration as practiced by experts.

By Hickman, Enith E.; Arnkoff, Diane B.; Glass, Carol R.; Schottenbauer, Michele A.
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 46(4), Dec 2009, 486-491.

Abstract
Twenty-four psychotherapists who were experts in psychotherapy integration and had a mean of 32 years of clinical experience completed a questionnaire assessing their practice history and fidelity to various psychodynamic, cognitive–behavioral, humanistic, and family systems theories. They then completed the 100-item Psychotherapy Process Q set (Jones, Hall, & Parke, 1991) modified to be a self-report questionnaire, based on a client they had treated using integrative therapy. Most therapists reported some influence of all 4 orientations, but almost three-quarters indicated that only 1 was a salient influence. Principal components factor analysis revealed 4 factors representing 4 integrative practice styles, which were then correlated with prior prototypes of cognitive–behavioral, psychodynamic, and interpersonal therapies. The first factor, accounting for just over half the variance, most resembled cognitive–behavioral therapy. The second factor shared elements of several orientations, whereas the third factor most resembled psychodynamic therapy. The responses of more than half the therapists loaded on more than 1 factor. Findings demonstrate a diversity of theoretical influences and practices among these experts. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

Psychoanalysis with avoidant personality disorder: A systematic case study.
By Porcerelli, John H.; Dauphin, V. Barry; Ablon, J. Stuart; Leitman, Susan; Bambery, Michael
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 44(1), Mar 2007, 1-13.

This case study of process and outcome is based upon data obtained during a 5-year psychoanalysis of an adult male with avoidant personality disorder (AVPD). To date, no known systematic case studies, effectiveness studies, or randomized control trials exist for psychoanalysis in the treatment of AVPD. In this study, self-reported symptoms and observer-rated personality disorder (PD), global functioning, object relations, and psychological health were gathered at intake, after each year of treatment, and at 1-year follow-up. Process data was gathered to determine the extent to which the treatment adhered to prototypes of psychodynamic, cognitive-behavioral, and interpersonal therapy. Results indicated that the patient achieved clinically significant reductions in PD, symptom severity, and relational pathology. Gains were maintained at 1-year follow-up. The treatment significantly adhered to psychodynamic principles throughout, with some use of cognitive-behavioral and interpersonal principles in the third year of treatment. These findings warrant further investigation of psychoanalysis for AVPD and demonstrate the usefulness of assessing multiple domains of patient functioning and treatment process. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies.
By Karlsson, Roger; Kermott, Amy
Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 43(1), Spr 2006, 65-84.

Abstract
Reflective-functioning (RF) is the ability to recognize the existence and nature of mental processes taking place in the self and in others (e.g., intentions and wishes). RF was investigated here as a patient variable during the process in two studies of brief psychotherapy. The first study investigated cognitive-behavioral therapy (CBT) and interpersonal psychotherapy (IPT) in the TDCRP sample. The second study investigated psychodynamic psychotherapy (BPDT). The Psychotherapy Process Q-set (PQS) was implemented to identify process correlates associated with high and low RF in order to distinguish which specific components in the psychotherapeutic process are related to RF. Process correlates defining high RF had good outcome, and process correlates defining low RF had poor outcome. RF remained stable or decreased during treatments and was linked with personality characteristics in the patients. (PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved)

3. Formulaire de consentement

Certificat de consentement à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies.

Une étude sur le déroulement des psychothérapies en conditions naturelles est en cours. J'y participe en tant que clinicien. Accepteriez-vous que votre enfant y participe ?

Cette étude porte sur les processus de changement au cours d'une psychothérapie à partir du travail que fait votre enfant avec son thérapeute. Les données sont recueillies lors des trois premières séances (à partir du début de la recherche) puis à deux mois, six mois et douze mois sous forme de prises de notes ou d'enregistrements audiovisuels, si vous en êtes d'accord. Les notes et enregistrements sont soumis aux règles du secret médical. Les données utilisées pour la recherche sont sous la responsabilité du thérapeute, anonymisées et étudiées en groupe de cliniciens-chercheurs sans autre usage public.

Vous pouvez accepter ou refuser que votre enfant participe à cette étude, interrompre sa participation à tout moment ou demander par la suite l'effacement des données, ce qui n'aura aucune incidence sur la prise en charge de votre enfant. Les données sont réunies dans un serveur dédié et sécurisé, hébergé par l'INSERM. Si vous acceptez de participer à cette étude dans les conditions indiquées, merci de signer la déclaration ci-dessous

Je soussigné

accepte que mon enfant participe à une étude sur l'évaluation des psychothérapies.

