

Coordonnateurs : Bruno FALISSARD et Jean-Michel THURIN

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

RAPPORT D'ÉTAPE à 4 ans

PÔLE AUTISME – mars 2013

**Partie 1 - Constitution et modalités du travail en réseau ; Méthodologie ;
Analyse des données et Premiers résultats ; Conclusions et Perspectives**

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)

<https://www.techniques-psychotherapiques.fr/Reseau/>

I. PRÉSENTATION DU RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES	8
II. INTRODUCTION DU RAPPORT	9
III. CONTEXTE INTERNATIONAL DES RÉSEAUX DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES	13
• Définition des Réseaux de Recherches Fondées sur les Pratiques (RRFP).....	13
• Principaux réseaux existant dans le champ de la santé mentale	14
▶ Aux États Unis	14
- Le réseau de l'Association Américaine de Psychiatrie	14
- Le Pennsylvania Practice Research Network	14
- Le réseau de pédopsychiatrie communautaire de San Diego	15
▶ Dans le Royaume Uni, le Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) (UK)	15
▶ En France, le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP)	15
▶ Au Canada, le Réseau de Recherche sur la Pratique Psychothérapique (PPRNet)	16
▶ Le journal en ligne Pragmatic Case Studies (PCSP)	16
▶ L'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)	16
IV. RAPPEL DES OBJECTIFS DU RESEAU	17
V. CHOIX DE LA MÉTHODOLOGIE DU RÉSEAU DANS LE CONTEXTE INTERNATIONAL DE LA RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE ET DE LA PRATIQUE BASÉE SUR LA PREUVE	17
VI. MISE EN PLACE ET MODALITÉS DE TRAVAIL DU RÉSEAU	19
• Préparation de l'organisation du réseau et de son fonctionnement	19
• Présentation du réseau et appel à la participation aux études	19
• Souscription aux règles d'éthique, recueil, cotation et gestion des données	22
▶ Information et consentement du patient	22
▶ Cahier d'observation	22
▶ Recueil et cotation des données	23
▶ Réception, contrôle et stockage des données	23
▶ Organisation des bases de données	24
• Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens inscrits dans les études	25
▶ Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience	25
▶ Les documents écrits	25
▶ Le Site internet dédié au Réseau www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/	26
▶ Les échanges e.mail avec les cliniciens	26

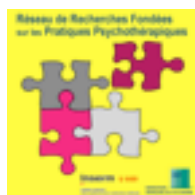
▶ Les échanges par téléphone	27
▶ La reconnaissance du travail des cliniciens	27
• Agenda des réunions de formation, d'information et de retour d'expériences	27
• Publications relatives au réseau dans Pour la recherche	29
VII. MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES ET ANALYSE DES DONNÉES	30
• Méthodologie concernant le suivi du patient.....	30
• Méthodologie concernant les évaluations	31
• Élaboration du plan d'analyse et outils statistiques	31
• Une analyse à 3 niveaux	32
▶ cas individuel	32
▶ ensemble des cas	33
▶ cas comparés	34
VIII. EXEMPLE D'UNE ÉTUDE DE CAS : MERLIN	34
• Évaluation à Baseline	34
▶ Vignette d'introduction	34
▶ Modérateurs de la psychothérapie	34
▶ Formulation de cas initiale	35
• Évaluation des changements manifestes entre 0, 2, 6 et 12 mois	35
▶ Mesures	35
- Instruments	35
- Mesure à T0 des symptômes et comportements autistiques (ECA-R)	36
- Mesure à T0 du développement et des aptitudes acquises (EPCA)	36
▶ Changements	36
- Symptômes et comportements autistiques (ECA-R)	36
- Développement et gains d'aptitudes (EPCA)	37
- Fonctionnement psychique et relation à la réalité (CPQ)	37
- Score global de variation (SGV) et gain d'aptitudes (Δ Apt)	38
• Que se passe-t-il au niveau du processus ?	38
▶ Les ~10 items les plus caractéristiques concernant l'enfant, le thérapeute et leur interaction (moyenne des scores ≤ -3 et ≥ 3)	38
▶ Les éléments stables (2 ou -2)	39
▶ Les médiateurs préconstruits et leur évolution	39
- L'alliance et les médiateurs spécifiques	39

- L'approche théorique et pratique générale	40
- Évolution des médiateurs préconstruits chez Merlin	40
• Les modérateurs	41
• Discussion des résultats et conclusion.	41
IX. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 12 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE	42
• Apports de la formulation de cas	42
▶ Âge et genre des 12 enfants	42
▶ Diagnostic nosographique et comorbidités	42
▶ Contexte de la prise en charge antérieure des enfants	42
▶ Contexte du développement des enfants	42
▶ Principaux troubles communs à tous les enfants	42
▶ Objectifs et stratégies envisagés par le clinicien	43
- Quatre grands domaines d'objectifs	43
- Des stratégies envisagées à différents niveaux	43
• Changements manifestes (ECAR, EPCA) à 2, 6 et 12 mois	43
• Processus interne de la psychothérapie et son évolution (CPQ)	44
▶ Items les plus caractéristiques	44
▶ Médiateurs préconstruits	44
▶ Facteurs émergents	47
• Comparaison de 3 cas dont l'alliance et les résultats manifestes sont très différents	47
▶ Y001	47
▶ X030	47
▶ Y032	48
• Discussion	48
X. SITUATION ET ÉVOLUTION DE 50 ENFANTS SUR UNE ANNÉE DE THÉRAPIE	49
• Introduction	49
• Rappel de la méthodologie des études, des évaluations et de l'analyse des données	50
▶ Recueil et cotation des données	50
▶ Fidélité interjuges	50
▶ Cinq registres d'informations sont réunis dans chaque étude intensive de cas	51
▶ Ils peuvent être étudiés à trois niveaux : cas isolé, cas regroupés, cas comparés.	51
• Apport des cas isolés	51
• Apports du regroupement des 50 cas	52

‣ Données générales à baseline	52
‣ Apports de la formulation de cas (FC)	52
- Les principaux troubles communs à tous les enfants	52
- Concernant les troubles du langage,	53
- Concernant les troubles des interactions,	53
- Concernant la réactivité forte de l'enfant à certaines situations,	53
- Les objectifs et les stratégies envisagées par le clinicien	53
- Concernant les objectifs,	53
- Concernant les stratégies,	54
- Les modérateurs	54
✦ Repérage et prise en charge en psychothérapie	54
✦ Contexte du développement précoce	54
✦ Contexte potentiellement traumatique du développement précoce	55
✦ Qualité du soutien familial	55
✦ Relations psychosociales	55
✦ Soutien de la psychothérapie par les parents	55
✦ Comorbidité psychique	55
✦ Comorbidité somatique	55
✦ Qualité du plateau technique	55
✦ Scolarisation	56
‣ Mesure et analyse des changements sur une année de psychothérapie	56
- Changements manifestes	56
✦ ECAR, EPCA et CPQ indicateurs	56
✦ Un indicateur clinique issu de l'EPCA, le score d'aptitudes	57
✦ constitution de scores généraux de variation	58
- Le processus psychothérapique interne et son évolution (CPQ)	58
✦ Modalités d'évaluation des changements dans le processus interne de la psychothérapie	58
✦ éléments les plus caractéristiques	69
✦ médiateurs préconstruits	71
- Scores moyens des médiateurs préconstruits	71
- Scores individuels moyens des médiateurs préconstruits	71
- Recherche de profils de psychothérapies suivant l'activation des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois	72
- Corrélations entre profils de psychothérapie à T02 et T12 et résultats	69
✦ médiateurs émergents	69

- Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients	71
- Présentation des psychothérapies suivant 4 profils	71
- Corrélations entre profils de psychothérapie et résultats	72
▶ Cas regroupés, en résumé	74
- Tous les enfants s'améliorent et 42 enfants / 50 ont une amélioration de 25% ou plus.	74
- L'approche sensible, impliquée et contenant des psychothérapeutes d'enfants autistes est particulièrement ajustée aux difficultés et à l'évolution de l'enfant	74
- La gravité initiale du cas et la faiblesse initiale de l'engagement de l'enfant ne sont pas des obstacles infranchissables.	75
- La situation, la sévérité et le développement des cas traités par psychothérapies sont très divers.	75
- Ces éléments interviennent dans le processus psychothérapique.	77
• Apport de la comparaison des 50 cas	77
▶ Comparaison des trajectoires d'évolution de cas analogues	77
▶ Comparaison des 50 cas regroupés,	78
▶ Comparaisons dans 3 classes d'âge	79
- Enfants de 3 à 6 ans	79
♦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 3 à 6 ans	83
♦ Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ?	84
- Psychothérapies des enfants de 3-6 ans avec gain d'aptitudes faible	85
- 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	88
- Enfants âgés de 7 à 11 ans	93
♦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 7 à 11 ans	96
♦ Peut-on avancer sur cette diversité des trajectoires ?	97
- Psychothérapies des enfants de 7-11 ans avec gain d'aptitudes faible	97
- Psychothérapies des enfants 7-11 ans avec gain d'aptitudes ≥ 5 durant l'année d'étude	101
- Enfants de 12 à 15 ans	104
♦ Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 12 à 15 ans	105
XI. RELATIONS INTERNATIONALES	109
XII. CONCLUSIONS	110
• Quelques aspects généraux	110
• Influence des théories et pratiques de référence	111
• À partir des cas isolés	111

• À partir des cas regroupés	112
• À partir des cas comparés	114
• Participation des praticiens à l'étude et impact sur la pratique	117
• Conclusions générales, résultats et perspectives	122
XIII. INTERVENTIONS, RÉUNIONS, COMMUNICATIONS, PUBLICATIONS	127
• 2013	127
• 2012	127
• 2011	128
• 2010	128



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, Jezi 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 Leonardo Arrieta, Mélina Avondes-Yvelin, Laurence Barrer, Radhia Benyoussef, Romuald Blanc, Catherine Brodin, Natalie Bouqueniaux, Jean-Michel Carbutar, 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 FALISSARD¹, M THURIN²

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 NTCI⁴ 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 sujet⁵ et dans le rapport des coordonnateurs du groupe italien⁶. 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 Kazdin⁷ 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 & Messecia 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 recherche⁹ et dans la 4ème partie du plan autisme 2013 consacrée à la recherche¹⁰.

- 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 œuvre 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 posteriori 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 l'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 dans 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'incorporation 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 cas¹ 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 résultats¹¹ ;
- 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 RRFPP ?

