

Article original

Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas

Psychotherapeutic approaches for autism. Preliminary results from 50 intensive case studies

J.-M. Thurin ^{a,*}, M. Thurin ^{a,b}, D. Cohen ^c, B. Falissard ^a

^a Inserm U669, maison de Solenn, 97, boulevard de Port-Royal, 75679 Paris cedex 14, France

^b École de psychosomatique, 9, rue Brantôme, 75003 Paris, France

^c Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP, 75013 Paris, France

Résumé

Contexte. – Depuis les années 2000, la recherche en psychothérapie évaluative s'est recentrée sur les questions « Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie agit-elle ? ». L'atteinte de ces objectifs, dont les perspectives sont à la fois cliniques et fondamentales, nécessite de donner de l'importance aux études intensives de cas naturalistes et aux réseaux de recherche fondés sur les pratiques. Cet article présente les premiers résultats d'une étude longitudinale processus-résultat, multicentrique, explorant des psychothérapies individuelles menées dans des conditions naturelles, pendant un an, avec des enfants autistes dans le cadre du Réseau Inserm de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques.

Méthodes. – La méthodologie générale est celle d'études intensives de cas individuels répondant aux critères de preuve de l'American Psychological Association. Les indicateurs concernent, d'une part, les symptômes, le processus de développement et le fonctionnement psychique et, d'autre part, l'action thérapeutique à partir des principales caractéristiques du patient, du thérapeute et de leurs interactions au cours de la thérapie. L'analyse associe et met en relation l'étude de chaque cas, celle des cas réunis et la comparaison de cas analogues. Cet article porte sur les résultats issus des 50 premiers cas regroupés (25 psychothérapies d'enfants de 3–6 ans et 25 de 7–15 ans).

Résultats. – L'analyse montre des changements significatifs dans la réduction des troubles du comportement (taille d'effet = 2,1 ; $p < 0,0001$), le développement (taille d'effet = 1,2 ; $p < 0,0001$), de l'expérience émotionnelle et des relations avec le monde et les autres. Le processus psychothérapeutique se caractérise par un enfant généralement actif et animé, et un thérapeute réactif et sensible qui s'ajuste à l'enfant, l'encourage à s'exprimer verbalement, en soutenant ses efforts de langage, tout en ayant une grande capacité de tolérance et de contenance des émotions et des pulsions violentes de l'enfant. Cette description conduit à l'hypothèse que 4 médiateurs principaux pourraient expliquer l'évolution des enfants : le cadre thérapeutique, l'ajustement du thérapeute à l'enfant, son/sa tolérance permettant l'expression des affects et le travail parallèle de verbalisation/symbolisation.

Conclusions. – Nos résultats appuient l'idée que la psychothérapie, menée dans des conditions naturelles par des praticiens expérimentés et formés à la spécificité de l'autisme, est associée à des changements significatifs. Nos résultats suggèrent que les mécanismes qui sous-tendent les changements chez l'enfant pourraient être le respect de ses initiatives, l'expression, et la compréhension mutuelle comme promoteurs de la communication et du langage, et de la structuration du Soi. Les limites de ces résultats préliminaires sont discutées et des objectifs pour les réduire sont présentés.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Autisme ; Étude intensive de cas ; Étude processus-résultats ; Mécanismes de changement ; Modérateurs ; Réseau de recherches fondées sur les pratiques ; Groupe de pairs ; Psychothérapie psychodynamique ; Psychothérapie d'échange et de développement ; Interventions psychosociales

Abstract

Background. – Since the 2000s, the evaluative psychotherapy research has refocused on the questions “Why, how and under what conditions psychotherapy works?”. These objectives involve giving prominence to pragmatic naturalistic case studies and practice research networks to achieve them. This article presents the first results of a multicenter longitudinal process-outcome study, during one year, of individual psychotherapies conducted under natural conditions with children with autism, in the context of the Inserm Psychotherapy Practice-Based Research Network.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jmthurin@internet-medical.com (J.-M. Thurin).

Methods. – The general methodology is the intensive study of individual cases meeting the criteria for evidence of the American Psychological Association. The indicators include the one hand symptoms, the process of development and mental functioning and secondly the therapeutic action from the main characteristics of the patient, the therapist and their interactions during therapy. The analysis combines and connects the study of each case, the cases together and comparing similar cases. This article focuses on the results from the 50 first aggregated cases (25 psychotherapies of children under the age of 6 years and 25 aged 7–15 years).

Results. – Analysis of aggregated cases show significant changes in the reduction of behavioural disorders (effect size = 2.1; $P < 0.0001$), development (effect size = 1.2; $P < 0.0001$), emotional experience and relationships to the world and others. The psychotherapeutic process is characterized by a generally active and animated child, and a responsive and sensitive therapist, adjusting to the child, encouraging him to express himself verbally, supporting its attempts to language, while having a great capacity for tolerance with emotions and violent impulses of the child and keeping him in countenance. This description leads to the hypothesis of 4 main causes that may explain the evolution of children: the therapeutic setting, the adjustment of therapist to the child, his/her tolerance opening the possibility of affects' expression, and the parallel work of verbalization/symbolization.

Conclusions. – Our results support the notion that psychotherapy conducted under natural conditions by experienced and trained in the specificity of autism practitioners, is associated with significant changes. The results also suggest that underlining mechanisms might be favourable conditions for the initiatives of the child, expression and mutual understanding as a basis for enhancement of communication and language, and structuration of the Self. The limitations of these preliminary results are discussed and targets for reducing presented.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Autism; Intensive case study; Process-outcome study; Mechanisms of change; Moderators; Practice research network (PRN); Peer group; Psychodynamic psychotherapy; Exchange and development therapy; Psychosocial interventions

1. Introduction

L'expertise collective Inserm sur l'évaluation des psychothérapies [1] a pointé le manque criant de travaux dans ce domaine en France alors qu'ils sont très largement développés dans le reste du monde, non seulement dans le registre de l'efficacité [2], mais aussi dans celui des conditions et des processus de changement en psychothérapie [3–5]. Elle a aussi fait apparaître, comme c'était déjà le cas au niveau international au moment où elle se déroulait, les limites de la méthodologie de l'essai contrôlé randomisé (ECR) et des axiomes particuliers sur lesquels elle repose [6,7].

Depuis les années 2000, l'évaluation des psychothérapies a connu une évolution majeure. Une meilleure connaissance des processus et des facteurs de changement s'est imposée du fait de l'accumulation de travaux (et notamment ceux issus de la grande étude multicentrique du NIMH sur la dépression) [8,9]. Elles ont montré que de nombreuses variables en interaction intervenaient dans les effets d'une psychothérapie au-delà de leur référence théorique centrale [10–12]. En 2005, l'American Psychological Association (APA) [13] a établi de nouvelles recommandations concernant les pratiques fondées sur la preuve en psychologie (EBPP). Elle place au premier plan le rôle de l'alliance thérapeutique, des caractéristiques du patient et du thérapeute, les facteurs relationnels et contextuels, et insiste sur la complémentarité des approches de recherche qui participent à la constitution des preuves. En France, l'Inserm a organisé en 2007 un colloque consacré à la méthodologie de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale présentant les évolutions en cours [14]. Les questions centrales de l'évaluation des psychothérapies se sont déplacées du test d'une intervention, souvent assimilée à celle d'une approche générale, à la possibilité de répondre aux questions : Pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie agit-elle ? [15–19].

Deux articles publiés récemment dans *Autism* et *Dialogues in Clinical Neuroscience* s'inscrivent directement dans l'évolution qui vient d'être brièvement décrite. Mesibov et Shea

[20] constatent qu'il n'y a pas d'accord dans le champ sur ce qui constitue, de façon démontrée, un traitement efficace pour l'ensemble des personnes souffrant d'autisme. Tout en considérant les apports d'une pratique étayée par des éléments de preuve, les auteurs situent les limites des études répondant aux critères classiques de l'*evidence-based practice* à 4 niveaux :

- la limitation des interventions à celles dont les objectifs sont faciles à mesurer au détriment d'autres indicateurs tels que la qualité de vie, l'adaptation à la communauté et les relations interpersonnelles ;
- l'inadaptation des manuels globaux d'intervention à la population à la fois hétérogène et étendue que recouvre le diagnostic d'autisme ;
- le caractère ni approprié ni adapté des essais contrôlés randomisés pour déterminer quels sont les éléments, parmi les multiples composants des traitements globaux, qui interviennent sur les déficits nombreux et reliés entre eux que l'on rencontre dans cette population ;
- le caractère très relatif des conclusions des revues de recherche qui varient selon les auteurs et ne semblent pas exemptes de subjectivité.

S'appuyant sur les nouvelles recommandations de l'APA, les auteurs soulignent l'intérêt des protocoles de cas individuels (*single-case designs*) et de la recherche qualitative dans le champ.

Lerner et al. [21] constatent que la question clé en recherche sur les interventions psychosociales efficaces dans l'autisme commence à se déplacer de « ce qui marche » vers les questions plus nuancées du « pourquoi et comment, pour qui, dans quelles conditions et quand » (c'est à quel stade de développement cognitif et psychosocial) cela marche ? La recherche thérapeutique liée aux troubles du spectre autistique (TSA) commence à peine à explorer les processus communs et spécifiques à partir desquels ces interventions ont des effets, les conditions

dans lesquelles leurs résultats sont les meilleurs, et pour qui chaque type de traitement pourrait être optimal. Ce type de recherche est essentiel pour déplacer le champ au-delà des essais d'efficacité initiaux avec résultats groupés, caractéristiques des premiers stades de la recherche sur les traitements, vers une phase plus mature dans laquelle les interventions cognitives et psychosociales peuvent être personnalisées et optimisées. Intégrant les perspectives développées notamment par Norcross et Wampold [22] et Kazdin [3,16], ils soulignent l'importance d'une approche centrée sur la personne et sur les processus de changement dans le champ de l'autisme, au niveau des pratiques, et les prolongements qu'elle peut avoir en recherche fondamentale.