Fait le à

Signature

LIVRET D'ÉVALUATION

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

PÔLE Autisme

4 juin 2013 - 328

Pôle Autisme : descriptif des études

L'étude porte sur les résultats et le processus des thérapies de la communication, des psychothérapies psychodynamiques et des thérapies cognitivo-comportementales de jeunes enfants atteints d'autisme.

Les objectifs de l'étude sont d'évaluer les effets de ces thérapies sur les trajectoires développementales en combinant des techniques d'évaluation clinique (comportementale, développementale, et de fonctionnement psychologique et social).

Les données recueillies (verbatim) font l'objet d'une évaluation standardisée par 3 cotateurs et d'une validation en groupe de pairs. L'analyse de chaque cas (de contenu et statistique) porte sur le diagnostic, les résultats et leur relation avec le processus et ses principaux modérateurs et médiateurs. L'étude est initiée par une formulation de cas, complétée d'un recensement des modérateurs et accompagnée d'un diagnostic nosographique CIM-10. Cette évaluation approfondie comprend également l'ECAR-T et la GRCEEAIT. Les modérateurs concernent les différents facteurs présents avant la thérapie et susceptibles d'intervenir sur son déroulement et ses résultats. Par exemple, le « plateau technique » dont peut disposer l'enfant, l'investissement de la thérapie par la famille, l'intégration scolaire et la qualité des contacts avec les structures de soin et les accompagnants. Ces modérateurs sont également, éventuellement, renseignés par les différentes échelles diagnostiques (ADI-R ou CARS, SCENO TEST) et de fonctionnement (BECS ou WISC (selon l'âge)) qui sont une source d'information sur la sévérité des troubles et les aptitudes de l'enfant. L'étude dure un an et comprend une observation qualitative et quantitative des caractéristiques du processus de la psychothérapie à différents temps (initiation, 3 mois, 6 mois, [9 mois] (CPQ) et de l'évolution du développement/fonctionnement du patient (ECAR-T et GRCEEAIT). L'évaluation à un an comprend une nouvelle formulation de cas, l'ECAR-T, la GRCEEAIT, le CPQ et la CIM-10. Elle est éventuellement complétée de mesures issues du BECS ou du WISC, de l'ADI-R ou du CARS, et du SCENO-TEST.

L'analyse porte sur la variation des variables quantitatives et l'analyse des mécanismes de changement, en mettant en relation la variation des indicateurs de changement avec les principaux médiateurs du processus et la chronologie des effets constatés.

Indicateurs de changement

10 indicateurs de fonctionnement : 1. autonomie, 2. gravité des symptômes, 3. malaise et détresse subjective, 4. conséquences de l'état de l'enfant sur l'entourage, 5. utilisation par l'enfant de ses capacités, notamment dans le jeu, l'apprentissage et le langage, 6. qualité de la communication, 7. Exploration de l'espace et des objets, nature et diversité des intérêts de l'enfant, 8. expression et tolérance émotionnelle, 9. sens de l'humour, 10. résolution de problème et capacité d'adaptation.

6 indicateurs de processus : 1. représentation de soi, 2. conflictualité psychique, 3. alliance thérapeutique, 4. implication dans la thérapie, 5. mécanismes de défense et aptitudes d'ajustement ; modalités réactionnelles, 6. action thérapeutique.

Fiche d'évaluation

code patient : **code thérapeute :**

Date passation	PATIENT	
	Sexe	
	Age	
	Début de traitement	
	Psychothérapeute code	
	Autres cotateurs (gr. de pairs) - code	
	EVALUATION PRÉ-THÉRAPIE (CENTRE DIAGNOSTIQUE) - MODÉRATEURS	ADI-R ou CARS, SCENO TEST, BECS ou WISC
	EVALUATIONS au cours de la Psychot.	
	*1ère évaluation (3 premiers entretiens)**	
	Entretien clinique 1	Diagnostic, objectif, stratégie
	Entretien clinique 2	Diagnostic, objectif, stratégie
	Entretien clinique 3	Diagnostic, objectif, stratégie
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Diagnostic classification	CIM 10
	FORMULATION DE CAS	= ligne de base de la psychothérapie
	2ème évaluation à 2 mois	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	
	3ème évaluation à 6 mois	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	
	4ème évaluation à 12 mois ou sortie de traitement	
	Séance 1	
	Séance 2	
	Echelle de fonctionnement-developpement	ECAR-T et GRCEEAIT
	Instrument du processus	CPQ
	Diagnostic classification	CIM-10
	FORMULATION DE CAS	
	EVALUATION Post-THÉRAPIE (CENTRE DIAGNOSTIQUE)	ADI-R ou CARS, SCENO TEST, BECS ou WISC