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 des 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 psychothérapeutiques 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 *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI) depuis 2010¹².

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

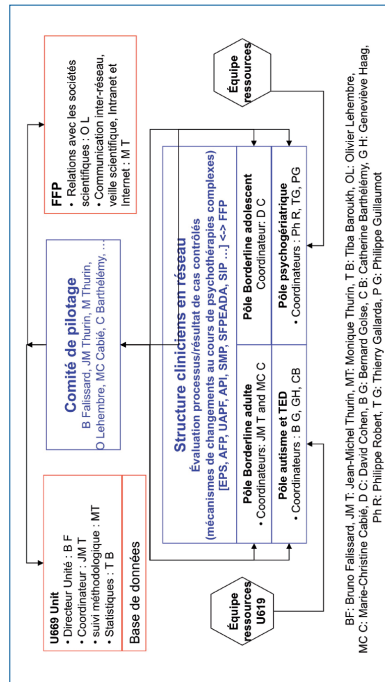
Dans la revue de littérature très étendue qui a précédé la mise en place du réseau, 2 articles nous ont beaucoup aidé car ils présentaient les réflexions et les recommandations d'auteurs à partir de leur expérience dans ce domaine. Ce sont ceux de Borkovec et al. au début de la mise en place du *Pennsylvania 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, Fadila Dib, Bruno Falissard (U669).



● Comment s'inscrire ?

- ◆ Adresser un e-mail (mthurin@techniques-psychotherapiques.org) en faisant la demande d'inscription dans l'un des pôles du réseau (borderline, autisme et troubles envahissants du développement ou alzheimer et troubles apparentés).
- ◆ Le clinicien évaluera le suivi psychothérapeutique 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 Psychothérapeutiques



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 - mthurin@techniques-psychotherapiques.org
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>



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

- ◆ 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 Inter-net du réseau : www.techniques-psychotherapies.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 psychothérapeutique.
- ◆ 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 « ratapages » 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 présentiels.
- 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 pairs¹³ (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.

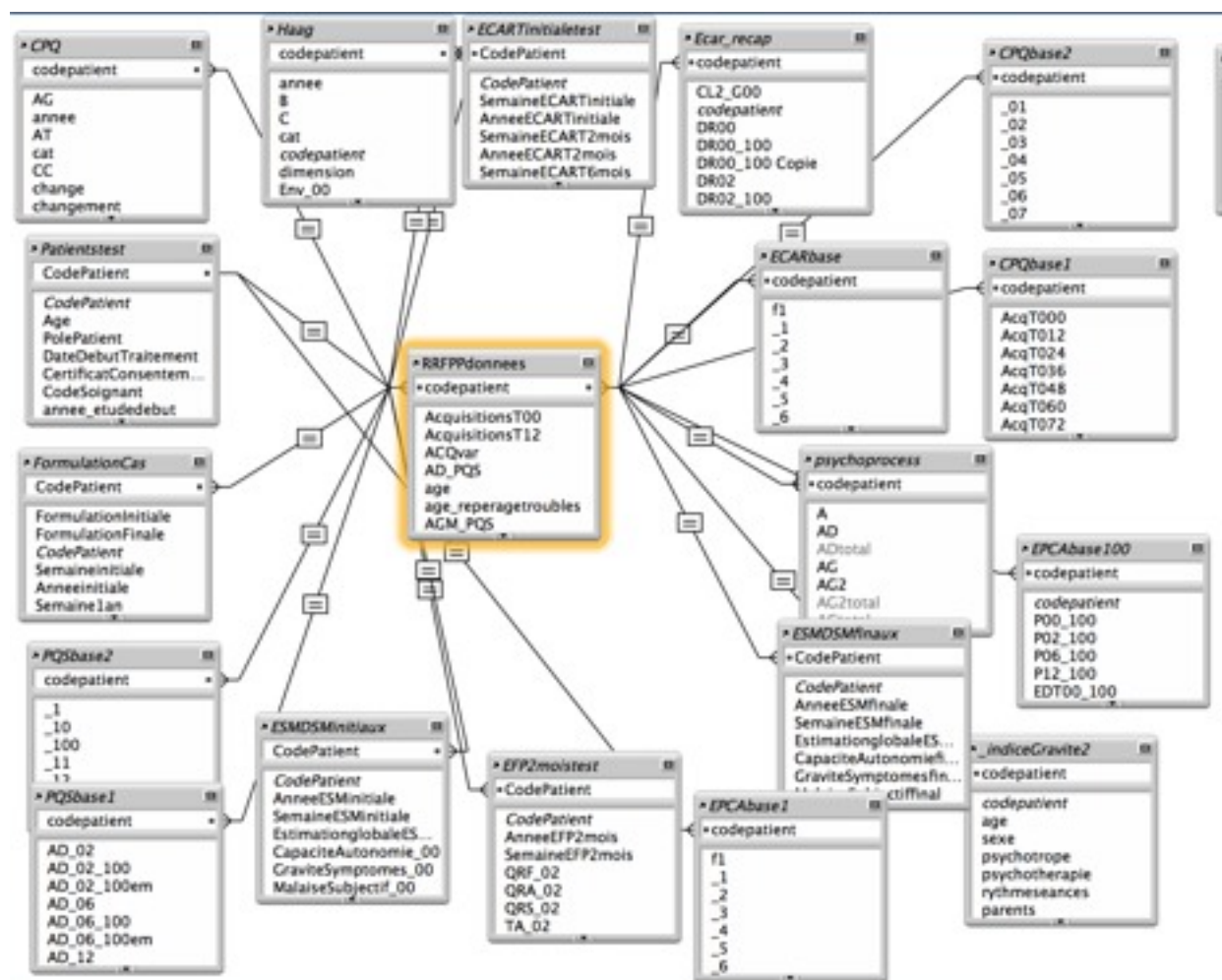
Les procédures à 6 mois, (9 mois si possible) et à 12 mois se déroulent de la même manière : le soignant transmet son évaluation, MT la réceptionne et en contrôle le contenu et la cohérence avant de l'intégrer dans la base.

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 aux 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 domaine¹⁴.

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 RRFPP ont, par définition, une vie indépendante des études individuelles. Afin de maintenir un RRFPP 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 RRFPP 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 RRFPP 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 débiter 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 ligne¹⁵.
- 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 Salpêtrière (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'hôpital 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 réunissant 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*

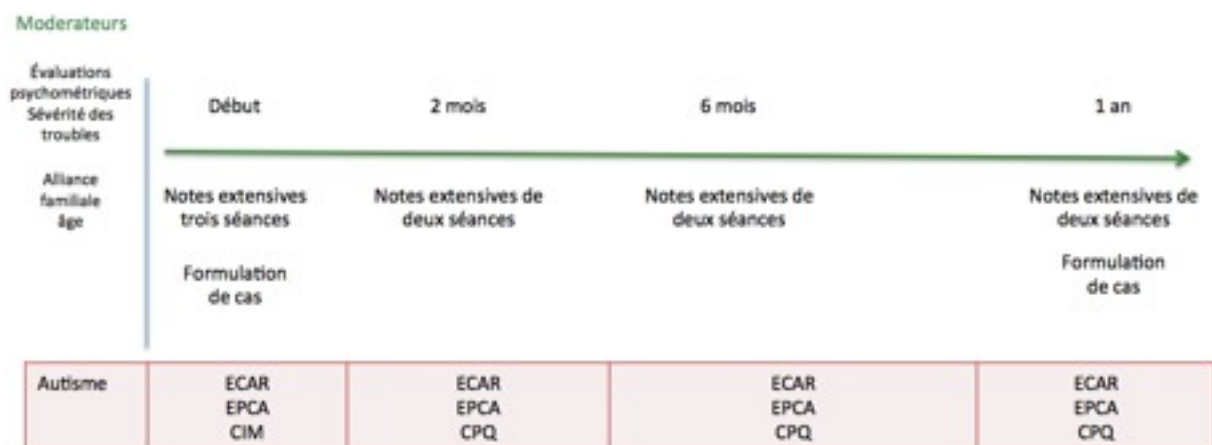
- [n° 55 \(décembre 2007\)](#). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Publication de la réponse à l'appel d'offre Inserm.
- [n° 56 \(mars 2008\)](#). RRFPP (2). Compte rendu des questions posées au cours de la journée du 25 avril 2008.
- [n° 57 \(juin 2008\)](#). RRFPP (3). 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.



SCHEMA CHRONOLOGIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES PAR LES CLINIENS

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 2004¹⁶ 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 Thurin¹⁷ et M Thurin¹⁸. 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 JM 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 Kazdin¹⁹, W Shadish²⁰, B Falissard²¹ et McLeod²². 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 Fishman²⁵ et en particulier le numéro consacré à la méthode d'étude comparative de cas²⁶, 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 al²⁷.

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* potentiels²⁸.

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» Method 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 ECAR²⁹ (comportements autistiques) et EPCA³⁰ (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 *restés 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 émergente³⁴ 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., Gaignic 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 dû 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.

Événements 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 répartis 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'effet³⁹ 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'accroît (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'effet⁴⁰ 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 items⁴¹ 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 délibérément 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 CVL⁴² à 2 mois, l'ECA⁴³ à 6 et 12 mois et l'IS⁴⁴, de façon croissante à 2, 6 et 12 mois. Les interventions CC⁴⁵ 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.