Le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (RRFPP) [23], constitué dans le cadre des réseaux de recherche clinique Inserm, a été conçu dans la perspective des nouvelles orientations méthodologiques que nous venons de décrire. Son organisation reprend les principes des réseaux de recherche fondés sur les pratiques (*practice research networks*) [24–26]. Ils se caractérisent par une collaboration forte entre cliniciens et chercheurs, et une organisation permettant d'articuler, à travers la recherche, des questions issues de la pratique et du registre des connaissances. Le RRFPP s'appuie sur un lien organisationnel établi entre l'unité Inserm 669 et la Fédération française de psychiatrie (FFP), et, pour son pôle autisme, sur l'expérience de 3 centres experts (Tours, Pitié-Salpêtrière, Paris Necker). Les objectifs de ce réseau sont d'assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapeutiques 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 psychothérapeutique. Un de ses pôles est consacré à l'autisme et aux troubles envahissants du développement [27]. Nous présentons dans cet article sa méthodologie et les résultats préliminaires des 50 premiers cas regroupés.

La méthodologie générale est la suivante : il s'agit d'études naturalistes de cas réalisées suivant un protocole d'étude individuelle de cas (*single-case design*) [28] durant une période de un an. La psychothérapie de chaque enfant est réalisée dans les conditions habituelles de pratique du clinicien. L'étude de cas porte sur les changements survenus chez l'enfant, mais également sur le processus interne de la psychothérapie qui les sous-tend, c'est-à-dire ce qui y caractérise le patient et ses problèmes, le thérapeute et sa technique, et leur interaction au cours de la thérapie. Il s'agit donc d'études longitudinales processus-résultats, initiées et conclues par une formulation de cas. L'objectif est la recherche d'une association entre les caractéristiques de processus et les changements observés. L'effet potentiel du contexte général est également considéré à partir de dix variables dont l'importance potentielle est soulignée dans la littérature : âge du repérage et du début de la prise en charge, contexte de développement, histoire (événements marquants), soutien familial, soutien psychosocial, soutien parental de la psychothérapie, comorbidités psychiques et/ou somatiques, diversité des interventions psychosociales et éducatives proposées, scolarisation. De plus, il

Encadré 1 : Recommandations de recherche concernant l'étude des mécanismes de changement dans les études de psychothérapie.

Critères	Recommandations pour la recherche
1. Association forte	Inclure des mesures de mécanismes potentiels de changement dans les études de psychothérapie
2. Spécificité	Évaluer plus d'un mécanisme potentiel, ainsi que les variables confondantes possibles
3. Gradient	Évaluer si de plus grands changements dans les mécanismes proposés sont liés à des changements subséquents et à de plus grands résultats
4. Expérience	Intervenir pour changer le mécanisme proposé du changement
5. Relation temporelle	Établir une ligne de temps en utilisant une mesure continue des mécanismes proposés et des résultats d'intérêt
6. Stabilité	Répéter les effets observés dans différentes études, échantillons, et conditions (par exemple, configurations naturalistes et de laboratoire)
7. Plausibilité et cohérence	Utiliser la théorie comme guide des mécanismes potentiels choisis pour le focus de l'étude, ainsi que pour expliquer les effets observés et les intégrer dans une base de connaissances plus large
Kazdin et Nock, 2003 [16].	

est demandé aux cliniciens de noter les événements particuliers qui se sont déroulés durant l'année de suivi. Ces études de cas répondent aux critères actuels de la pratique fondée sur la preuve (*evidence-based case study*) de l'American Psychological Association [29]. Elles répondent également aux recommandations de recherche concernant l'étude des mécanismes de changement dans les études de psychothérapie définies par Kazdin en 2003 et 2007 qui permettent de se situer dans une approche multi-factorielle tout en recherchant un niveau de preuve élevé (Encadré 1). Les données issues de chaque étude sont réunies dans une base et font l'objet de 3 niveaux d'analyse : cas isolé, cas regroupés et cas comparés. Cet article porte sur les résultats issus des 50 premiers cas regroupés.

2. Méthodes

2.1. Patients

Le critère d'inclusion des enfants a été qu'ils aient reçu un diagnostic primaire selon la CIM-10 d'autisme et/ou troubles

envahissants du développement (F84.0, F84.1 ou F84.9). Ce diagnostic a été porté généralement par le psychiatre référent d'un secteur ou d'un service universitaire de pédopsychiatrie. Il a été confirmé par un centre ressource autisme dans la moitié des cas. L'inclusion de l'enfant dans l'étude peut être réalisée au moment où la psychothérapie est initiée ou, lorsque l'enfant est déjà en psychothérapie, au moment défini où le protocole complet de l'étude est engagé. Le groupe des 50 enfants dont les résultats sont présentés est constitué de 7 filles et 43 garçons ; 25 enfants avaient au début de l'étude entre 3 et 6 ans et 25 avaient entre 7 et 15 ans. 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.

2.2. Thérapeutes

Les critères d'inclusion des thérapeutes étaient d'avoir une pratique psychothérapique effective et de s'impliquer dans une action d'évaluation des psychothérapies suivant une méthodologie formalisée d'étude intensive de cas [28,30] durant un an. Leur recrutement s'est fait en France à partir de la présentation du projet de recherche et d'un appel à participation lancé par la Fédération française de psychiatrie, à partir de son bulletin *Pour la Recherche* et de son site *Psydoc-France*. Cet appel a été relayé par les associations scientifiques de psychiatres et de psychologues et par plusieurs listes de diffusion. Le recrutement a été étendu à des associations de praticiens italiens de référence psychanalytique qui en ont fait la demande.

Les psychothérapeutes sont essentiellement psychiatres ou psychologues ($n=46$, 92 %). On compte également 2 psychomotriciens ($n=2$, 4 %), 1 psychothérapeute et 1 psychologue-psychomotricien ($n=2$, 4 %). Ils ont 10 à 40 ans d'expérience. Parmi les 50 thérapeutes dont les études de cas sont terminées et présentées dans cet article, 41 sont de référence psychanalytique, 5 sont de référence cognitivo-comportementale, 3 de référence psychomotrice et 1 se réfère à la thérapie par le jeu. Vingt-sept thérapeutes exercent en libéral, 13 en service public, 8 en institution semi-publique, 2 ont un exercice mixte. La localisation géographique des cliniciens est extrêmement diversifiée.

Les praticiens d'orientation psychanalytique ont une expérience de plusieurs années concernant les troubles du spectre autistique. Ils ont reçu une formation psychanalytique étendue et spécialisée en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie et ont déclaré que leur référence principale était la psychanalyse. Les praticiens d'orientation cognitivo-comportementale pratiquent des thérapies d'échange et de développement pour lesquelles ils ont reçu une formation spécifique en plus de leur formation générale de psychologie clinique ou de psychiatrie.

2.3. Traitement

Afin de réunir les conditions d'une psychothérapie « non manuelisée » réalisée dans des conditions naturelles, la consigne générale donnée aux cliniciens a été de ne pas modifier

leur pratique psychothérapique (même rythme et durée des séances, conduites suivant l'approche et les références théoriques qu'ils utilisent habituellement). Ainsi, les caractéristiques des traitements n'étaient connues ni par les investigateurs, ni véritablement par les thérapeutes eux-mêmes avant la présentation des résultats.

2.4. Données : leur recueil, leur cotation et leur intégration dans une base

Les données traitées sont issues des notes intensives prises directement durant ou immédiatement après la séance par le clinicien qui conduit la thérapie. Elles peuvent être accompagnées, lorsque c'est possible, d'un enregistrement audio ou vidéo. Leur recueil est réalisé à 4 temps : T0 (portant sur 3 premières séances), T2 mois, T6 mois et T12 mois (sur 2 séances).

Les notes du psychothérapeute référent sont transmises à 2 autres cliniciens qui constituent avec lui un groupe de pairs. Chacun des 3 membres du groupe de pairs réalise individuellement les formulations de cas et la cotation des instruments à partir de ce matériel. Les 3 praticiens se réunissent ensuite (in situ ou à distance via Internet) et comparent leurs formulations de cas et leurs cotations respectives ; lorsque le consensus est atteint après discussion argumentée, les formulations et les cotations définitives sont transmises et intégrées dans une base de données. Ce processus se reproduit à chaque étape de l'évaluation jusqu'à la formulation finale et les cotations qui l'accompagnent. Chacun des participants est soumis au secret professionnel pour tout ce qui concerne les données des patients inclus qu'ils suivent. Chaque groupe de pairs constitue ainsi un centre où se déroulent des activités de recherche à partir des pratiques cliniques. La procédure d'accord interjuges a été validée par une étude pilote initiale [31]. Une analyse de concordance a été réalisée suivant les mêmes modalités pour cette étude sur une quinzaine de CPQ (3 cotateurs $\times$ 5 CPQ car groupes de 3 cotateurs). Elle a montré que les écarts-moyens (EM) inter-cotateurs avant discussion étaient faibles (entre 0 et 1,33 pour 75 % des items) et que, quand ils étaient élevés (EM de 2 à 3,11 pour 2,9 % des items), les écarts n'étaient pas associés à des items spécifiques.

La formation des cliniciens à la méthodologie et aux instruments est réalisée à partir du site Internet dédié au réseau (<http://www.techniques-psychotherapiques.org/reseau/>), au cours de réunions régulières et à partir de l'accompagnement des groupes de pairs qui leur est proposé. Le site affiche une abondante documentation sur l'évaluation des psychothérapies, la présentation du réseau et de sa méthodologie, ainsi que celle des instruments et de leur utilisation. Des journées de retours d'expérience, associant méthodologistes, cliniciens et experts du champ, complètent le travail à distance. Ces réunions permettent aux praticiens qui entrent dans la recherche de faire part des difficultés qu'ils rencontrent et d'avoir des réponses précises à ce sujet, et à ceux qui sont déjà avancés, de discuter des sujets issus de l'analyse des données (existence de sous-diagnostics, par exemple). Il existe également un soutien direct des groupes qui communiquent par Internet, téléphone et réunions avec l'un des membres du groupe méthodologique.

2.5. Instruments d'évaluation : formulation de cas initiale, mesures de changement et de processus, index de contexte

La formulation de cas est une des recommandations majeures de pratique fondée sur la preuve établie par l'APA [32]. Elle définit qualitativement les conditions de départ, permet de situer l'enfant dans son contexte et d'observer la stabilité de son état. Réalisée à partir de 3 séances successives, elle constitue un document de référence préalable (baseline) organisé en 5 axes :

- symptômes et problèmes actuels de l'enfant ; événements stressant, précipitant, dans le contexte de vie actuelle ; éléments favorables ;
- facteurs non dynamiques et dynamiques qui ont pu contribuer à son problème ;
- niveau de développement, qualité des relations interpersonnelles, autonomie et handicap ; contenance et expression émotionnelle ; mécanismes de défense et ajustement ; hypothèses associées aux problèmes actuels et généraux de l'enfant ;
- objectifs ;
- stratégie de départ.