- *descriptif de la marche à suivre page suivante pour l'évaluation de départ.
- *Recommandation :* noter la date de passation sur la fiche **<u>et</u>** sur la séance afin de retrouver le cas échéant sur quelle séance précisément a été faite l'évaluation.

Évaluation de départ

Dispositif de la séance

Approche psychothérapique : psychodynamique, relationnelle humaniste, systémique, cognitivo-comportementale,
Fréquence des séances :
Durée des séances :
Paramètres spécifiques :

Recueil des données

Les trois premières séances et celles qui entrent dans le protocole d'évaluation font l'objet d'une prise de notes aussi complète que possible incluant les propos du patient, mais également les questions et interventions du thérapeute. Chaque fois que c'est possible, elle sont enregistrées.
Les éléments suivants sont systématiquement recherchés
- origines de la demande (qui l'envoie ?) et antécédents
- données démographiques : âge, fille, garçon
- existence d'un traitement psychotrope en cours

A la fin des 3 premiers entretiens (il est recommandé de faire ce travail *à la fin de chacun des entretiens* pour élaborer au fur et à mesure des différentes séances de psychothérapie les hypothèses diagnostiques et les objectifs envisageables).

- Relecture et finalisation des notes suivant conventions typographiques137
- Envoi aux autres membres du groupe de pairs
- Chacun des membres du groupe de pairs est invité à établir
    1) un diagnostic à partir :
        a. des éléments pathologiques les plus significatifs (sémiologie) et
        b. de la problématique psychopathologique de l'enfant suivant l'approche du thérapeute ; le diagnostic est complété d'indications concernant
    2) les objectifs généraux de la psychothérapie et
    3) la stratégie initiale pour les atteindre

A la fin du troisième entretien : formulation de cas

Après comparaison des analyses et discussion avec les autres membres du groupe, une formulation du cas138 est établie suivant le plan suivant :

1) Problèmes actuels de l'enfant et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (symptômes et comportements les plus manifestes, éléments précipitants, facteurs prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, étendue et qualité des relations interpersonnelles, niveau de développement, autonomie et handicap.
2) Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, pathologies, …)
3) Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à 1/ une interprétation des facteurs précipitant 2/ des influences et 3/ des fonctionnements qui maintiennent les problèmes de l'enfant (a) *relation à des événements marquant, inscrits dans le développement, repérés comme éléments saillants ou manquant, sensibilité émotionnelle ; b) situations de sécurité/insécurité ; c) fonctionnements : contact et relations avec le corps, les objets, autrui ; déficits de la communication, attention et langage ; déficit contenance et expression émotionnelle, insight ; immaturité des mécanismes de défense et d'ajustement ; aptitudes cognitives*). Éléments favorables.
4) Cette formulation est accompagnée d'une première définition des *buts* (p.e., réduction de l'angoisse, aménagement d'une relation d'objet et construction d'un espace psychique, développement) ; des *objectifs intermédiaires* (p.e., établissement d'une bonne relation avec l'enfant et sa famille, jeu et valorisation des aptitudes, construction de l'image de soi …), de la *stratégie* pour les atteindre (modalité psychothérapique utilisée).

---

137 Précisées par le thérapeute

138 Suivant le CFCCM. Ells T , Kendjelic E, Lucas C. What's in a case formulation. *J of Psychotherapy Practice and Research* 1998, 7 :144-153.

Éléments complémentaires de l'évaluation de départ

- A l'issue des trois premières séances, le thérapeute remplit l'ECAR-T et la GRCEEAI en relation à son diagnostic psychopathologique avec la classification de la CIM-10

Certificat de consentement à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies.

Ce certificat est en annexe pour que l'anonymat général de ce livret soit respecté

❏ Consentement des parents du patient obtenu.