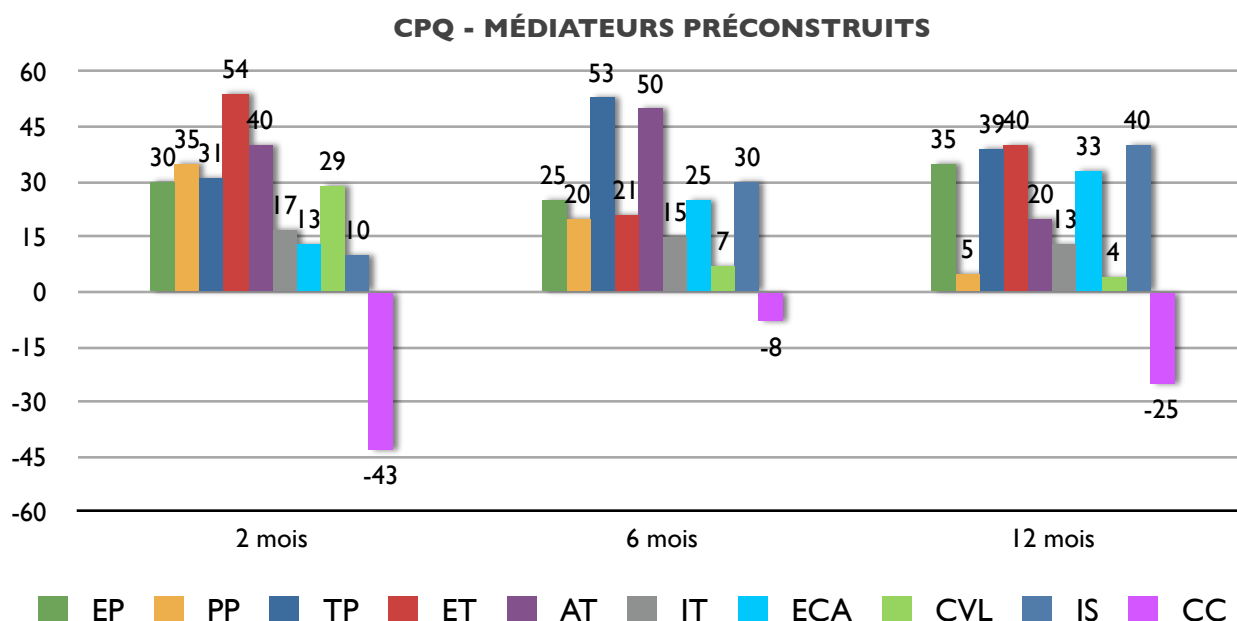
Les évolutions précédentes sont représentées dans le graphe suivant :

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 psychothérapie (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 corporel 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 corporel-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 psychothérapeutiques (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 émergent 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.

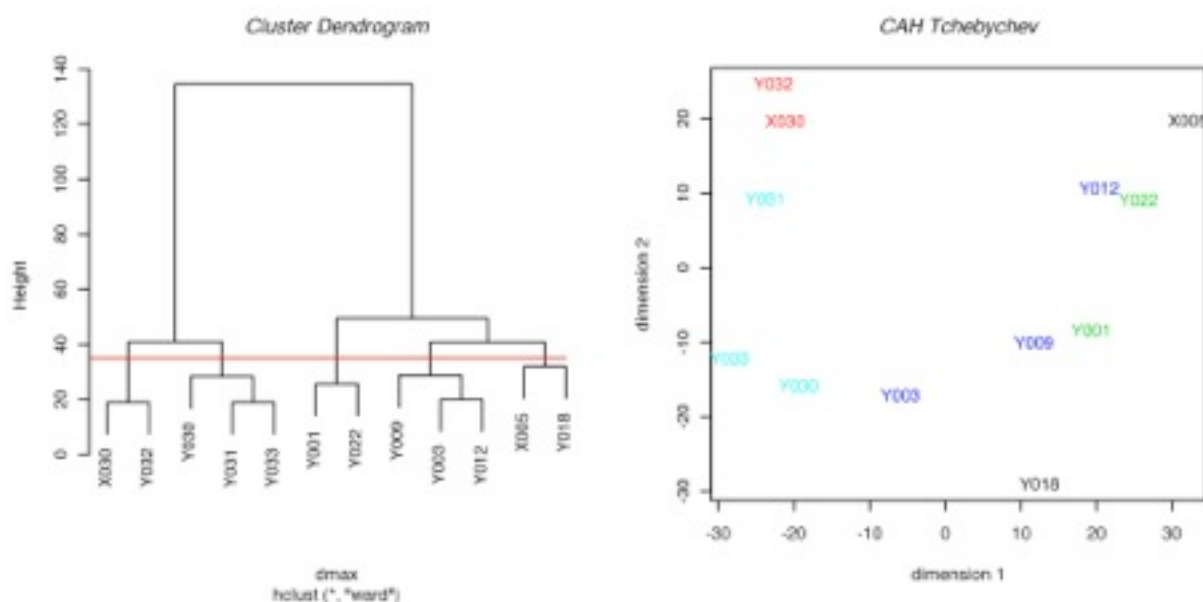
Un enfant est concerné par les scores les plus bas à la fois dans ECA et CVL ; 2 enfants sont concernés par les scores hauts, à la fois dans ECA et CVL.

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 effets⁴⁸. Un autre travail, présenté au congrès du IACAPAP⁴⁹ 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 adjustment 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 latente⁵⁰. 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 variabilité⁵¹. [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'ECAR⁵² : 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 consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic 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 cliniciens⁵³ ont inclus un enfant, dont ils conduisaient la psychothérapie, dans le pôle autisme du *Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques*. 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 spécialisée⁵⁴ 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 avons 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 psychanalytiques⁵⁵ 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 pairs⁵⁶ (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 enfant⁵⁷. 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 dimensions⁵⁹ (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 scores⁶⁰.
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 ; Aggressivité.

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.

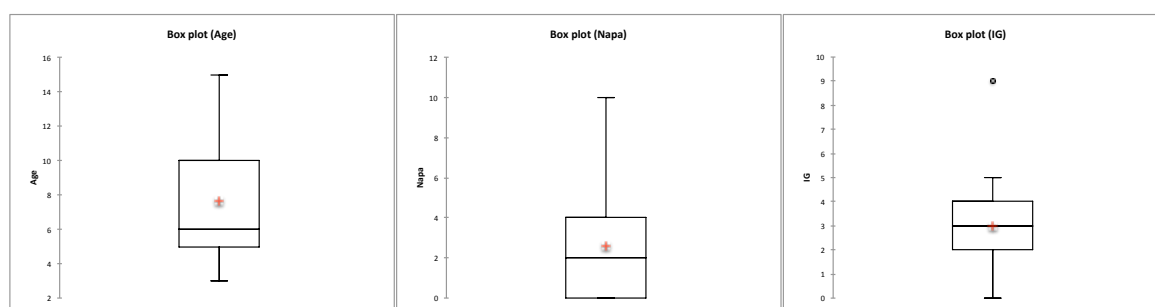
L'étude du cas de Merlin a été présentée plus haut ([accéder](#)) en est un exemple. Plusieurs autres cas ont été présentés à l'occasion de Séminaires, Cours universitaires ⁶¹, Journées scientifiques⁶², Posters ([SPR 2011](#), [SPR 2012](#)) ou publiés dans *Pour la recherche*. ([63](#) p 3-4, [68-69](#) 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 corpro 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 corpro-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 dépendantes⁶³. 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 soutenant.
- 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.

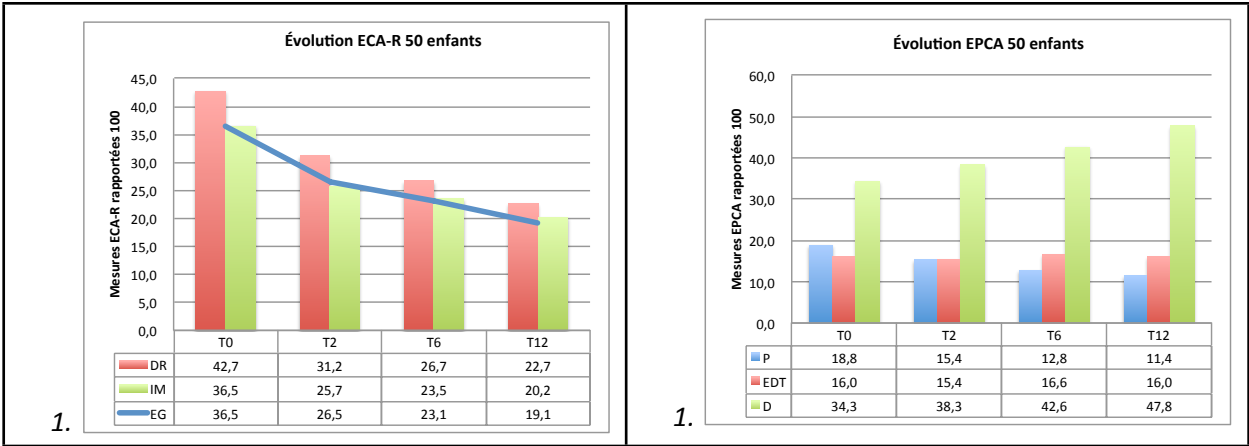
(accès aux tests t ECAR [EG](#), [DR](#) et [IM](#))

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'accroît 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.

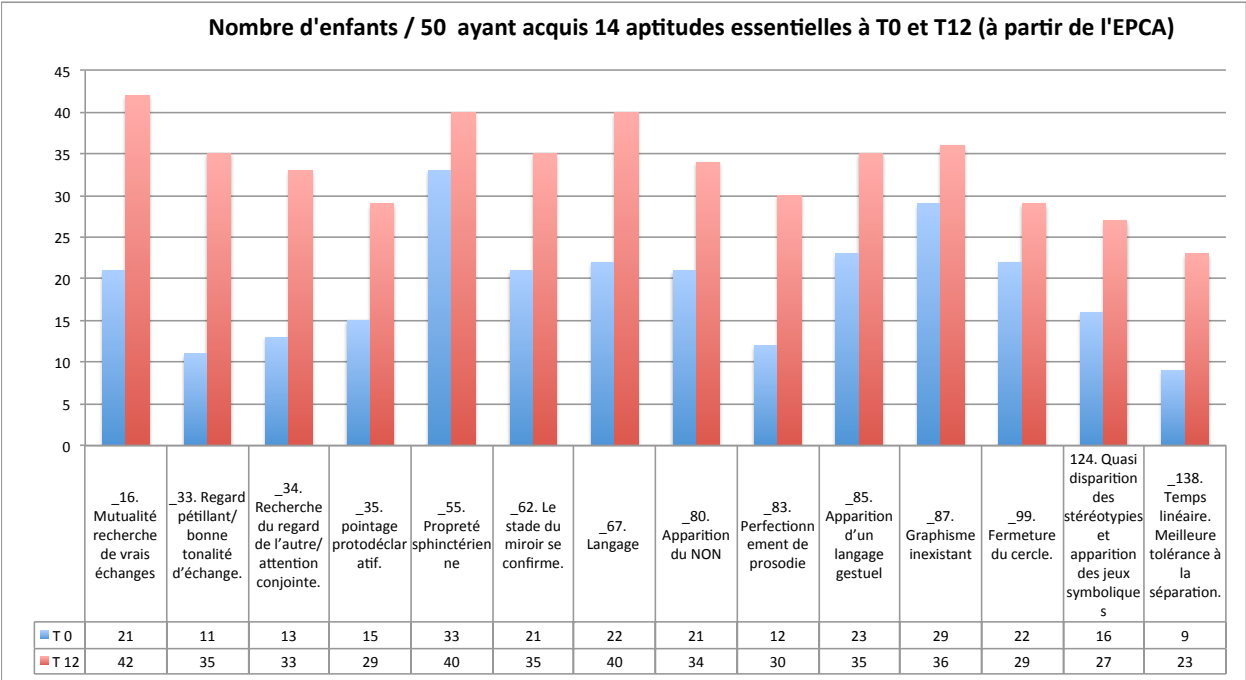
Un [tableau récapitulatif des données](#) distinguant les évolutions par dimensions, à partir des différents instruments, des enfants de 3 à 6 ans et de ceux de plus de 6 ans est présenté et commenté en annexe.