La formulation de cas est accompagnée du diagnostic CIM-10 et des premières cotations de l'Échelle des Comportements Autistiques (ECA-r) et de l'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA) qui vont être présentées ci-dessous.

La formulation de cas conduit à une description de l'enfant dans ses différentes dimensions psychopathologiques et de santé, à la présentation des facteurs qui y sont associés et à l'impact potentiel qu'ils peuvent avoir sur le déroulement de la psychothérapie. Elle est renouvelée à 1 an suivant le même plan auquel est associé le degré d'identité entre ce qui avait été initialement conçu et prévu, ce qui a été mis en œuvre et s'est déroulé, et les implications théoriques et pratiques qui en découlent.

Lors de la formulation de cas, les informations fournies par les parents et/ou le psychiatre référent ont permis de réunir pour chaque enfant les éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur le processus psychothérapique, tant positivement que négativement (les modérateurs, Kazdin, 2007).

À partir de ces données, un index de contexte a été construit suivant 10 critères :

- repérage précoce des troubles (3 ans et avant/après) ;
- développement précoce (sans problèmes/avec) ;
- événements précoces potentiellement déstabilisants et insécurisants (absents/existants) ;
- soutien familial de l'enfant (présent/réduit) ;
- existence de relations psychosociales (présentes/absentes) ;
- soutien de la psychothérapie par les parents (présent/absent) ;
- comorbidités psychiques de l'enfant (non/oui) ;
- comorbidités somatiques de l'enfant (non/oui) ;
- plateau technique (étendu/réduit) ;
- scolarisation (oui/non).

Cet index donne une indication sur l'effet potentiel des modérateurs. Cet effet est pris en compte, après retour aux données détaillées, dans l'interprétation des résultats, notamment quand ils sont divergents avec ceux de cas analogues.

L'évaluation des changements chez l'enfant a été réalisée dans 3 registres principaux :

- la réduction comportements autistiques ;
- les gains fonctionnels et développementaux accompagnant la réduction de la pathologie autistique ;
- son fonctionnement psychique dans le cadre propre de la psychothérapie.

L'Échelle des Comportements Autistiques [33] est un instrument de 29 items qui permet d'évaluer les comportements en général et dans 2 dimensions spécifiques, la déficience relationnelle (13 items) et le déficit de modulation émotionnelle (3 items).

L'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme [34] permet d'évaluer la pathologie, le développement et les principales acquisitions d'aptitudes qui l'accompagnent. Cet instrument comprend 147 items répartis en 3 catégories : pathologie (47 items), développement acquis (47 items) et expressions développementales transitoires (53 items). Il évalue 8 dimensions :

- les expressions émotionnelles dans la relation.
- le regard ;
- l'image du corps ;
- le langage verbal ;
- le graphisme ;
- l'exploration de l'espace et des objets ;
- le repérage temporel ;
- les manifestations agressives.

Ces dimensions sont décrites suivant une approche « pathologie/santé » certaines manifestations de la dimension s'inscrivant comme des traits pathologiques (par exemple, « regard vers autrui inexistant ») ou comme des traits de développement et de santé (par exemple, « regard pétillant, avec une bonne tonalité d'échange », « recherche du regard de l'autre pour l'attention conjointe »). Un troisième aspect est pris en compte, qui est celui de manifestations qui peuvent sembler pathologiques, mais qui traduisent un processus de développement en cours. Elles sont rangées sous le terme d'émergence développementale transitoire (par exemple, « alternance de jubilation et de crainte dans la rencontre du regard »).

Le questionnaire de Processus Psychothérapique chez l'Enfant [35] permet de décrire le processus interne de la psychothérapie. La description porte non seulement sur les attitudes et actions thérapeutiques du thérapeute, mais également sur les fonctionnements de l'enfant, du thérapeute et de leurs interactions. Cet instrument 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 pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie tout en incluant des descripteurs

spécifiques des ingrédients les plus caractéristiques des principales approches. Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient. Le CPQ utilise la méthodologie du tri forcé qui conduit à retrouver un nombre d'items définis dans chacun des 9 niveaux qui vont du plus caractéristique (+4), au moins caractéristique (−4), en passant par un niveau neutre ou non pertinent (0). Cette méthode permet ainsi de quantifier précisément le caractère plus et ou moins caractéristique de chaque formulation/item par rapport aux autres à chacun des temps de la thérapie définis par le protocole. Parmi les 100 items du CPQ, 26 d'entre eux permettent de situer le fonctionnement psychique de l'enfant dans 3 dimensions :

- l'insight ;
- le vécu affectif, son expression et les défenses qui l'accompagnent ;
- la relation au monde et aux autres.

2.6. Analyse des données

L'analyse des données issues des 50 premiers cas a été réalisée à 2 niveaux : celui du cas isolé, celui des cas regroupés :

- l'observation intensive du cas isolé permet de décrire précisément les conditions de départ et la trajectoire d'évolution de chaque cas, de décrire les principales caractéristiques du processus psychothérapique et d'en identifier les médiateurs potentiels susceptibles d'avoir contribué à l'action thérapeutique, et l'ordre suivant lequel ils ont été activés. Elle permet également de considérer le contexte général dans lequel des changements se produisent (ou non). L'étude de chaque cas vise à la fois à décrire les résultats observés et à s'assurer qu'ils sont probablement dus aux médiateurs décrits plutôt qu'à la poursuite d'une tendance déjà existante ou à d'autres facteurs intercurrents (validité interne) [28, p. 284] ;
- le regroupement des cas étudiés isolément permet de situer chaque cas parmi l'ensemble des autres, de constituer des classes de cas à partir de résultats ou de caractères communs, et de présenter les caractéristiques de la psychothérapie qui sont communes à l'ensemble des cas ou spécifiques à certains sous-groupes. Un début de mise en relation des éléments les plus caractéristiques du processus interne de la psychothérapie (ce qui concerne l'enfant et son fonctionnement, le thérapeute et sa technique et leurs interactions) et du processus des changements manifestes (symptômes, acquisitions et relations au monde et aux autres) permet de dégager les principaux médiateurs mis en œuvre de façon commune ou dans des situations spécifiques et l'implication éventuelle de certains modérateurs dans les résultats. Par ailleurs, le regroupement d'études intensives de cas permet de bénéficier de l'attention particulière qui a été apportée à leur protocole pour éliminer ou réduire les menaces concernant la validité interne.

Cet article porte sur l'analyse réalisée à partir du regroupement des cas. Ce regroupement permet d'établir un score moyen de résultats tout en utilisant les résultats issus des cas isolés pour

réduire, comme nous l'avons dit plus haut, les menaces portant sur la validité interne [28].

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon issue de la formulation de cas après les 3 premières séances et la collection des instruments à T0

Concernant le langage, il est décrit comme absent chez 8 (16 %) enfants, pauvre ou avec une expression limitée chez 5 (10 %). Quatre (8 %) enfants ont un retard de langage, 10 (20 %) des problèmes de langage spécifiques (absence de langage partagé, difficulté d'élocution...). Un enfant est repéré comme ayant un langage au dessus de la norme (2 %). Quatre enfants enfin ont des troubles du langage sans précision (8 %). Ces déficits et leurs expressions sont évalués de façon précise dans la grille EPCA.

Les troubles des interactions, sont décrits également suivant des modalités différentes d'un enfant à l'autre. Les cliniciens signalent que 11 (22 %) enfants ont des difficultés avec les pairs, 16 (32 %) enfants ont des troubles du contact visuel (évitement du regard, pas de contact du regard, pauvreté du regard adressé, non spécifié), 12 (24 %) enfants ont une difficulté de contact avec les autres (socialisation difficile, socialisation sélective, non spécifiée), 14 (28 %) enfants ont des troubles importants de communication et relationnels. Un enfant (2 %) est signalé n'avoir aucun échange.

Concernant la réactivité forte à certaines situations, la description des 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 %).

3.2. Traitement psychothérapique et objectifs dégagés après la formulation de cas

Les objectifs projetés après la formulation de cas initiale se situent à 4 niveaux : communication/interaction, intolérance à la frustration, construction du soi et acquisitions. Ils sont présentés dans le [Tableau 1](#). Concernant les stratégies de travail au début de la psychothérapie, neuf cliniciens (18 %) ont noté un travail sur le cadre, 10 (20 %) ont signalé l'importance du travail avec les parents, 5 (10 %) l'importance du travail avec les partenaires. L'approche psychothérapique comme stratégie n'a été présentée que pour 7 enfants (4 : psychodynamique, 1 : soutien, 2 : thérapie d'échange et de développement). Cinq thérapeutes ont indiqué le nombre de séances envisagé (2 séances/semaine pour 4 enfants, 3 séances/semaine pour le cinquième).

3.3. Traitement psychothérapique appliqué

La distinction des types de thérapie réellement appliqués a été réalisée à partir de la méthode des prototypes déjà largement décrite et utilisée par Ablon et Jones [11] avec la version

Tableau 1

Objectifs projetés par les cliniciens dans les formulations initiales de cas.

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

adulte du CPQ. Cette méthode a montré que les thérapies d'orientations psychanalytiques et cognitivo-comportementales étaient bien différenciées, mais que leur coefficient d'application variait en relation avec l'état des patients et le déroulement de la psychothérapie. Cette observation confirme qu'il n'y a pas de technique « pure », mais qu'elle est toujours ajustée au patient, y compris en y intégrant des ingrédients a priori spécifiques d'autres approches.

Au cours de l'étude, la fréquence des séances de psychothérapie a été de 2 séances par semaine pour plus de la moitié des enfants (26), d'une séance par semaine pour 10 enfants et de 3 séances par semaine pour également 10 enfants. Deux enfants (6 ans et 14 ans) ont eu 4 séances par semaine, tous les deux étaient en psychothérapie psychanalytique et l'un suivait en plus la méthode Applied Behavior Analysis (ABA).