ÉVALUATION PRÉ-PSYCHOTHERAPIE

Tests déjà réalisés = modérateurs

PÔLE Autisme

Résultats des pré-tests déjà réalisés (modérateurs)

BECS ou WISC, SCENO-TEST, ADI-R ou CARS

code patient : **code thérapeute :**

1ère ÉVALUATION : 3 premiers séances

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Séance 1 :

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Séance 2 :

Notes extensives issues des trois premières séances

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Séance 3 :

Exemplaire de pr

Commentaires des premières séances par les membres du groupe de pairs

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Thérapeute *(code)*	**Cotateur 1** *(code)*	**Cotateur 2** *(code)*

Exemplaire de pr

Résultats ECAR-T

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	

4810310 - 09/2006

Observations :

.....

.....

.....

.....

Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

Exemplaire de pr

Résultats GRILLE DE REPÉRAGE CLINIQUE DES ÉTAPES ÉVOLUTIVES DE L'AUTISME INFANTILE TRAITÉ

In *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, p. 495-527 (1995)

Auteurs : Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

Exemplaire de pr

Formulation de cas initiale

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème :

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :

Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :

Objectifs

Stratégie de départ

CIM 10

Exemplaire de pr

ÉVALUATION à 2 mois

PÔLE Autisme

Exemplaire de pr

Notes extensives issues des séances à 2 mois

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

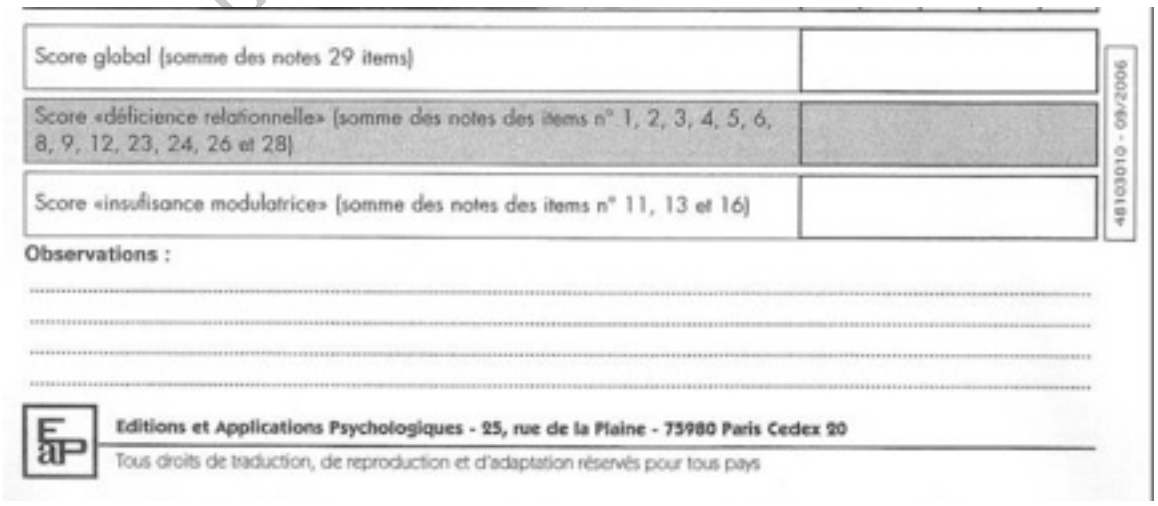
Séances 1 et 2 :

Exemplaire de pr

Résultats ECAR-T

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :



Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	

48103010 - 09/2006

Observations :

.....

.....

.....

.....

Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

Exemplaire de pr

Résultats **GRILLE DE REPÉRAGE CLINIQUE DES ÉTAPES ÉVOLUTIVES DE L'AUTISME INFANTILE** In *Psychiatrie de l'enfant*, 38, 2, p. 495-527 (1995)

Auteurs : Haag G., Tordjman S., Duprat A., Cukierman A., Druon C., Jardin F., Maufras du Châtellier A., Tricaud J., Urwand S.