• 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 critères⁶⁵. 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 articles⁶⁶

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 complet⁶⁷, ainsi qu'un texte centré sur les prototypes de processus thérapeutiques idéaux⁶⁸.

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 de ceux qui seraient spécifiques à l'autisme, entrant dans les «facteurs pivots»⁶⁹ (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 étaient spécifiquement relatifs et en prenant en compte la signification de l'item suivant son signe ([descriptif en annexe](#)).

De façon à saisir également les médiateurs au plus près de la situation psychothérapique, nous avons recherché, à partir d'une analyse factorielle, si des communautés entre toutes ou certaines des 50 psychothérapies se trouvaient constituées à partir des cotations des 100 items du CPQ réalisées avec chacune d'entre-elles. Bien entendu, il était prévisible que ces communautés intégreraient des items relatifs à l'approche générale de référence (psychodynamique, cognitivo-comportementale ou autre) des cliniciens, mais elles seraient aussi le témoin de la façon dont les actions thérapeutiques que ces items décrivent sont activés dans des situations où le fonctionnement de l'enfant est lui-même décrit. 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*⁷⁰. 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 $\leq -1,32$ ou $\geq 1,32$) sont les suivants :

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 Les «facteurs pivots» sont des variables associées au passage d'un état à un autre. Le nouvel état (par exemple le regard ou l'acquisition du langage) a des conséquences en chaîne sur les fonctionnements individuels et psychosociaux.

⁷⁰ 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(1): 16-30.

item	formulation descriptive	Ms50P	Ms50Pva
9	Le thérapeute n'est pas réceptif (attitude froide, formelle, détachée) (R. <i>Le thérapeute est réceptif et impliqué affectivement</i>).	-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
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. <i>Le thérapeute se retient de répondre personnellement à la provocation et au matériel perturbant</i>).	-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. <i>L'enfant semble inconscient de ou manque de compréhension de ses difficultés internes</i>).	-1,83	1,83
41	L'enfant ne se sent pas compris par le thérapeute (R. <i>L'enfant donne le sentiment que le thérapeute comprend son expérience ou ses sentiments</i>).	-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. <i>Le thérapeute s'abstient de porter manifestement ou subtilement des jugements négatifs envers l'enfant</i>).	-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. <i>Le thérapeute recourt à des formulations exploratoires ou métaphoriques</i>).	-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	PP	TP	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 ; 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 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 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

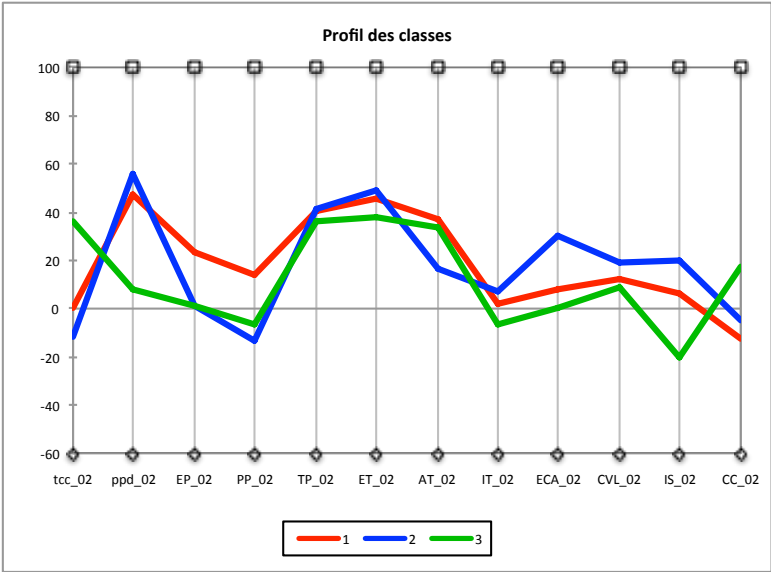
Recherche de profils de psychothérapies suivant l’activation des médiateurs préconstruits à 2, 6 et 12 mois

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 2 mois

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 psychothérapeutiques 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 autour 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».

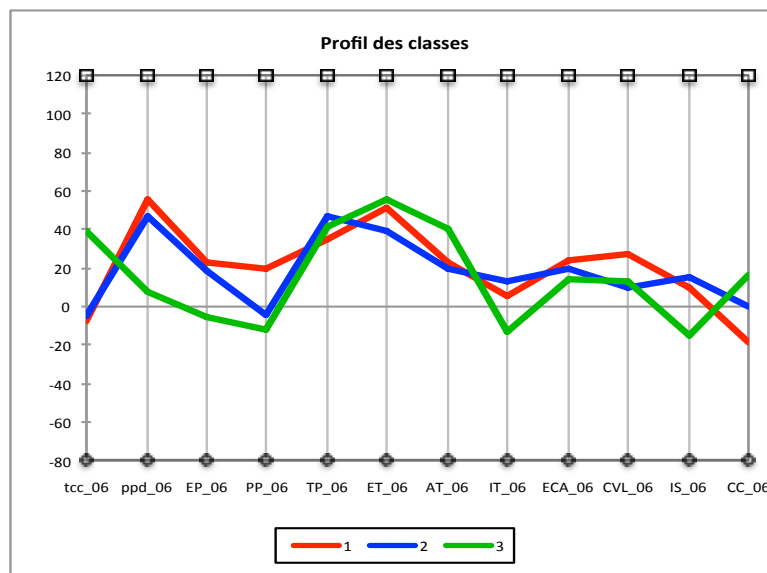
La classe 1 se distingue au niveau de «l'engagement» et de la «participation du patient» avec des scores positifs, contrairement aux deux autres classes.

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 des trois classes à 6 mois ?

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 environs 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. 40 enfants ont maintenant un score d'engagement = 20. 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 2 mois 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 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.

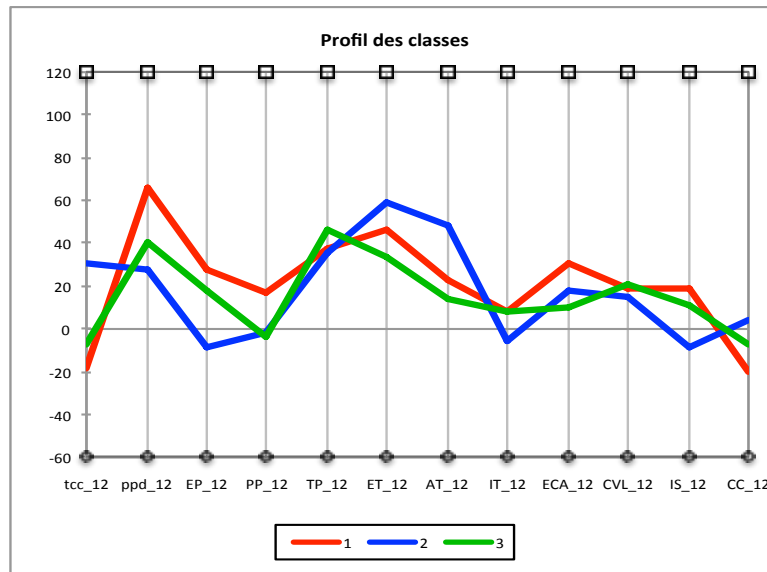
La classe 3 se distingue des deux autres classes concernant l'engagement du patient et l'interaction qui sont dans le négatif, contrairement aux deux autres classes, et par un score d'engagement et d'ajustement du thérapeute plus élevé que celui des 2 autres classes. La classe 2 n'a pas de distinctions 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 des trois classes à 12 mois?

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 (30).

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.

Récapitulatif de la classification en 3 classes à 3 temps à partir des médiateurs préconstruits

En se référant à l'implication des enfants dans la psychothérapie, à l'engagement et à l'ajustement du thérapeute, et aux techniques spécifiques qui y sont appliquées, les différences et leurs évolutions peuvent être résumées par les 3 tableaux suivants :

	caractéristiques générales de la psychothérapie à 2 mois	score ppd	score tcc
Classe 1	22 enfants avec engagement significatif (25) et participation positive à la psychothérapie (15). CVL et ECA entre 10 et 20. IS ≈ 10	≈ 50	0
Classe 2	18 enfants avec absence d'engagement (0) et participation négative à la psychothérapie (-5). ECA et CVL très positifs, ainsi qu'IS	≈ 60	-10
Classe 3	10 enfants avec engagement négatif (-5) et participation négative à la psychothérapie (-10).	≈ 10	≈ 40

Tableau 1 : caractéristiques générales de la psychothérapie dans chaque classe à 2 mois.

	caractéristiques générales de la psychothérapie à 6 mois	score ppd	score tcc
Classe 1	21 enfants avec engagement significatif (20) et participation positive à la psychothérapie (20). ECA 20 et CVL 30. IS ≈ 10	≈ 60	-5
Classe 2	19 enfants avec engagement significatif (20) et participation neutre à la psychothérapie (0). ECA 20 et CVL 12. IS 12.	≈ 50	-5
Classe 3	10 enfants avec engagement négatif (-3) et participation négative à la psychothérapie (-10). Engagement thérapeute 50 et ajustement 40. ECA et CVL ≈12. IS -20	10	40

Tableau 2 : caractéristiques générales de la psychothérapie dans chaque classe à 6 mois.

La classe 2, à très forte référence ppd à 2 mois est devenue majoritaire et devient la classe 1. La classe 3 à référence majoritaire tcc reste stable avec 10 enfants concernés.

	caractéristiques générales de la psychothérapie à 12 mois	score ppd	score tcc
Classe 1	19 enfants avec engagement significatif croissant (30) et participation positive à la psychothérapie (20). ECA 30 et CVL 18. IS ≈	≈ 65	-20
Classe 2	12 enfants avec engagement négatif (-5) et participation neutre à la psychothérapie (0). Engagement thérapeute 60 et ajustement 50. ECA 20 et CVL ≈15. IS -20	30	30
Classe 3	19 enfants avec engagement significatif (20) et participation neutre à la psychothérapie (0). ECA 30 et CVL 18. IS ≈	40	-5

Tableau 3 : caractéristiques générales de la psychothérapie dans chaque classe à 12 mois.