3.4. Changements comportementaux et développementaux

Pour les 50 cas dont l'étude a été menée à son terme, il n'y avait aucune donnée manquante pour chacun des items des 3 instruments (ECA-r, EPCA et CPQ). Du fait de l'importance de l'âge du début de la prise en charge, nous avons distingué 2 groupes pour la présentation des résultats, celui des enfants de 3 à 6 ans et celui des enfants de 7 à 15 ans.

3.4.1. Résultats issus de l'ECA-r

Les moyennes des scores généraux (EG) des comportements autistiques de l'ECA-r se réduisent progressivement de 38,9 (SD = 13,4) à 20,3 (SD = 10,6) pour les enfants de 3 à 6 ans (Tableau 2) et de 34,1 (SD = 11,8) à 17,8 (SD = 11,5) pour les enfants de 7 à 15 ans (Tableau 3). Le score de déficience relationnelle (DR) se réduit de 47,1 (SD = 20,9) à 23,9 (SD = 15,6) pour les 3 à 6 ans et de 38,4 (SD = 17,3) à 21,5 (SD = 16,4) pour les 7–15 ans. Le déficit de modulation des émotions (IM) se réduit de 37,7 (SD = 17,9) à 20,7 (SD = 13,0) pour les 3 à 6 ans et de 35,3 (SD = 15,5) à 19,7 (SD = 16,5) pour les 7–15 ans. Les enfants de 7 à 15 ans ont au début de l'étude des scores moyens moins élevés que ceux des enfants de 3 à 6 ans dans les 3 dimensions. Pour les 3 dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (p -value [bilatérale] < 0,0001).

3.4.2. Résultats issus de l'EPCA

Les scores de l'EPCA se rapportent à 3 niveaux de changement : la pathologie persistante, le développement acquis et le développement temporaire. Les moyennes des scores de pathologie de l'EPCA se réduisent progressivement de 19,6 (SD = 8,8) à 12,4 (SD = 7,3) pour les enfants de 3 à 6 ans (Tableau 4) et de 18 (SD = 10,8) à 10,5 (SD = 6,9) pour les enfants de 7 à 15 ans (Tableau 5). Les scores d'Expression développementale transitoire augmentent légèrement de 14,3 (SD = 8,1) à 16,8 (SD = 9,5) pour les enfants de 3 à 6 ans et se réduisent légèrement de 17,7 (SD = 13,4) à 15,3 (SD = 11,5) pour les enfants de 7 à 15 ans. Les scores de Développement s'élèvent de 26,3 (SD = 15,4) à 43,5 (SD = 18,6) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 42,4 (SD = 13,7) à 52,1 (SD = 15,2) pour les enfants de 7 à 15 ans. Les enfants de 7 à 15 ans ont au début de l'étude des scores moyens légèrement moins élevés pour la pathologie que ceux des enfants de 3 à 6 ans et beaucoup plus élevés pour le développement.

3.4.3. Résultats issus du CPQ

Les scores d'insight du CPQ restent négatifs tout en se renforçant progressivement en moyenne de –19,8 (SD = 26,2) à –12,4 (SD = 32,7) pour les enfants de 3 à 6 ans (Tableau 6) et de –10,8 (SD = 28,7) à –1,8 (SD = 29,3) pour les enfants de 7 à 15 ans (Tableau 7). Les scores d'Expression et défenses affectives s'élèvent de 15,6 (SD = 12,5) à 21 (SD = 12,4) pour les enfants de 3 à 6 ans et de 10,6 (SD = 12,9) à 14,8 (SD = 13,4) pour les enfants de 7 à 15 ans. Les scores de Relation au monde et aux autres s'élèvent de 2,6 (SD = 19,3) à 15,8 (SD = 19,5) pour les 3 à 6 ans et de 12,8 (SD = 19,5) à 16,5 (SD = 13,1) pour les enfants de 7 à 15 ans. Pour les deux dernières dimensions, l'hypothèse nulle d'une variation due au hasard est rejetée (p -value [bilatérale] < 0,0001).

Les changements et les tailles d'effet issus des 3 instruments sont résumés dans le Tableau 8 et les évolutions au cours de l'année des principaux indices cliniques sont résumées sur les Fig. 1 et 2.

3.4.4. Signification clinique des changements développementaux

Parmi les 47 items de la catégorie Développement de l'échelle EPCA, 14 concernent des aptitudes dont l'acquisition est à la fois

Tableau 2

Évolution des scores de comportements autistiques chez 25 enfants de 3 à 6 ans à partir de l'ECA-r, de façon générale (EG) et aux niveaux de la déficience relationnelle (DR) et du déficit de modulation des émotions (IM).

Statistique	Âge	EG00	EG02	EG06	EG12	DR00	DR02	DR06	DR12	IM00	IM02	IM06	IM12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	3	12,9	7,8	1,7	1,7	9,6	5,8	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0
Maximum	6	62,1	50,0	44,8	41,4	86,5	61,5	53,8	61,5	66,7	83,3	91,7	41,7
1 ^{er} quartile	4	31,0	19,8	17,2	14,7	30,8	17,3	19,2	13,5	25,0	16,7	16,7	8,3
Médiane	5	40,5	28,4	25,0	19,8	50,0	32,7	28,8	21,2	33,3	16,7	16,7	25,0
3 ^e quartile	6	47,4	38,8	29,3	28,4	65,4	44,2	34,6	30,8	50,0	25,0	33,3	25,0
Moyenne	4,9	38,9	28,1	24,4	20,3	47,1	33,3	28,0	23,9	37,7	24,7	23,7	20,7
Variance (<i>n</i> -1)	0,9	180,5	146,5	107,6	112,5	435,2	276,0	172,3	244,4	319,0	321,1	351,2	168,5
Écart-type (<i>n</i> -1)	1,0	13,4	12,1	10,4	10,6	20,9	16,6	13,1	15,6	17,9	17,9	18,7	13,0

Tableau 3

Évolution des scores de comportements autistiques chez 25 enfants de 7 à 15 ans à partir de l'ECA-r, de façon générale (EG) et aux niveaux de la déficience relationnelle (DR) et du déficit de modulation des émotions (IM).

Statistique	Âge	EG00	EG02	EG06	EG12	DR00	DR02	DR06	DR12	IM00	IM02	IM06	IM12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	7	12,1	5,2	2,6	2,6	11,5	5,8	0,0	1,9	8,3	8,3	8,3	0,0
Maximum	15	57,8	41,4	51,7	45,7	80,8	55,8	73,1	69,2	75,0	75,0	66,7	75,0
1 ^{er} quartile	8	25,0	17,2	10,3	11,2	28,8	19,2	11,5	9,6	25,0	16,7	8,3	8,3
Médiane	10	33,6	24,1	21,6	13,8	40,4	26,9	21,2	17,3	33,3	25,0	16,7	16,7
3 ^e quartile	12	45,7	33,6	32,8	23,3	42,3	36,5	32,7	26,9	41,7	33,3	33,3	25,0
Moyenne	10,4	34,1	24,8	21,7	17,8	38,4	29,2	25,4	21,5	35,3	26,7	23,3	19,7
Variance (<i>n</i> -1)	6,4	139,5	110,3	161,6	132,6	299,5	190,9	313,2	269,8	238,9	266,3	254,7	271,3
Écart-type (<i>n</i> -1)	2,5	11,8	10,5	12,7	11,5	17,3	13,8	17,7	16,4	15,5	16,3	16,0	16,5

Tableau 4

Évolution des scores de pathologie, d'expression développementale temporaire et de développement chez 25 enfants de 3 à 6 ans à partir de l'EPCA.

Statistique	Âge	P00	P02	P06	P12	EDT00	EDT02	EDT06	EDT12	Dev00	Dev02	Dev06	Dev12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	3	3,4	2,7	2,0	2,0	0,0	2,6	4,6	1,3	3,5	4,3	6,4	12,1
Maximum	6	39,5	31,3	29,3	29,9	31,4	29,4	30,1	34,6	56,7	62,4	70,2	78,7
1 ^{er} quartile	4	12,9	11,6	10,2	7,5	9,8	9,8	9,8	8,5	15,6	17,7	22,7	29,8
Médiane	5	21,1	15,0	12,9	10,2	13,7	13,7	17,6	15,0	22,7	28,4	32,6	40,4
3 ^e quartile	6	25,2	19,0	18,4	16,3	17,6	20,3	26,8	25,5	36,2	39,7	50,4	59,6
Moyenne	4,9	19,6	16,4	14,1	12,4	14,3	14,9	18,0	16,8	26,3	30,2	36,8	43,5
Variance (<i>n</i> -1)	0,9	77,1	57,6	50,1	53,6	65,3	45,2	77,6	91,2	237,1	248,8	318,2	346,0
Écart-type (<i>n</i> -1)	1,0	8,8	7,6	7,1	7,3	8,1	6,7	8,8	9,5	15,4	15,8	17,8	18,6

Tableau 5

Évolution des scores de pathologie, d'expression développementale temporaire et de développement chez 25 enfants de 7 à 15 ans à partir de l'EPCA.

Statistique	Âge	P00	P02	P06	P12	EDT00	EDT02	EDT06	EDT12	Dev00	Dev02	Dev06	Dev12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	7	4,1	2,7	2,0	0,7	0,7	0,7	0,0	0,0	14,9	14,2	17,0	21,3
Maximum	15	42,9	42,2	24,5	25,2	62,7	40,5	44,4	40,5	63,8	68,1	70,9	76,6
1 ^{er} quartile	8	8,8	7,5	6,8	5,4	8,5	7,8	7,2	7,8	34,8	36,2	37,6	41,1
Médiane	10	12,9	11,6	9,5	8,8	14,4	12,4	12,4	11,1	41,8	48,2	51,8	55,3
3 ^e quartile	12	25,9	19,7	13,6	16,3	22,2	19,6	18,3	24,2	51,8	60,3	60,3	63,1
Moyenne	10,4	18,0	14,5	11,4	10,5	17,7	15,9	15,1	15,3	42,4	46,4	48,5	52,1
Variance (<i>n</i> -1)	6,0	115,9	88,8	39,5	47,1	180,7	121,3	130,0	132,2	186,7	227,7	242,2	232,0
Écart-type (<i>n</i> -1)	2,5	10,8	9,4	6,3	6,9	13,4	11,0	11,4	11,5	13,7	15,1	15,6	15,2

Tableau 6

Évolution des scores d'insight, de vécu affectif et de relation au monde et aux autres chez 25 enfants de 3 à 6 ans partir du CPQ.