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

Exemplaire de pr

Résultats *Child Psychotherapy Q-sort.* Processus de la psychothérapie

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

Child psychotherapy Q-Set **Celeste Schneiner, Enrico E. Jones, 2006.**	**Cot1**	**Cot2**	**Cot3**	**consensus**	**VD**
Item 1. L'enfant exprime des sentiments négatifs envers le thérapeute (p.e., critique, hostilité), [vs. Exprime des approbations ou de l'admiration].					
Item 2. Le thérapeute fait des commentaires sur le comportement non verbal de l'enfant (par exemple la posture corporelle, les gestes).					
Item 3. Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant.					
Item 4. Il y a discussion de pourquoi l'enfant est en thérapie.					
Item 6. Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.					
Item 7. L'enfant est anxieux ou tendu (vs. calme et détendu).					
Item 8. L'enfant est curieux.					
Item 9. Le thérapeute n'est pas réceptif (vs. impliqué affectivement).					
Item 10. L'enfant cherche une plus grande intimité avec le thérapeute.					
Item 11. Des sentiments ou des pensées sexuels émergent.					
Item 12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.					
Item 13. L'enfant est animé ou excité					
Item 14. Les symptômes ou la santé physiques sont discutés.					
Item 15. L'enfant établit un contact physique avec le thérapeute.					
Item 16. Il y a discussion ou témoignage des fonctions corporelles (par exemple, bruits d'intestin).					
Item 17. Le thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (par exemple, structure et/ou introduit de nouveaux thèmes).					
Item 18. Le thérapeute porte un jugement et transmet un désaccord.					
Item 19. L'enfant demande un conseil ou une information.					
Item 20. L'enfant est provocateur ; teste les limites de la relation thérapeutique.					
Item 21. le thérapeute dévoile quelque chose de lui.					
Item 22. L'enfant exprime des craintes d'être puni ou menacé.					
Item 23. La séance de thérapie a un objectif ou un thème spécifique.					
Item 24. Les conflits émotionnels du thérapeute interfèrent dans la relation thérapeutique.					
Item 25. L'enfant a des difficultés à partir de la séance.					
Item 26. L'enfant est socialement désaccordé ou décalé.					
Item 27. Il y a une attention particulière pour aider l'enfant à concevoir son comportement en dehors de la séance.					
Item 28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.					
Item 29. La qualité de jeu de l'enfant est fluide, absorbée (vs fragmentée, sporadique).					

Exemplaire de pr

Item 30. Les aspirations ou les ambitions de l'enfant font partie des thèmes abordés.					
Item 31. Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration.					
Item 32. L'enfant réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience.					
Item 33. L'enfant exprime des sentiments au sujet d'avoir besoin ou d'être proche de quelqu'un.					
Item 34. L'enfant reproche aux autres ou à des forces extérieures ses difficultés.					
Item 35. L'image de soi de l'enfant est un thème de discussion.					
Item 36. Le thérapeute pointe à l'enfant qu'il utilise des mécanismes de défense.					
Item 37. Le thérapeute se comporte de façon didactique.					
Item 38. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé en se rapportant à des événements ou à des sentiments.					
Item 39. L'enfant est en compétition, en rivalité avec le thérapeute.					
Item 40. L'enfant communique de façon inaffective.					
Item 41. L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute.					
Item 42. L'enfant ignore ou rejette les commentaires et les observations du thérapeute.					
Item 43. Le thérapeute suggère la signification du comportement des autres.					
Item 44. L'enfant se sent méfiant ou sur la défensive (vs confiant et en sécurité).					
Item 45. Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.					
Item 46. Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant.					
Item 47. Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, le thérapeute s'adapte à l'enfant.					
Item 48. Le thérapeute pose des limites					
Item 49. L'enfant transmet ou éprouve des sentiments ambivalents ou conflictuels envers le thérapeute.					
Item 50. Le thérapeute porte attention à des sentiments considérés par l'enfant comme inacceptables (colère, envie, excitation).					
Item 51. L'enfant attribue ses propres caractéristiques ou ses sentiments au thérapeute.					
Item 52. Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.					
Item 53. L'enfant exprime qu'il est conscient de ses propres difficultés internes.					
Item 54. L'enfant est clair et organisé dans son expression verbale.					
Item 55. Le thérapeute récompense directement des comportements souhaitables.					
Item 56. L'enfant est distant de son ou de ses sentiments.					
Item 57. Le thérapeute tente de modifier les distorsions des croyances de l'enfant.					
Item 58. L'enfant semble peu disposé à examiner des pensées, des réactions ou des motivations associées à ses problèmes.					
Item 59. L'enfant se sent insuffisant et inférieur (vs. efficace et supérieur).					
Item 60. Le thérapeute est protecteur de l'enfant.					
Item 61. L'enfant se sent timide et embarrassé (Vs sans gêne et assuré).					
Item 62. Le thérapeute pointe un thème récurrent dans l'expérience ou la conduite de l'enfant.					
Item 63. L'enfant explore les relations avec les autres significatifs.					
Item 64. L'enfant dessine le thérapeute dans son jeu.					
Item 65. Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.					