À 12 mois, la classe 3, caractérisée par un score tcc élevé (30) devient la classe 2. Le score ppd est devenu identique au score tcc (30).

Les barycentres des classes sont présentés dans le tableau 4

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

Tableau 4. Barycentres des 3 classes à partir du CAH issue des médiateurs préconstruits à 2 mois, 6 mois et 12 mois

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 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](#))

- **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 latente⁷¹. *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 $\geq 1,2$ 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 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 $\geq 1,2$ 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.

⁷¹ 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.

- **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 $\geq 1,2$ 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 $\geq 1,2$ 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](#))

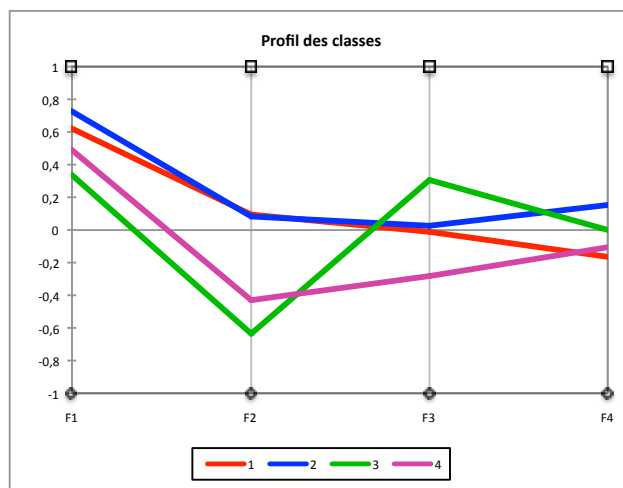
Corrélations entre les facteurs et les psychothérapies des 50 patients

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 partagée 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).

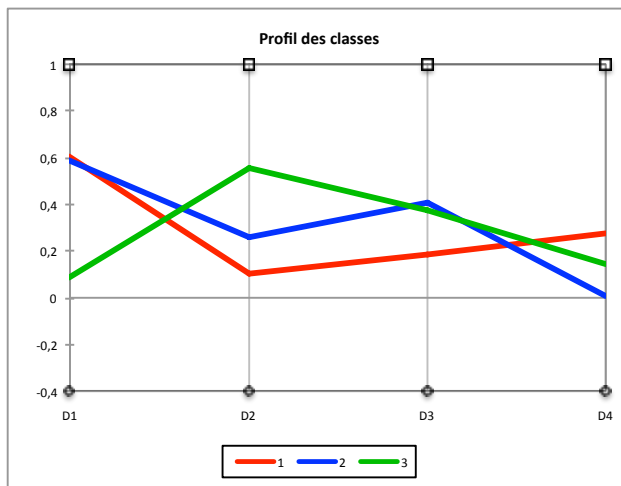
Le facteur 2 intervient pour 11% de la variance. Les 18 items qui le composent dont le poids est ≥ 1 comprennent 5 items fortement négatifs par rapport à une approche psychanalytique (90, 98, 46, 67, 93) et 4 items fortement positifs par rapport à une approche cognitivo-comportementale (17, 66, 3, 55) 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 pensées 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, dès 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 contenant 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 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 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 :
 - o 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 Strupp⁷² 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

⁷² 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.

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.

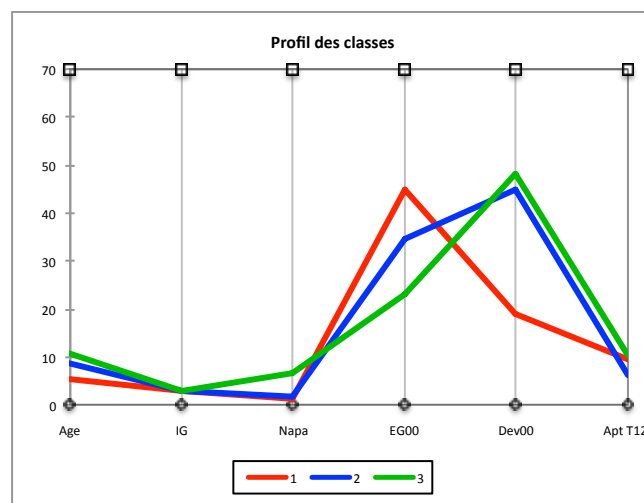
b) Comparaison des 50 cas regroupés,

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 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'antécédents 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 enfants⁷³ sont entrés en psychothérapie à 3 ans⁷⁴.

- 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

⁷³ [Y019, Yi20]

⁷⁴ 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

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 psychothérapie⁷⁵.

- 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, antécédents 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

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 psychothérapie⁷⁶

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

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

- Six d'entre eux sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en psychothérapie d'orientation psychomotrice.
- Trois enfants⁷⁷ commencent leur psychothérapie au moment de leur inclusion dans l'étude. Trois d'entre eux⁷⁸ sont déjà en psychothérapie depuis 1 an, et deux⁷⁹ depuis 2 ans.
- Leurs âges, antécédents 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

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.

77 [Y021, Y034 et Y037]

78 [Y018 et Y036, Y014]

79 [X003 et Y001]

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

● *8 enfants de 6 ans sont en psychothérapie⁸⁰.*

- Six d'entre eux sont en psychothérapie psychodynamique, 2 en thérapie d'échange et développement
- Deux enfants⁸¹ commencent leur psychothérapie au début ou dans l'année de l'inclusion dans l'étude, trois⁸² sont déjà en psychothérapie depuis 1 an, deux⁸³ depuis 2 ans et un⁸⁴ 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
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. À 12 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 ?

⁸⁰ [Yi06, Yi13, Yi25, Y031, Y003, X030, Yi22, Y027]

⁸¹ X030 et Yi22

⁸² Y031, Y003 et Y027

⁸³ Yi13 et Yi25

⁸⁴ [Yi06]

- 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.

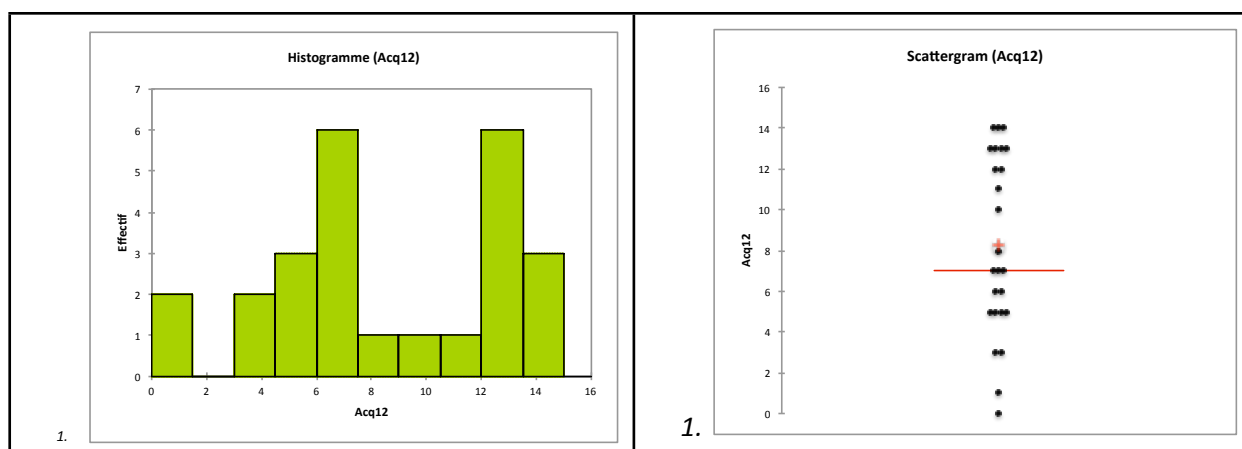
• Récapitulatif de l'évolution comparée des enfants de 3 à 6 ans

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 décroît 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.

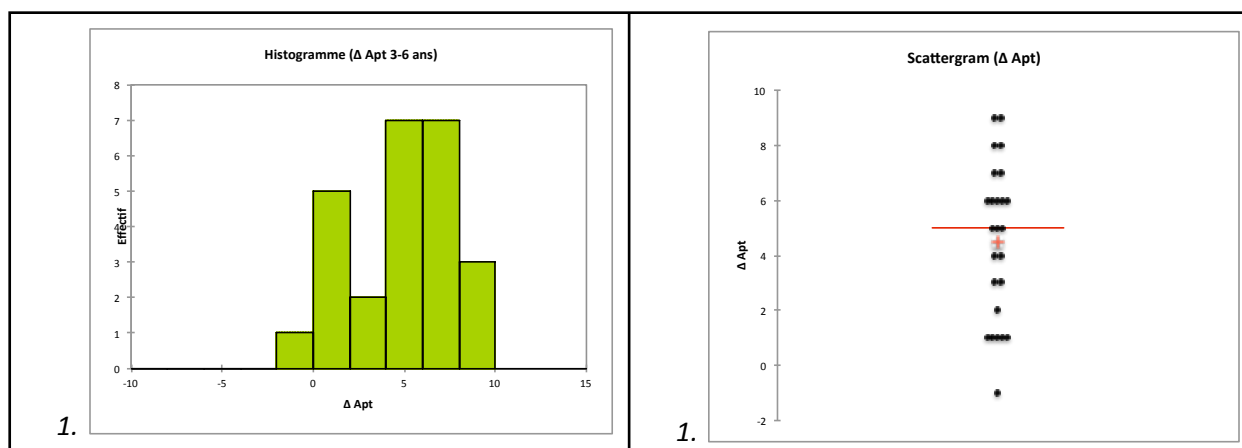
Le nombre d'aptitudes acquises dans le groupe des enfants de 3 à 6 ans est représenté par l'histogramme suivant :