Statistique	Âge	INS02	INS06	INS12	EAD02	EAD06	EAD12	REE02	REE06	REE12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	3	−55,0	−75,0	−65,0	−2,8	−16,7	0,0	−41,7	−27,1	−18,8
Maximum	6	55,0	65,0	55,0	36,1	44,4	41,7	35,4	47,9	37,5
1 ^{er} quartile	4	−35,0	−30,0	−40,0	5,6	16,7	8,3	−10,4	−6,3	10,4
Médiane	5	−25,0	−15,0	−15,0	16,7	22,2	22,2	6,3	6,3	16,7
3 ^e quartile	6	0,0	5,0	0,0	25,0	30,6	27,8	14,6	20,8	22,9
Moyenne	4,9	−19,8	−10,6	−12,4	15,6	21,3	21,0	2,6	9,2	15,8
Variance (n-1)	0,9	686,4	809,0	1066,9	156,9	229,4	153,7	373,7	362,8	211,6
Écart-type (n-1)	1,0	26,2	28,4	32,7	12,5	15,1	12,4	19,3	19,0	14,5

Tableau 7

Évolution des scores d'insight, de vécu affectif et de relation au monde et aux autres chez 25 enfants de 7 à 15 ans partir du CPQ.

Statistique	Âge	INS02	INS06	INS12	EAD02	EAD06	EAD12	REE02	REE06	REE12
Nombre d'observations	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
Minimum	7	−75,0	−75,0	−45,0	−11,1	−8,3	−11,1	−27,1	−22,9	−6,3
Maximum	15	50,0	40,0	55,0	36,1	30,6	38,9	47,9	37,5	47,9
1 ^{er} quartile	8	−25,0	−30,0	−25,0	0,0	2,8	2,8	−2,1	8,3	8,3
Médiane	10	−5,0	−15,0	5,0	13,9	16,7	13,9	10,4	16,7	12,5
3 ^e quartile	12	5,0	5,0	25,0	16,7	22,2	25,0	25,0	25,0	22,9
Moyenne	10,4	−10,8	−12,6	−1,8	10,6	15,2	14,8	12,8	15,3	16,5
Variance (n-1)	6,0	826,4	952,3	858,1	166,5	137,7	180,5	378,8	203,6	172,9
Écart-type (n-1)	2,5	28,7	30,9	29,3	12,9	11,7	13,4	19,5	14,3	13,1

un repère et une transformation ayant une fonction pivot pour l'enfant et son entourage. Ces 14 aptitudes sont les suivantes :

- 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 proto déclaratif ;
- 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 la séparation.

La Fig. 3 présente l'évolution du nombre d'enfants qui, au cours de l'année d'évaluation, ont acquis les 14 aptitudes élémentaires de base recherchées dans l'ECPA. 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. Les acquisitions les plus difficiles à acquérir dans le groupe d'enfants sont, d'une part, la disparition des

Tableau 8

Variations et tailles d'effet à partir des indicateurs ECA-r, EPCA et CPQ chez les 50 enfants.

ECA-r	Score global				Déficience relationnelle				Modulation émotionnelle			
	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE
	36,5	19,1	17,4	2,1	42,7	22,7	20	1,7	36,5	20,2	16,3	1,2
EPCA	Pathologie				Développement temporaire				Développement			
	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE
	18,8	11,4	7,4	1	16	16	0	0	34,3	47,8	13,5	1,3
CPQ	Insight				EAD				RMA			
	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE	T0	T12	A	TE
	−14,4	−6,9	7,5	0,3	13,1	17,9	4,8	0,4	7,4	15,7	8,3	0,4

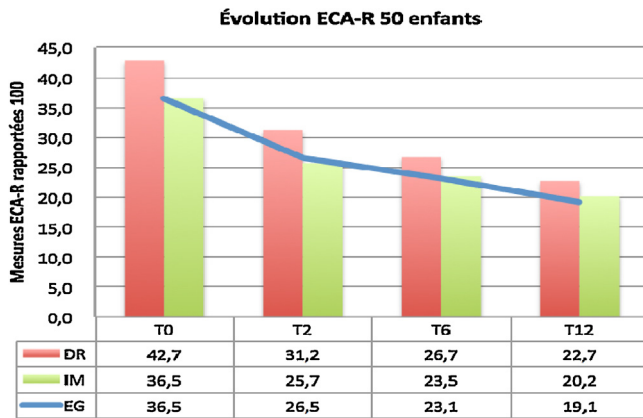


Fig. 1. Évolution au cours de la première année des scores comportements autistiques (Échelle des Comportements Autistiques). DR : déficience relationnelle ; IM : insuffisance modulatrice des émotions ; EG : score général.

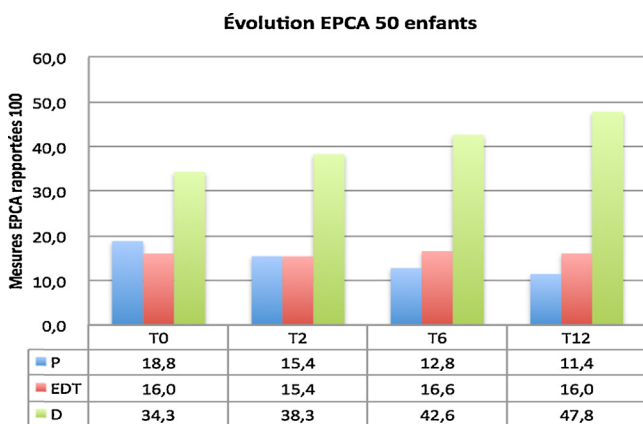


Fig. 2. Évolution au cours de la première année des scores pathologie et développement (l'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme). P : pathologie ; EDT : développement temporaire transitoire ; D : développement.

stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique (F124) et, d'autre part, la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation (F138). En revanche, la recherche de vrais échanges (F16), la propreté (F55), le langage (F67) et le graphisme (F87) sont celles qui ont évolué le mieux dans notre groupe de patients.

3.5. Caractéristiques du processus psychothérapique interne durant le traitement

Nous présentons ici la première étape de l'étude de l'intervention potentielle du processus psychothérapique dans l'évolution des cas regroupés.

3.5.1. Éléments les plus caractéristiques du processus psychothérapique des 50 enfants

Les 20 items les plus caractéristiques du CPQ durant l'année d'étude pour les 50 patients autistes (score CPQ $\leq -1,32$ ou $\geq 1,32$) sont présentés dans le [tableau S1 en annexe](#). Ils sont classés suivant le poids de leurs scores. Les items cotés négativement sont présentés avec la formulation qui correspond à cette cotation précédée de R (*reverse*) et en italiques. Plusieurs précisions sont à apporter à cette définition des éléments les plus caractéristiques. D'abord, il est important de rappeler que les cotations dans le CPQ doivent respecter une distribution normalisée, ce qui a pour conséquence, par exemple, que la cotation maximale de 5 items entraîne nécessairement le choix d'un score plus faible pour les autres items. D'autre part, la sélection des items les plus caractéristiques dans le tableau a été réalisée en sélectionnant ceux qui ont obtenu, en moyenne, les scores les plus élevés à partir des 100 items du CPQ dans les 50 psychothérapies étudiées. Il s'agit donc d'un « facteur commun ».

Nombre d'enfants / 50 ayant acquis 14 aptitudes essentielles à T0 et T12 (à partir de l'EPCA)

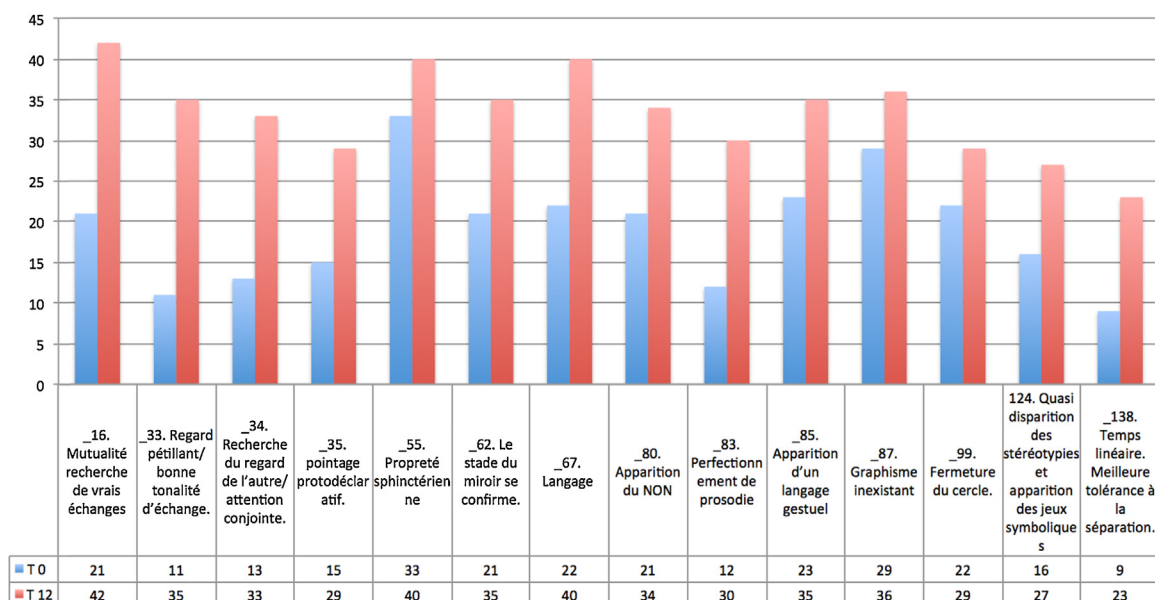


Fig. 3. Nombre d'enfants ayant acquis les 14 aptitudes essentielles de l'Échelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme à T0 et T12 ($n = 50$).