Exemplaire de pr

Item 66. Le thérapeute est directement rassurant.					
Item 67. Le thérapeute interprète des désirs refoulés ou inconscients, des sentiments ou des idées.					
Item 68. Les significations réelles plutôt que fantasmées des expériences sont activement différenciées.					
Item 69. La situation récente ou actuelle de la vie de l'enfant est mise en valeur dans la discussion.					
Item 70. L'enfant lutte pour contrôler des sentiments ou des impulsions.					
Item 71. L'enfant s'engage dans le jeu de faire-croire.					
Item 72. L'enfant est actif.					
Item 73. L'enfant exprime des craintes ou montre un comportement phobique.					
Item 74. L'humour est utilisé.					
Item 75. Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.					
Item 76. Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience.					
Item 77. L'interaction du thérapeute avec l'enfant est sensible au niveau du développement de l'enfant.					
Item 78. L'enfant recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie du thérapeute.					
Item 79. Le thérapeute commente les changements d'humeur ou d'affect de l'enfant.					
Item 80. L'enfant se comporte de façon dépendante (vs insiste sur son indépendance).					
Item 81. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.					
Item 82. Le thérapeute aide l'enfant à contrôler ses sentiments.					
Item 83. L'enfant est exigeant.					
Item 84. L'enfant exprime de la colère ou des sentiments agressifs.					
Item 85. L'agression de l'enfant est dirigée contre lui.					
Item 86. Le thérapeute est confiant, assuré (Vs incertain ou peu sûr).					
Item 87. Le thérapeute informe l'enfant de l'impact potentiel de son ou de ses comportements sur les autres (ne pas inclure le thérapeute).					
Item 88. Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant.					
Item 89. Le thérapeute agit pour renforcer les défenses.					
Item 90. Les rêves ou les fantasmes de l'enfant sont discutés.					
Item 91. Une phase précoce de développement est un thème.					
Item 92. Les sentiments ou les perceptions de l'enfant sont liés aux situations ou comportement du passé.					
Item 93. Le thérapeute est neutre.					
Item 94. L'enfant se sent triste ou déprimé (vs. joyeux ou gai).					
Item 95. Le jeu de l'enfant manque de spontanéité.					
Item 96. Les parents de l'enfant sont un sujet de discussion.					
Item 97. Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et d'affects.					
Item 98. La relation thérapeutique est discutée.					
Item 99. Le thérapeute offre de l'aide ou des conseils.					
Item 100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.					

Exemplaire de pr

ÉVALUATION à 6 mois

PÔLE Autisme

Exemplaire de pr

Notes extensives issues des séances à 6 mois

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Séances 1 et 2 :

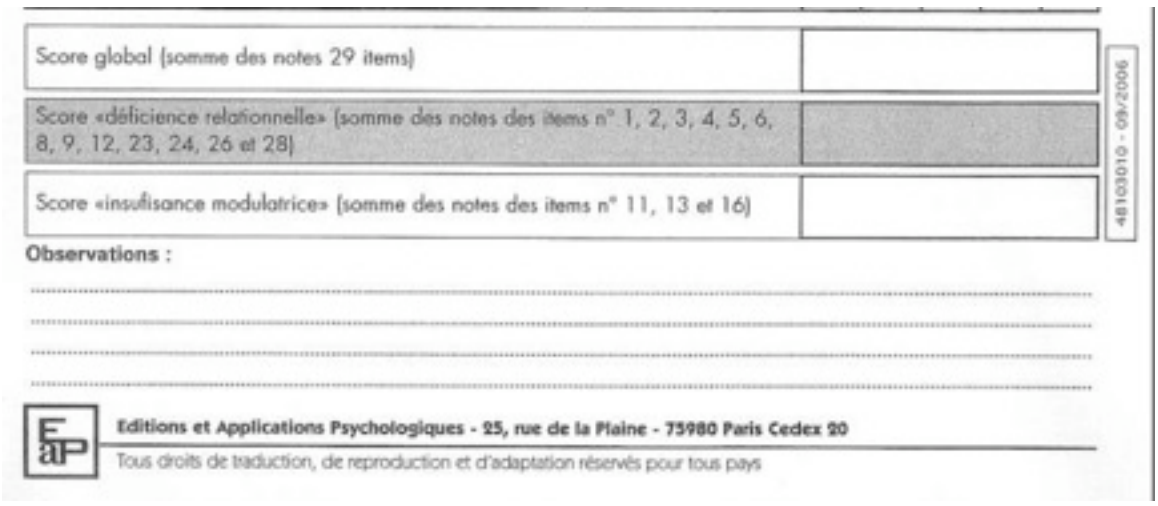
Exemplaire de pr

RÉSULTATS

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

ECAR-T



Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	

4810010 - 09/2006

Observations :

.....