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

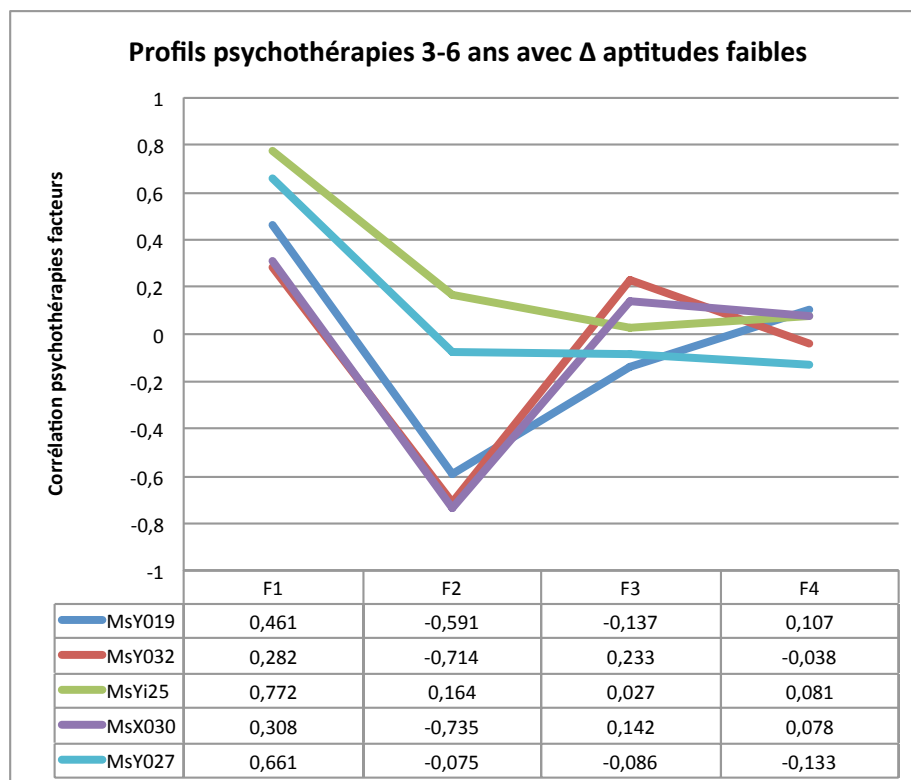
CP	Age	Napa	EP	PP	TP	ALM	ET	AT	IT	ECA	CVL	IS	CC	ppd	tcc
Y019	3	0	-16,7	-18,3	35,2	17,8	69,4	60,0	-5,6	12,5	6,0	-9,2	15,8	9,8	33,1
Y032	4	0	-13,3	3,3	31,5	6,7	36,1	28,3	-20,8	1,4	6,0	-28,3	27,5	-3,4	38,9
Yi25	6	1	-5,0	8,3	31,5	14,9	56,9	13,3	0,7	13,9	22,6	22,5	-22,5	56,3	-8,0
X030	6	0	-1,7	-23,3	36,1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



Profils individuels des psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles [-1 ; 1] à partir des médiateurs émergents⁸⁵

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.

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.

⁸⁵ 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.

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 8^{ème} 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 2^{ème} année de psychothérapie. Il a 2 acquisitions en début de 2^{ème} 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 pauvres⁸⁶.

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 3^{ème} 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'être contenues.

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.

86 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.

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 soutenant, 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 soutenant 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).
- 7/14⁸⁷ participent à ses activités.
- 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 14⁸⁸.
- 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 enfants⁸⁹ (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).

87 sauf Y018, Yi07 et X007

88 sauf Yi22 et Y037

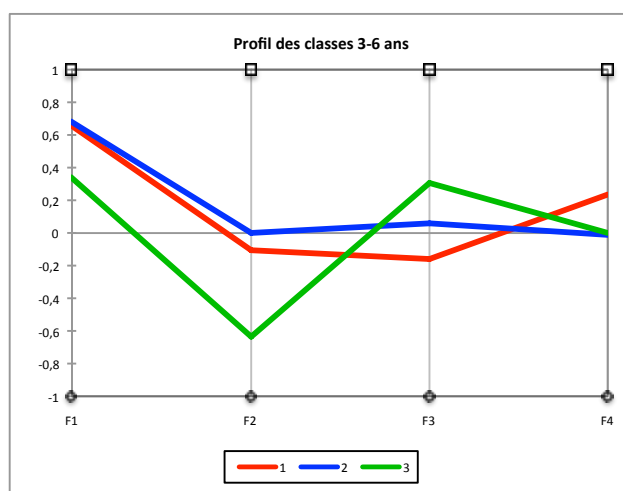
89 sauf ECA pour Yi06 et CVL pour Y018

- 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 (1 enfant).

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 $[+04 \dots -04]$ 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).
- 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 entraîne 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 crée 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 majeure partie des encastresments 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 des 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 importants de la communication et des retraits dépressifs. Il a de nombreux réveils nocturnes 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 entraînent 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 gêne 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 aînés 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 psychothérapie⁹⁰.

- 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.

Leurs âges, antécédents 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

⁹⁰ [Yi19, Xi32, Y044, Y017]

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 psychothérapie⁹¹.

- 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%.

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

⁹¹ [Y041, Yi16, Y013 et Yi15]

secondaire par rapport à la variable Napa⁹². 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 psychothérapie⁹³.

- 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 psychothérapie⁹⁴.

- 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

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 réduit. *Nous rechercherons plus loin si des éléments individuels peuvent éclairer cette trajectoire.*

⁹² Napa : nombre d'années de psychothérapie antérieures

⁹³ [Y012, Yi28]

⁹⁴ [Y022, Yi11, Yi10]

● 4 enfants de 11 ans sont en psychothérapie⁹⁵.

- 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

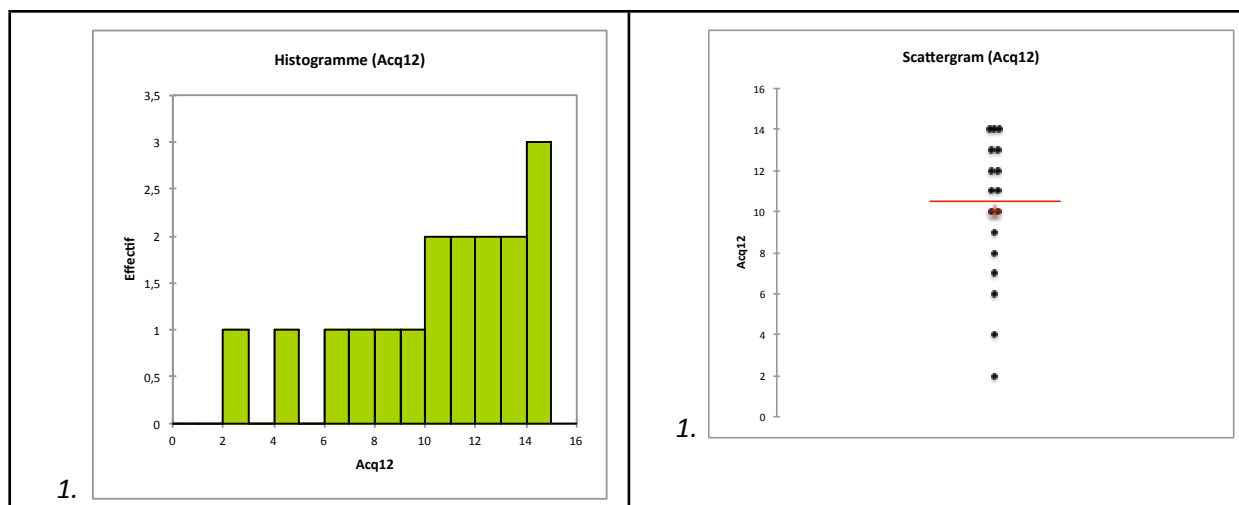
	IG	CP	Age	Napa	EG00	Acq00	EG12	Acq12	Δ Apt	
	1	Y044	7	0	47	0	28	8	8	PPD
	0	Yi19	7	2	12	8	3	11	3	PPD
	3	Xi32	7	3	38	3	23	12	9	PPD
	4	Y017	7	4	58	1	46	2	1	PPD
Moy									5,3	
sd									3,9	
	3	Y041	8	0	47	6	32	9	3	PPD
	3	Yi15	8	2	32	11	12	14	3	PPD
	3	Y013	8	3	47	4	33	6	2	PPD
	2	Yi16	8	6	34	1	14	7	6	PPD
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	
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 =

⁹⁵ [Y011, Y020, Xi03, Yi05]

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%).

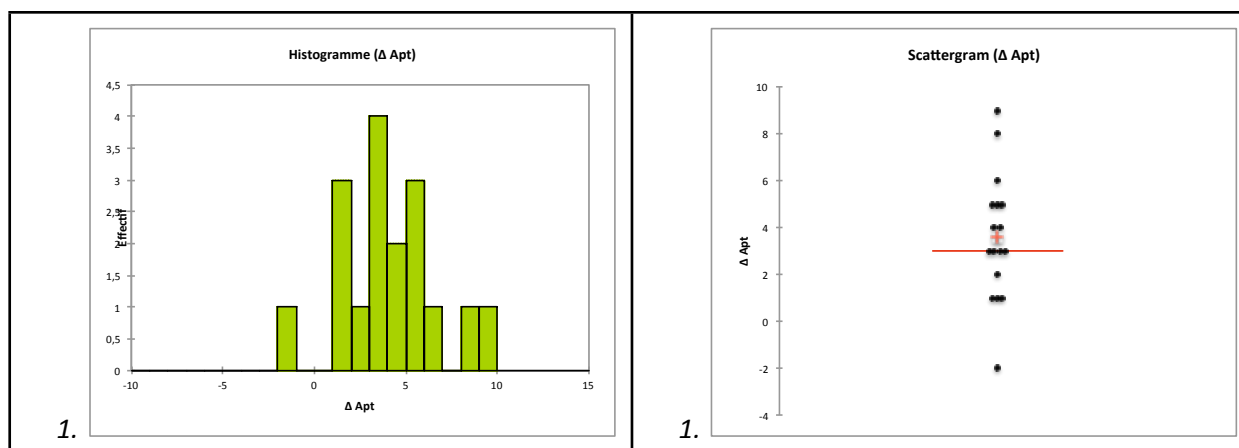
Le nombre d'aptitudes acquises dans le groupe des enfants de 7 à 11 ans est représenté par l'histogramme suivant :



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.