3.5.2. Évolution longitudinale des éléments les plus caractéristiques du processus

Le [tableau S2 en annexe](#) présente l'évolution longitudinale des éléments les plus caractéristiques du processus aux 3 temps de l'étude. Parmi les 20 items les plus caractéristiques à 2 mois, 15 se maintiennent à chacune des cotations et, pour la plupart, à des scores similaires. Douze concernent l'action du thérapeute, deux concernent l'enfant et un l'interaction. Trois d'entre eux restent classés dans les 4 premiers, avec des scores élevés. Ils sont donc majeurs dans le cadre des psychothérapies évaluées : le thérapeute est sensible et impliqué et l'interaction est adaptée au niveau de développement de l'enfant.

Quatre items, présents à la première cotation, disparaissent à la seconde : 3 concernent l'action du thérapeute (il établit des règles explicites ou prépare l'enfant aux situations de séparation, commente le comportement non verbal de l'enfant et fait des liens entre ses sentiments et son expérience). Le quatrième concerne l'enfant « en éveil ».

Ils sont remplacés à la seconde cotation par deux items qui décrivent l'action du thérapeute (il interprète le jeu de l'enfant et a recours à des formulations exploratoires), et un qui précise que les communications de l'enfant sont chargées d'affect. Ces trois items se maintiennent à 12 mois. Le 4^e item remplacé décrit la dyade au niveau de son vocabulaire et d'une compréhension partagée. Il disparaîtra du tableau à 12 mois.

Un item, présent à 2 et 6 mois, disparaît à 12 mois. Il décrit l'enfant comme ne semblant pas conscient de ses difficultés internes. Les deux items qui apparaissent à 12 mois aux 18^e et 19^e places décrivent, d'une part, l'enfant confiant et le thérapeute qui s'abstient de toute révélation le concernant.

Cette évolution fait apparaître une évolution de la pratique du thérapeute qui devient moins « explicatif » et plus « interprétatif ». En même temps l'enfant exprime ses affects tout en étant confiant.

3.5.3. D'autres configurations d'items accompagnent le facteur commun

Le facteur commun qui s'est dessiné à partir des moyennes de cotations des 100 items du CPQ se retrouve quand on réalise une analyse factorielle à partir de l'ensemble des 100 items chez les 50 enfants. Cette analyse permet d'avoir une représentation quantitative de l'importance suivant laquelle la description des éléments communs les plus caractéristiques de la psychothérapie s'applique à chacune des 50 psychothérapies et elle dessine des sous-groupes d'enfants.

L'analyse factorielle construit 3 autres facteurs accompagnant le facteur commun. Bien que leur représentativité quantitative soit beaucoup plus modeste (ils interviennent respectivement pour 9 %, 4,3 % et 3 % de la variabilité, alors que le facteur commun y intervient pour 40 %), la signification de ces facteurs n'est pas du tout accessoire car ils apportent au moins deux informations principales. D'une part, on y trouve les ingrédients techniques les plus significatifs des deux principales approches, psychodynamique et cognitivo-comportementale. Toutes les psychothérapies ne sont donc pas semblables. D'autre part, ces ingrédients sont associés à des profils particuliers de patients. Ainsi, certains enfants peuvent être très engagés dans

la relation et la psychothérapie, faisant participer le psychothérapeute au jeu, ou au contraire désaccordés ou décalés dans leurs échanges sociaux, ou encore, très proches de leur thérapeute ou au contraire soucieux de leur indépendance. Il existe donc des sous-groupes de psychothérapies qui sont caractérisées par une activation d'ingrédients spécifiques avec des enfants qui se différencient de l'enfant « moyen » décrit dans le facteur commun. Les parts respectives, dans chaque psychothérapie, de « communauté » et de « spécificité » sont variables.

Le point majeur qui découle de ces constatations est que l'approche psychothérapique mise en œuvre par le thérapeute dépend pour une part importante – et peut-être complètement – des possibilités qui lui sont offertes ou non par le fonctionnement de l'enfant, quelle que soit l'approche de référence.

3.5.4. Peut-on envisager les mécanismes à partir desquels les changements constatés sont obtenus ?

À partir des 20 formulations du CPQ les plus caractéristiques en moyenne sur l'année (facteur commun), est-il possible d'identifier les médiateurs candidats pour expliquer les changements observés, avec l'objectif de commencer à répondre aux questions actuelles de la recherche en psychothérapie « Pourquoi et comment la psychothérapie agit-elle ? » dans le domaine particulier des troubles autistiques. Par médiateur, nous entendons un agent causal présumé du changement (Kazdin, 2003) ou, plus précisément, une variable intermédiaire qui peut expliquer (statistiquement) la relation entre les variables indépendantes et dépendantes ; le médiateur peut être lui-même le représentant d'une ou plusieurs autres variables [3,36] (Kraemer et al., 2001, Kazdin, 2007).

De ces 20 formulations les plus caractéristiques, 18 décrivent l'approche du thérapeute et deux l'attitude de l'enfant durant les séances. Quatre médiateurs potentiels peuvent être extraits à partir de l'approche du thérapeute. Ils concernent le cadre de la psychothérapie, la façon dont le thérapeute l'ajuste à l'enfant, et deux dimensions spécifiques de son action thérapeutique, la contenance et l'expression des affects, la communication et le langage.

Suivant les recommandations de Kazdin [16] ([Encadré 2](#)), les interventions psychothérapiques relatives à chacun des 4 médiateurs potentiels ont été distinguées ([Tableau 9](#), colonne 1), puis mises en relation avec les mécanismes susceptibles d'expliquer pourquoi ou comment le processus de changement peut se réaliser ([Tableau 9](#), colonne 2). Les résultats attendus de sa mise en œuvre sont présentés dans le [Tableau 9](#), colonne 3. Ces trois dimensions de l'action thérapeutique constituent un ensemble observationnel/explicatif cohérent en soi et relativement aux connaissances actuelles. La confirmation de sa pertinence fait l'objet d'une analyse encore en cours à partir des résultats cas par cas.

4. Discussion

4.1. Remarques méthodologiques

Nous avons présenté une méthodologie qui s'inscrit dans les nouvelles perspectives de la recherche en psychothérapie :

Encadré 2: Recommandations pour renforcer notre compréhension du changement thérapeutique.

1. Utiliser la théorie comme guide
2. Inclure des mesures de médiateurs potentiels dans les études de traitement
3. Établir la chronologie du médiateur ou du mécanisme proposé et le résultat
4. Évaluer plus d'un médiateur ou mécanisme
5. Utiliser des protocoles qui peuvent évaluer les médiateurs ou les mécanismes
6. Examiner l'uniformité à partir de différents types d'études
7. Intervenir pour changer le médiateur ou le mécanisme

Kazdin, 2007 [3]

développer des études évaluatives en milieu naturel réunissant cliniciens et chercheurs, qui associent les dimensions qualitative et quantitative, traitent des questions cliniques, et permettent d'étendre les connaissances dans le champ avec des retombées sur les pratiques. Trois questions sont au centre de ce programme : pourquoi (les déterminants), comment (les mécanismes) et dans quelles conditions (le contexte) une psychothérapie conduit-elle à des changements favorables ? Ces questions sont traitées dans le cadre d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques à partir de l'étude intensive de cas individuels, secondairement réunis et comparés. La méthodologie est innovante non seulement dans ses objectifs, mais dans sa conception. Elle associe, à une formulation de cas structurée initiale et finale, des instruments quantitatifs décrivant les changements manifestes et le processus interne de chaque psychothérapie à partir de plusieurs approches. Il en est attendu une mise en relation des résultats avec les médiateurs potentiels de changement issus de l'analyse des éléments saillants du processus de la psychothérapie, et avec les modérateurs qui en constituent le contexte. Fortement recommandée dans de nombreux articles et soutenue directement par au moins 2 publications (*Pragmatic Case Studies* et *Psychotherapy*), l'application de cette méthodologie comportait plusieurs difficultés potentielles qui ont pu être pour l'essentiel résolues.

La première était la participation des cliniciens. Étaient-ils prêts à entrer dans une étude qui, tout en associant recherche et pratique (une recherche-action), exigeait du temps, une formation, le courage d'exposer sa pratique et l'entrée dans une « culture de recherche » qui leur était pour beaucoup initialement étrangère ? Cette difficulté a pu être dépassée, notamment du fait de l'intérêt et des bénéfices que les cliniciens ont trouvés dans les études de cas, dans le triple registre de la théorie, de leur pratique et du travail en groupe de pairs encadré [37].

La seconde difficulté a concerné la méthodologie en elle-même. Elle repose essentiellement sur celle des études de cas isolés (*single-case design*) décrite en détail par Kazdin (1982–2010) (Encadrés 1 et 2), tout en y introduisant les dimensions heuristique, écologique et qualitative des études pragmatiques de cas (*pragmatic case studies*) de Fishman [30].

Les études intensives de cas isolé ont été conçues initialement dans une perspective expérimentale. Il a donc fallu concevoir leur adaptation à un contexte naturaliste, tout en conservant l'objectif d'une démonstration présentant le meilleur niveau de preuve possible. Cette question avait été considérée dès le départ par Kazdin sous la terminologie « protocoles pré-expérimentaux », en situant différents niveaux de preuve selon la capacité des études, dans leur conception et leur réalisation, de réduire les menaces portant sur la validité interne et la validité externe. Ce point a fait l'objet d'une attention particulière. À défaut d'un groupe témoin, irréalisable dans une étude naturaliste incluant l'étude du processus et plus généralement du fait de l'hétérogénéité des cas et des situations qui caractérisent les troubles autistiques, nous avons été particulièrement attentifs à exclure les menaces à la validité interne dans les 8 dimensions décrites par Kazdin (1982) :