.....

.....

.....

Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

GRCEEAIT

Child Psychotherapy Q-sort. Processus de la psychothérapie *(insérer pages)*

Exemplaire de pr

ÉVALUATION À 12 MOIS

PÔLE Autisme

Notes extensives issues des séances à 12 mois

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Séances 1 et 2 :

Exemplaire de pr

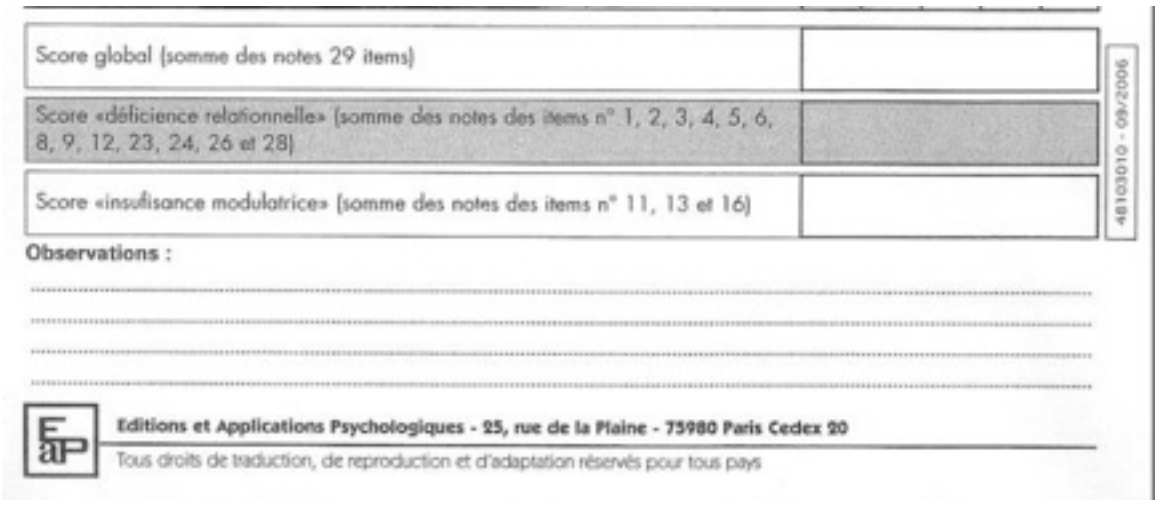
Exemplaire de pr

RÉSULTATS

Année : Semaine : Patient *(code)* :

Cotateur 1 *(code)* : Cotateur 2 *(code)* : Cotateur 3 *(code)* :

ECAR-T



Score global (somme des notes 29 items)	
Score «déficience relationnelle» (somme des notes des items n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 23, 24, 26 et 28)	
Score «insuffisance modulatrice» (somme des notes des items n° 11, 13 et 16)	

4810310 - 09/2006

Observations :

.....

.....

.....

.....

Editions et Applications Psychologiques - 25, rue de la Plaine - 75980 Paris Cedex 20

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation réservés pour tous pays

GRCEEAIT

Child Psychotherapy Q-sort. Processus de la psychothérapie *(insérer pages)*

Exemplaire de pr

Formulation de cas à un an

Année : Semaine : Patient *(code)* : Thérapeute *(code) :*

Symptômes et problèmes actuels de l'enfant :

Événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables :

Facteurs non dynamiques et dynamiques qui peuvent contribuer à son problème :

Niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap :

Contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement :

Hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant :

Facteurs non dynamiques ayant pu contribuer aux changements apparus (événements de vie, soutien de la famille, amis, …)

Première analyse des éléments de la psychothérapie qui ont pu contribuer à cette évolution

Identité et différentiel entre les objectifs envisagés et ceux qui ont été atteints

Exemplaire de pr

Résultats des évaluations complémentaires

CIM 10

BECS ou WISC, SCENO-TEST, ADI-R ou CARS

code patient : **code thérapeute :**