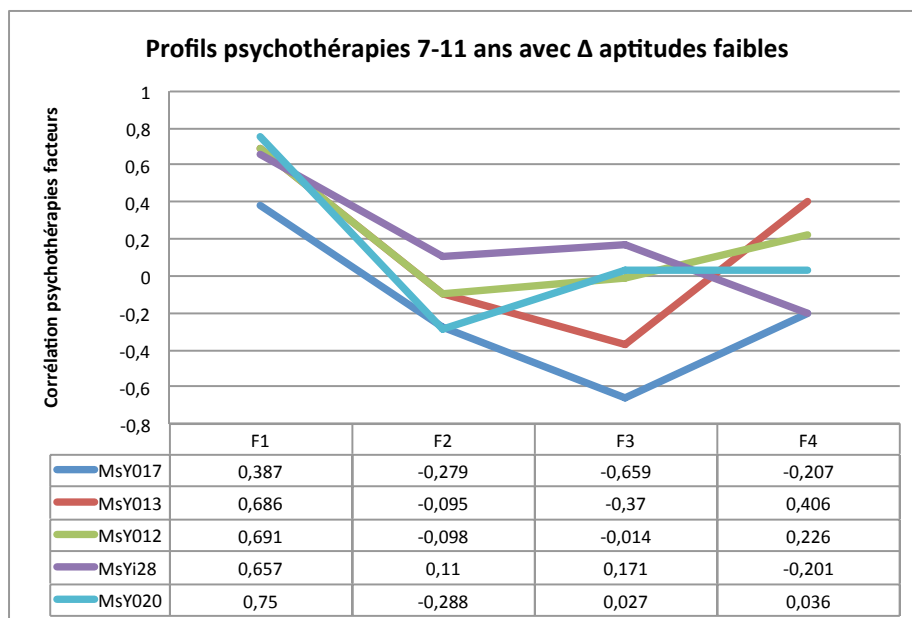
L'engagement du thérapeute est à un niveau élevé similaire à celui de l'ensemble du groupe 3-11 (44 vs 43). L'ajustement est un peu plus fort que celui de l'ensemble du groupe 3-11 (26 vs 21). L'interaction centrée sur des thèmes est négative pour 4 des 5 patients. Les scores des médiateurs techniques 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,



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 actuelle⁹⁶. 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 souteneurs 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,

⁹⁶ 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 (item 64), 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 (item 10), 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).

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 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 soutenant, 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

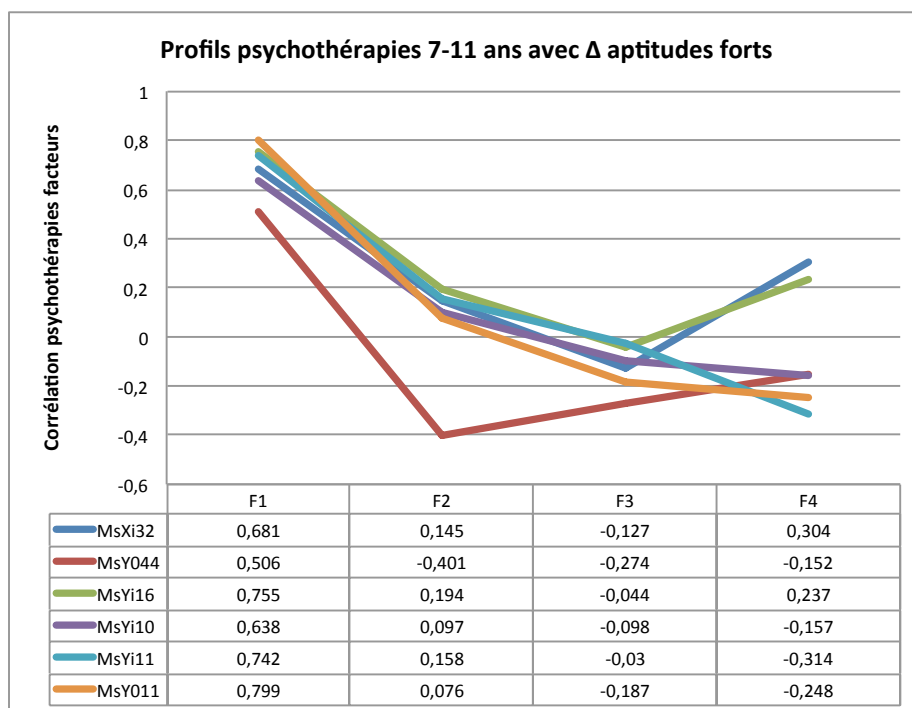
Concernant les médiateurs préconstruits, tous les enfants ont un score d’engagement positif similaire à celui de l’ensemble du groupe 7-11, avec cependant 2 enfants dont le score est faible (Xi32 et Y044). La participation de 5 enfants sur 6 (à l’exception de Yi10) est également dans le positif. La relation 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 Y044⁹⁷ 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.



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

⁹⁷ La psychothérapie de Y044 présente les éléments spécifiques suivants: F1 souligne que l'enfant est peu animé (item 13), communique de façon plutôt inaffektive (item 40) et que la thérapie cherche son assise. F2. l'enfant n'inclut pas le thérapeute dans son jeu (item 64) ; 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.

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 soutenant. 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, connaît 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 sœur 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 sœur. 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 dé péri 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 psychothérapie⁹⁸.

- 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
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

⁹⁸ [Y015, Y009, Yi14, X005, Yi24, Yi23, Yi17 et Yi30]

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.

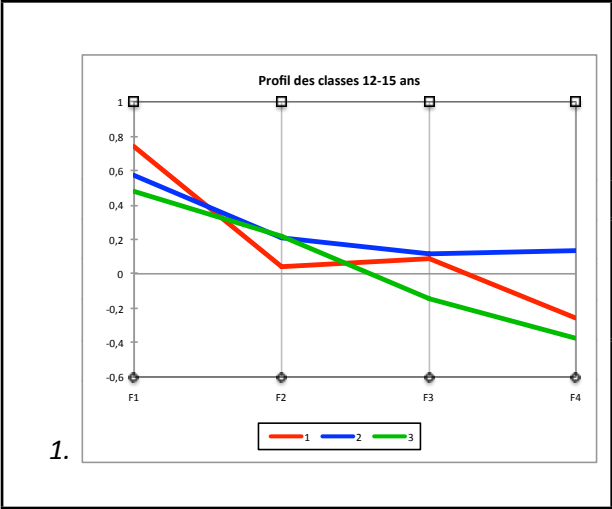
Influence des médiateurs ?

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



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 Y009⁹⁹ 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 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 Yi14¹⁰⁰ 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 transmet 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'hôpital de jour à 4 ans dans une équipe pluridisciplinaire contenant. 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

99 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.

100 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 sexuelles émergent à 2 et 12 mois (item 11), il dirige sa colère ou ses sentiments agressifs vers l'extérieur (item 85 R).

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 à ses séances est tombé malade, la psychothérapie s'est alors réduite à une séance par semaine. Cependant, il y a eu une 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 paraît 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 scénari 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 a publié de nombreux ouvrages et une multitude 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 pédopsychiatrie, 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-résultats 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 ($\geq 16\%$, $p < 0,001$) des symptômes et comportements autistiques.

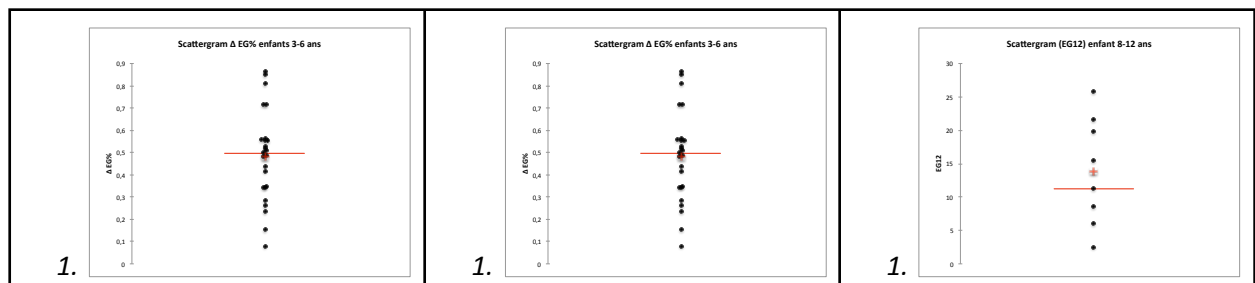
Pour dix-neuf d'entre eux (76%), cette réduction des symptômes a été accompagnée d'un gain sensible (≥ 3) [3 ; 9] d'acquisitions essentielles (relation, regard, échange, propreté, image de soi, langage, graphisme, stéréotypies et jeu, temporalité).

- 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 ($\geq 12,5\%$, $p < 0,001$) 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 :



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 différencie 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 préexistent 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 psychodéveloppementaux 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 par un thérapeute se référant 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 définis par la référence à une thérapie spécifique et des « emprunts » aux autres thérapies. Ces « emprunts » 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 et réciproquement plusieurs psychothérapies d'orientation psychanalytique ont des scores « cognitivo-comportementaux » positifs associés aux scores « psychodynamiques ». 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 et sont 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 la situation externe qui l'environne, 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 qui conduit la psychothérapie. Cette perspective est complétée par la lecture des données cliniques du cas par des de pairs « extérieurs ». Comme nous

l'avons vu avec le cas de Merlin, ce premier abord est initié 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 par l'analyse des 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 présente 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 permet 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 intrapsychiques. Elles permettent aussi de le suivre dans le rapport qu'il établit avec sa psychothérapie (les thèmes qu'il aborde, ses activités (jeu, dessin,...) et avec son thérapeute (ses interactions avec lui). Du côté du thérapeute, les actions thérapeutiques qu'il met en œuvre sont présentées en relation avec son engagement et son ajustement de son approche aux spécificités de l'enfant. 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 (Stiles). 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. En revanche, elle fait ressortir des éléments qui ne sont pas visibles sur un cas isolé, notamment ses 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.

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. Quarante-six enfants ont un bon soutien psychosocial, 44 vont à l'école et tous bénéficient d'un bon plateau technique.

La formulation de cas initiale, réalisée après les 3 premiers entretiens, indique que les principaux troubles distingués par les thérapeutes chez les 50 enfants du groupe sont principalement de trois ordres : 1) les troubles du développement du langage, 2) les troubles des interactions et 3) la réactivité

forte de l'enfant à certaines situations. Certains troubles sont du domaine du retard, d'autres sont liés à l'expression. Les cliniciens ont davantage décrit les troubles des interactions.

Les objectifs envisagés tournent autour de 4 grands domaines : 1) *développer la communication et les interactions* à plusieurs niveaux : 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 familial (travailler avec les parents) ; 2) *réduire l'intolérance à la frustration* ; 3) *travailler l'articulation entre corporel et psychique psycho-corporel* ; et 4) *développer les 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).