- les événements historiques se produisant au cours de l'étude et susceptibles d'intervenir sur les données attribuées à l'intervention. Leur prise en compte avait été prévue dès le départ avec l'inclusion dans le protocole de l'étude du signalement des événements intercurrents (problème familial, naissance d'un autre enfant, déménagement, interruption de l'école, etc.). Une analyse précise en a été faite à partir des formulations de cas finales. Les événements signalés concernent 34 cas. Ce sont des modifications de l'organisation scolaire, du cadre familial, de la personne qui s'occupe de l'enfant, des problèmes médicaux, un contexte sociofamilial d'insécurité. Un effet positif n'est signalé que dans 4 cas et l'on ne peut donc pas considérer que les événements qui se sont produits au cours de l'année d'étude sont des facteurs explicatifs des résultats dans la population observée ;
- la maturation, dans le sens du changement au fil du temps qui pourrait résulter d'un processus naturel intra-sujet. L'étude a montré que les enfants très jeunes (3 à 6 ans) en psychothérapie sont susceptibles d'acquérir très rapidement des aptitudes absentes dans le sous-groupe des enfants plus âgés. On ne peut éliminer une influence de l'âge associée à une dynamique développementale non linéaire. Cependant ces progrès rapides ne concernent qu'une petite moitié des enfants, ce qui rend peu probable un effet unique de l'âge sur les progrès des enfants ;
- le protocole a été conçu de façon à ce que le déroulement de la psychothérapie se déroule dans les conditions les plus naturelles possibles. Toutes les mesures sont réalisées à partir d'un matériel issu du déroulement des séances réalisées dans les conditions habituelles, ce qui élimine de facto les tests impliquant directement les enfants. Par ailleurs, la présentation des items du CPQ est réalisée de façon aléatoire à chaque passation, ce qui évite les effets d'habituation ou de lassitude ;
- l'instrumentation qui recouvre les changements relatifs aux instruments de mesure, qu'ils concernent l'instrument lui-même ou les critères de cotation. Il n'y a pas eu de changement des instruments et les critères de cotation ont été définis de façon très précise pour l'ensemble des participants et rappelés individuellement si une difficulté se présentait. Par ailleurs, la cohérence des cotations a

Tableau 9

Mise en relation des médiateurs potentiels « cadre », « ajustement du thérapeute », « contenance/expression des affects », « verbalisation/symbolisation » à partir des items du CPQ cotés comme les plus caractéristiques dans les psychothérapies avec des enfants en moyenne actifs et animés (moyenne = 1,39 ; SD = 1,27) avec les mécanismes de changement associés aux interventions psychothérapeutiques et les résultats attendus.

Intervention psychothérapeutique	Causes et mécanismes de changement associés	Résultats attendus
<i>Cadre</i> Le thérapeute est impliqué affectivement (9r), sensible aux sentiments de l'enfant (6), confiant et assuré (86). Ses formulations sont exploratoires (37r) et il s'abstient de porter un jugement négatif envers l'enfant (18 r)	L'attention, la sensibilité et l'implication du thérapeute soutiennent le sentiment de soi de l'enfant. Le caractère exploratoire et sans jugement des formulations du thérapeute ouvrent à l'enfant la possibilité d'une expression affective sans se mettre en danger (R 44, R 61)	L'enfant s'engage dans la relation thérapeutique (64, R 42) et s'y exprime « en sécurité » (R 7). Sa contenance (R 70), son expression verbale et affective (R 40, R 56), son inscription relationnelle et cognitive (R 26, 19) s'améliorent
<i>Ajustement du thérapeute</i> Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (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 l'enfant (47). Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant (88)	L'enfant est acteur. C'est le thérapeute qui s'adapte à lui, à ses préoccupations et à son niveau de développement. Les rapports d'influence entre le thérapeute et l'enfant sont évités, cette interaction facilite le dynamisme et l'affirmation de l'enfant	L'enfant s'exprime, est actif (72), en éveil (13), curieux (8) et participant
<i>Contenance/expression des affects</i> Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (81) Il tolère son affect ou ses pulsions violentes (45) et ne répond pas à ses provocations (24r)	La capacité du thérapeute de tolérer les affects violents et provocateurs de l'enfant et d'y répondre calmement ouvre un nouvel espace. L'enfant peut exprimer sa rage et son opposition (1) sans danger (84) et y trouver une signification dont il n'avait pas conscience En soulignant les sentiments de l'enfant, le thérapeute exprime qu'il comprend son vécu et qu'il peut l'aider à les éprouver plus profondément (81)	L'enfant prend conscience de ses sentiments. Il les exprime (33) et intègre leur signification aux représentations de ses expériences du monde et des autres. Ce processus participe à la construction de la représentation de soi et de ses sentiments, et à leur effet sur les autres (63) La relation et le jeu deviennent un moyen de gérer des situations difficiles et associées à l'identification (64, 51)
<i>Verbalisation symbolisation</i> Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant (3) Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant (65) ou son comportement non verbal (2). Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (76), interprète la signification du jeu de l'enfant (46)	Par sa médiation, le thérapeute facilite la communication et la verbalisation de l'enfant Les répétitions, reformulations, clarifications introduisent et consolident une signification partagée. Des relations conscientes s'établissent entre expérience et affect ressenti, dans la relation et à travers le jeu	Le langage apparaît et s'améliore. L'enfant se sent compris (41) et comprend les commentaires du thérapeute (R 5). Il entre dans le langage partagé et en interaction forte à partir de son vécu (49). Les progrès se confirment dans la gestion affective (R 70), la représentation de soi (59) et la réduction de l'anxiété de soi (R 61). L'enfant semble conscient de ses difficultés internes ou bien les comprendre (53)

été contrôlée et des informations complémentaires ont été demandées dans les cas où certains résultats paraissaient anachroniques ;

- la régression statistique, qui se réfère à l'évolution des scores extrêmes d'une cotation à une autre. Cette menace concerne surtout les protocoles avant-après. Dans cette étude, l'évaluation des changements concerne 4 mesures. La régression ne peut donc pas entrer dans le schéma habituel et la menace est faible ;
- les consignes de sélection ont été d'inclure le premier cas qui se présentait ou un cas en cours. On peut concevoir que les cas en cours aient pu être choisis, lorsque les thérapeutes suivaient plusieurs cas, en fonction du fait que c'était une psychothérapie qui marchait bien, ou au contraire qui posait des problèmes. Ce point sera à préciser. Mais il est important

de souligner aussi ici qu'au-delà de la tendance générale qui s'exprime, les cas restent très hétérogènes. Par ailleurs, nous avons précisé que les thérapeutes étaient pratiquement tous très formés, ce qui est effectivement une composante à prendre en compte dans les résultats ;

- l'attrition associée aux sorties prématurées de l'étude. L'étude a été interrompue prématurément dans 19 cas sur les 85 en cours (dont 55 terminés à ce jour) : 3 pour des raisons personnelles du clinicien, en particulier le manque de temps ; 4 dans le cadre d'un abandon du groupe de pairs ; 4 du fait d'un arrêt de la thérapie par la famille ; et 8 à la suite d'une sortie de la cure de l'enfant non précisée ;
- la diffusion du traitement (non-respect de la différence entre le groupe de test et le groupe témoin). Cette menace concerne les situations où des enfants supposés ne recevoir aucun

traitement, en reçoivent en fait un. Elle ne concerne pas cette étude puisque tous les enfants sont en traitement et que chaque traitement et les conditions de son contexte sont décrits.

Au total, si l'on se réfère au tableau récapitulatif établi par Kazdin [28, p. 92], cette recherche remplit les critères des études de type III qui sont celles où les menaces à la validité interne sont les mieux contrôlées.

Concernant les menaces à la validité externe, la principale était naturellement l'interférence potentielle de traitements multiples. Pour préciser ce point, il a été demandé aux cliniciens de compléter les éventuelles « interventions » qui accompagnaient la psychothérapie : orthophonie, psychomotricité, prise en charge ABA, éducative, ateliers pédagogiques ou activités extérieures et la scolarisation. Nous avons également demandé comment l'enfant était suivi en dehors de la psychothérapie (pédiatre, pédopsychiatre). L'hétérogénéité des « interventions » dans le groupe d'enfants ne permet pas de conclure que les effets puissent être attribués à ces éléments en dehors de la psychothérapie. Les prises en charge psychomotrice et orthophonique ne sont pas systématiques (moins de la moitié des cas). Les activités en atelier sont extrêmement diverses dans leur support et leur rythme. Plusieurs cas ne bénéficient d'aucune autre intervention que la psychothérapie. De façon générale, les deux éléments qui restent stables sont la psychothérapie et l'insertion scolaire. Mais l'intégration à l'école est, elle-même, également assez hétérogène puisque 11 enfants sur 50 vont à l'école « ordinaire ». Les autres la fréquentent à temps partiel ou à plein temps, mais avec une aide de vie scolaire (AVS) ou dans un cadre spécialisé. Cela va dans le sens d'un processus de participation progressive et individualisée aux activités scolaires.

4.2. Discussion des principaux résultats

Nous avons déjà précisé que cette recherche s'inscrit dans un cadre général où l'environnement de l'enfant n'est évidemment pas neutre pour son évolution, mais la psychothérapie y tient une place tout à fait particulière, non seulement du fait de sa stabilité, mais aussi parce que l'approche et les actions spécifiques du thérapeute sont ajustées aux comportements spécifiques de l'enfant à chaque moment de la psychothérapie. Les cas où l'enfant n'évolue pas n'ont pas été détaillés dans cette étude préliminaire. Ils sont tout à fait repérables, constituent des exceptions. Ils sont étudiés dans le Rapport d'Étape à 4 ans du RRFPP [38], à partir de la comparaison de cas analogues qui inclut une recherche précise du rôle potentiel des modérateurs.

Dans notre étude, 80 % des thérapies étudiées ont été menées par des thérapeutes expérimentés d'orientation psychanalytique, et pour 1/4 de thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale et psychomotrice. Un premier résultat a été de montrer qu'il était possible de mener des études sur les psychothérapies dans le champ avec des cliniciens de référence théorique différente à partir du moment où l'on s'écarte des évaluations « par marques » et que l'on se rapproche de questions cliniques non disjointes de la recherche générale comme celles des déterminants et des mécanismes de changement [2].

La réunion des 50 premiers cas montre que la psychothérapie menée dans des conditions naturelles, par des praticiens expérimentés et formés à la spécificité de l'autisme, travaillant dans une perspective ouverte sur l'extérieur, et avec généralement un soutien de la famille important [39] est associée à des changements significatifs. Ces changements concernent les comportements autistiques (qui se réduisent), le développement (qui s'exprime statistiquement et cliniquement, notamment par des gains d'aptitudes), et le fonctionnement intrapsychique (qui se traduit par une réduction des réponses émotionnelles et une facilitation de la relation au monde et aux autres). Ainsi, les enfants n'ont pas seulement réduit leurs symptômes et acquis de nouvelles fonctionnalités, ils ont aussi accru leur sentiment de sécurité intérieure et amélioré leur représentation du monde et des autres, ce qui augure d'une capacité croissante de faire face à des stress courants. Nous constatons parallèlement une quasi-disparition des stéréotypies chez 27 enfants (ils étaient 16 à T0) et une meilleure tolérance à la séparation chez 23 enfants (ils étaient 9 à T0). Dix-neuf enfants ont un score d'insight positif à T12, ce qui veut dire concrètement qu'il leur est désormais possible d'aller vers une compréhension d'eux-mêmes et de leurs problèmes.