Les résultats issus des 50 cas montrent que les scores à l'ECAR ont bien régressé (moy : xxx ; sd : yyy), les scores de pathologie à l'EPCA ont également bien régressé (moy : xxx ; sd : yyy), tandis que les scores de développement se sont significativement élevés (moy : xxx ; sd : yyy). De façon générale, les enfants ont réduit leurs symptômes autistiques et augmenté leur développement.

Concernant les acquisitions évaluées à l'EPCA, 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, le score de l'insight s'élève sensiblement tout en restant négatif chez la plupart des enfants, celui de de l'état émotionnel et de son expression accompagné d'une réduction des affects négatifs et des défenses (EAD) gagne près de 5 points, celui de la relation au monde et aux autres (RMA) s'élève de 8 points.

Le processus interne de la psychothérapie des 50 cas dessiné à partir des 100 items du CPQ fait apparaître une grande diversité des cas. Cependant 3 médiateurs sont particulièrement actifs : 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, une analyse factorielle a été réalisée à partir de la moyenne des scores de chaque item du CPQ sur l'année 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 cinq médiateurs : le cadre psychothérapique, l'ajustement du thérapeute, le travail psychothérapique centré sur les affects et celui centré sur la verbalisation et le langage, et l'enfant qui, dans l'ensemble, est animé et actif. Le second facteur concerne un groupe de x enfants et explique 9% de la variabilité. Il regroupe les éléments spécifiques de la technique du thérapeute en relation à deux prototypes (psychodynamique ou cognitivo-comportemental) et l'attitude de l'enfant qui peut être favorable ou défavorable au travail psychothérapique. Le troisième facteur concerne un groupe de x enfants et explique 4,3% de la variabilité. Il décrit un enfant curieux, clair, imaginatif qui peut exprimer des sentiments conflictuels ou ambivalents à son thérapeute (ou l'inverse) et l'approche du thérapeute (plutôt cognitivo-comportementale ou psychodynamique) qui l'accompagne. Le quatrième facteur concerne un groupe de x enfants et explique 3% de la variabilité. Il 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 de l'action thérapeutique. 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 dans des situations particulières telles que le fait d'être confronté à un enfant désaccordé qui refuse tout. 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 observées 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 plus précise de la diversité comparant chaque cas avec les autres. C'est le troisième niveau d'analyse.

5. À partir des cas comparés

La comparaison inter-cas permet un accès vers la compréhension des facteurs qui sous-tendent les différences de trajectoire. Une différence notable par rapport à la courbe moyenne d'évolution d'un groupe «analogue» introduit une interrogation sur «la» cause qui la sous-tend. L'identification de la cause d'un blocage ouvre la voie d'une prise en compte thérapeutique d'un facteur latent méconnu. Des résultats particulièrement satisfaisants peuvent permettre également de rechercher les différents facteurs qui y contribuent. L'intérêt de cette approche ne doit jamais faire perdre de vue que le jugement clinique apporte une information qualitative déterminante dans l'évaluation des changements. La dimension quantitative associée est relative à des indicateurs qui ne prétendent pas recouvrir toutes les dimensions de l'évolution. Par ailleurs, l'évolution d'un enfant n'est pas linéaire. La perspective est clinique, cognitive et pragmatique.

Les recherches menées dans le réseau permettent d'aborder les trajectoires d'évolution de sous-groupes de cas dont certains paramètres (âge, nombre d'années antérieures de psychothérapie, gravité des comportements autistiques et développement initial) sont communs. Les trajectoires de ces cas «analogues» sont-elles communes ? Seulement partiellement. Les différences inter-cas conduisent à considérer l'impact potentiel de variables complémentaires, notamment contextuelles.

Les comparaisons de sous-groupes ont été réalisées à partir d'une communauté d'âge des enfants et en introduisant de façon systématique comme variables complémentaires l'indice de gravité potentielle (IG), le nombre d'années de psychothérapie antérieures (Napa), ainsi que les scores initiaux de comportements autistiques (EG) et développementaux (généraux (Dev) et à partir des aptitudes acquises(Δ Apt)).

Les évolutions moyennes dans chaque classe d'âge sont construites à partir des changements constatés sur une durée d'un an. Elles sont résumées dans le tableau 1 suivant :

	Age	Nombre	IG	Napa	Δ EG	% EG	Δ Dev	TE Dev	Δ Apt
Moy	3-4	9	3,3	0,3	19	49 %	16	1,6	4,1
sd			2,3	0,7	11,2	0,2	18,5	1,8	3,2
Moy	5-6	16	3,1	1,1	18	48 %	16,4	1,6	4,7
sd			1,4	0,9	10,2	0,2	10,8	1,0	2,6
Moy	7-11	17	2,8	3,8	15,8	49 %	10,8	1,0	3,6
sd			1,5	2,5	4,8	0,2	8,7	0,8	2,7
Moy	12-15	8	2,8	5,8	17,1	58 %	7,5	0,7	3,8

sd			1,3	3,8	6,3	0,2	7,5	0,7	2,8
----	--	--	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Tableau 1 : Évolutions moyennes des comportements autistiques et du développement dans les tranches d'âge 3-4, 5-6, 7-11 et 12-15 ans

Ces évolutions moyennes montrent des caractéristiques intéressantes.

- Pour chacun des groupes, l'indice de gravité potentielle est similaire, avec toutefois une réduction suivant l'âge (3,3 pour les enfants les plus jeunes et 2,8 pour les enfants les plus âgés). Cette différence pourrait traduire une action de la psychothérapie sur certains modérateurs. 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 objective le fait 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), leurs symptômes et comportements autistiques continuent à se réduire.
- 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. 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 forts 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 évolutions 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 5 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 5 enfants de 7 à 11 ans, 4 sont en psychothérapie psychodynamique et 1 en thérapie psychomotrice. Les médiateurs préconstruits font état d'une réduction de l'engagement pour 3 enfants et d'une participation négative ou nulle pour les 5 enfants. De même l'interaction sur les thèmes est négative pour 4 enfants. Les scores des médiateurs *communication*, *verbalisation*, *langage* (CVL) et *psychodynamique* (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 qui sont décrits comme désaccordés ou peu attentifs et qui ne s'engagent pas dans le jeu. Les modérateurs signalent que les parents sont soutenant, que la prise en charge de ces enfants est plurielle. Cependant, des difficultés diverses (violence de l'enfant, discontinuité dans le suivi, échec de la thérapie, atteinte grave), interviennent négativement.

- Concernant les évolutions les plus importantes, 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 14 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'une relation transférentielle très forte chez l'ensemble d'entre-eux, d'un engagement positif (4) ou très positif (11) des enfants, et d'une participation positive pour la moitié d'entre eux. 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 de 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.

Les 6 enfants de 7 à 11 ans sont tous en psychothérapie psychodynamique. Les médiateurs préconstruits montrent que leurs scores de participation, de transfert, d'interaction sur les thèmes, de communication et verbalisation sont plus élevés que ceux de l'ensemble du groupe 3-11 et que du groupe avec faible gain d'aptitudes. 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 des 3-6 ans. 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.

Les 8 enfants de 12 à 15 ans sont en psychothérapie psychodynamique. Les médiateurs préconstruits montrent que les scores de transfert patient et de technique psychodynamique sont assez forts, que le médiateur *communication, verbalisation, langage* 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 2, 3 et 4 ci-dessous

Age	Nbre enfants	Nbre Δ Apt faibles	%	Nbre Δ Apt forts	%	total Apt ≥12	%
3-4	9	2	22 %	4	44 %	3	33 %
5-6	16	3	18 %	6	38 %	6	38 %
7-11	17	5	29 %	3	18 %	7	41 %
12-15	8	-	-	2	25 %	5	63 %

Tableau 2 : nombre et % de psychothérapies avec gains d'aptitudes faibles et forts¹⁰¹, par tranches d'âge. Parmi les 9 enfants de 3-4 ans, 2 d'entre eux n'ont acquis aucune ou 1 aptitude, alors que 4 d'entre-eux en ont acquis entre 6 et 9 et 3 d'entre eux disposent à la fin de l'année de 13 ou 14 (le maximum) aptitudes acquises.

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.

¹⁰¹ gain d'aptitudes ≥6 durant l'année ou ≥12 à la fin de l'année d'étude

7-11	5	4 PPD, 1 Pmot	Engagement faible pour 3 enfants et participation négative ou nulle pour les 5 enfants ; interaction sur thèmes négative pour 4 enfants. Scores CVL et PPD réduits par rapport à ceux de l'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 soutenant, prise en charge plurielle. Mais difficultés diverses (violence de l'enfant, discontinuité dans le suivi, faibles résultats de la thérapie, atteinte grave), interviennent négativement
12-15	0	tous PPD			

Tableau 3 : variables de processus et modérateurs inférés dans les évolutions faibles, par tranches d'âges.

Age	Nbre	influence type psychothérapie	médiateurs préconstruits	médiateurs 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 ++ . 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 de 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 pour participation, transfert, interaction thèmes, communication, verbalisation, approche psychodynamique que ceux de l'ensemble du groupe 3-11 et du groupe avec faibles gains d'aptitudes.	Le facteur commun F1 est très activé et le F2 activé positif chez 5 enfants, ainsi que le facteur F3 chez 3 enfants, ce qui rejoint l'analyse faite pour le groupe 3-6 ans.	Comme pour le groupe 3-6 ans, existence d'une confiance de fond. Entourage très proche, possibilité de relais par l'environnement social ou de convergence positive des 2 contextes
12-15	8	8PPD	Transfert patient et approche PPD ++, communication, verbalisation, langage ++ 7/8, engagement thérapeute ++.	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 4 : variables de processus et modérateurs inférés dans les évolutions importantes, 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*¹⁰². 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.

¹⁰² 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.

Des articles déjà publiés (Amenta et Messeca et ¹⁰³) et à publier (Molinié, Gausset, de Oliveira¹⁰⁴) 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 ont 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, ils 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 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

¹⁰³ Amenta M et Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74 (2-3) : 5-6.

¹⁰⁴ Molinié M, Gausset M-F et de Oliveira DA. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. à paraître 2013.

	Formulation	Moy	SD
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
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 RRFPF. 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 un 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 côté 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 a 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 Gênes 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. 43rd 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 Pédopsychiatriques - 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 (Wisconsin)