Même si nous n'avons pas de groupe témoin permettant d'apprécier la maturation au plus près, cette étude retrouve également que des évolutions importantes et rapides peuvent se réaliser chez les enfants de 3 à 6 ans et l'on peut faire l'hypothèse que les enfants les plus jeunes pris en charge précocement parviennent plus rapidement à des évolutions que des enfants plus âgés n'ont pas atteintes au moment du début de leur psychothérapie. Ce résultat est une constante dans la littérature et légitime les recommandations de diagnostic et prise en charge précoces [40].

Le processus psychothérapique associé aux changements est présenté à partir des 20 formulations/items du CPQ les plus caractéristiques qui le décrivent. À partir de leur regroupement par catégories, les items sélectionnés par les 50 cliniciens montrent que, dans la population suivie, les ingrédients les plus saillants de l'action thérapeutique sont le cadre, l'ajustement de l'approche du thérapeute à la situation propre de l'enfant, l'importance accordée à l'expérience affective de l'enfant et la possibilité de supporter ses manifestations extrêmes, et différentes actions dont le dénominateur commun est le langage. Le cadre est porté par un thérapeute impliqué, sensible, attentif, confiant et assuré dont les formulations sont exploratoires et dénuées de jugement. L'émotion est considérée à la fois dans ses aspects déficitaires et insuffisamment modulés, à travers l'expression et la contenance affective. L'acquisition du langage associe la facilitation de l'expression verbale de l'enfant et la verbalisation de ses expériences vécues (et des sentiments qui les accompagnent) par le thérapeute et, dès que c'est possible, par l'enfant directement et à travers le jeu. La plausibilité de l'effet des actions thérapeutiques sur les résultats est considérée en relation avec les mécanismes à travers lesquelles elles sont susceptibles d'agir et les effets qui en sont attendus.

La relation entre le processus et le résultat est inférée ici à partir de 3 des 7 critères proposés par Kazdin [3,16,41] pour établir une relation de causalité entre les effets observés et les

interventions psychothérapeutiques appliquées : (critère 1) l'association forte entre les interventions psychothérapeutiques définies comme les plus caractéristiques et le changement thérapeutique ; (critère 2) la spécificité et la plausibilité de ces médiateurs et des mécanismes proposés ; (critère 7) la plausibilité et la concordance de la façon dont les mécanismes sont inférés en relation avec les connaissances dans le champ. Les autres critères demandent une approche cas par cas et par sous-groupes car, d'une part, le poids du facteur commun n'est pas identique dans tous les cas et, d'autre part, des ingrédients complémentaires encore davantage spécifiques à la fois de la technique et de l'enfant interviennent dans les regroupements de cas issus de l'analyse factorielle. L'activité des médiateurs potentiels du facteur commun décrit les attitudes les plus caractéristiques des thérapeutes en relation avec des enfants qui, en moyenne, sont actifs, animés ou en éveil. Cette caractéristique n'est pas généralisable à l'ensemble des enfants, notamment en début de psychothérapie, et on peut prévoir que les critères 6 (uniformité) et 7 (gradient) ne s'appliqueront éventuellement que pour des groupes d'enfants « analogues » d'un point de vue symptomatique. Ainsi, le fait que l'on puisse déterminer les items les plus caractéristiques du processus psychothérapeutique des 50 enfants n'élimine pas la diversité inter-cas.

4.3. Principales limites de l'étude

Nous avons précisé que dans la population étudiée les praticiens ont beaucoup d'expérience et sont très bien formés, qu'en moyenne, les enfants sont actifs, animés et en éveil. La fréquence de la psychothérapie est en moyenne de 2 séances par semaine et le plateau technique, sans être démesuré, associe suivant les cas orthophonie, psychomotricité, activités psycho-éducatives dans des contextes variés et consultations psychiatriques de suivi. Dans 82 % des cas, les parents soutiennent activement la psychothérapie. Si notre échantillon de ce point de vue témoigne d'une homogénéité relative, il n'est pas représentatif de l'ensemble des situations avec autisme.

Les évaluations n'ont pas été réalisées en aveugle mais l'effet de la subjectivité a été limité dans le cadre du groupe de pairs avec la règle d'un retour aux données obligatoires, chaque fois qu'il y avait un écart de mesures entre les différents cotateurs. La question de la fidélité interjuges, 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.

Concernant l'absence de groupe témoin, la comparaison avec une absence de traitement n'était pas concevable pour des raisons éthiques. Celle avec un traitement dont on ignorerait l'approche et les conditions n'était pas réalisable non plus à partir du moment où l'un des objectifs centraux était l'étude du processus interne de la psychothérapie avec des cas très hétérogènes. Le caractère très contrôlé des études a permis de réduire au maximum les menaces relatives à la validité interne. Cependant, l'effet propre du développement ne peut être complètement apprécié. Nous constatons cependant, à partir de nos données, que tous les enfants du même âge n'avancent pas au même rythme et que ceux qui commencent leur psychothérapie tardivement sont moins avancés au niveau du développement que des enfants plus jeunes après 2 ans de psychothérapie.

Enfin, pour ce qui concerne la description de l'échantillon, nous n'avons pas pu mettre en œuvre une évaluation standardisée systématique du diagnostic avec Autism Diagnostic Interview (ADI) ou Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Ces points limitent la description de notre échantillon, même si concernant le diagnostic formel d'autisme, nous sommes plutôt confiant : 50 % des enfants ont eu leur diagnostic confirmé en centre ressource autisme (les données spécifiques sont en cours de collection, mais dès à présent il s'avère qu'au moins 2/3 des enfants du groupe français ont bénéficié de bilans et tests pré-thérapie tels que CARS, BRUNET-L, BECS, WISC IV, PEP-R, etc.) Par ailleurs, les scores de l'ECA-r et de l'EPCA, deux échelles validées dans l'autisme, ainsi que les formulations de cas très détaillées initiales sont fortement indicatifs d'une population avec autisme.

4.4. Ouverture

Dans le groupe étudié, tous les enfants ont évolué. Ils n'ont pas tous évolué de façon équivalente et la compréhension de ces différences conduit à interroger les facteurs qui peuvent y participer. C'est une approche très différente de celle qui a été menée pendant plus de 20 ans durant lesquels l'évaluation se réduisait à des études avant-après portant sur des groupes. Du côté de la recherche, elle conduit nécessairement à des protocoles d'études de cas, menées rigoureusement avec la perspective de répondre à 5 questions :

- Quels sont, dans le traitement global, les aspects nécessaires, suffisant ou facilitant pour le changement thérapeutique ?
- Quelles modifications du traitement peuvent être faites pour augmenter son efficacité réelle ?
- Quelles procédures ou techniques peuvent être ajoutées au traitement pour le rendre plus efficace ?
- Quel est le traitement le plus efficace parmi un ensemble particulier d'alternatives ?

- Quelles sont les caractéristiques du patient qui interagissent avec les effets du traitement ? Ou, pour qui une technique particulière est-elle efficace ou plus efficace ? [28, p. 276].

Les cliniciens y retrouvent ce qui est l'objet de leur travail et sa motivation : « Qu'est-ce qui peut me permettre de mieux soigner mes patients et de le faire connaître ? », « Qu'est-ce qui peut me permettre de découvrir de nouvelles connaissances ouvrant sur des possibilités et de les faire connaître ? ». Il y a là les bases à la fois de la réduction du fossé, pour ne pas dire clivage, entre acteurs de la clinique et acteurs de la recherche, et d'une nouvelle assise des professionnels très mobilisatrice dont les retombées tant au niveau des pratiques que de la recherche peuvent améliorer le soin des patients.

Le travail du réseau est toujours en cours et nous espérons que de nombreux praticiens de différentes références et approches souhaiteront s'y inscrire comme l'ont fait les 50 cliniciens, dont les études de cas auxquelles ils ont directement participé permettent aujourd'hui de présenter ces premiers résultats.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques a été financé de 2008 à 2012 par l'Inserm, la direction générale de la santé et la fondation de France. Merci à Catherine Barthélémy, Romuald Blanc et Geneviève Haag dont l'expertise et le savoir-faire dans le champ constituent un appui majeur à la dynamique et aux progrès de ce réseau. Merci également à chacun des cliniciens du pôle autisme dont le travail individuel et en groupe de pairs a permis d'établir ces premiers résultats et à tous ceux qui accompagnent et facilitent le travail du Réseau.

Annexes 1 et 2. Matériels complémentaires

Les matériels complémentaires (Tableaux S1 et S2) accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://www.sciencedirect.com> et <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.11.011>.

Références

- [1] 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.
- [2] American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy* 2013;50(1):102–9.
- [3] Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy. *Research. Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1–27.
- [4] Greenberg LS. Research on the process of change. *Psychother Res* 1991;1(1):3–16.
- [5] Goldfried MR, Greenberg LS, Marmar C. Individual psychotherapy: process and outcome. *Annu Rev Psychol* 1990;41:659–88.
- [6] Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale* 2006;32(4):402–12.
- [7] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
- [8] Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Shaw BF. Science is not a trial (but it can sometimes become a tribulation). *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):92–103.
- [9] Herbert GL, Callahan J, Ruggero CJ, Murrell AR. New analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: do different treatments reflect different processes? *Psychother Res* 2013;23(5):514–25.
- [10] Barber JP, Muenz LR. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(5):951–8.
- [11] Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 2002;159:775–83.
- [12] Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130(4):631–63.
- [13] American Psychological Association. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61(4):271–85.
- [14] Bréchet C, Danion JM, Falissard B, Widlöcher D, Thurin JM, Cohen D, et al. Méthodologie de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale. Colloque Inserm du 30 mai 2007. *Pour la Recherche* 2007;54(3):1–12.
- [15] Jones EE. Introduction to special section: single-case research in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1993;61(3):371–2.
- [16] Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44(8):1116–29.
- [17] Kazdin AE. Evidence-based treatment research: advances, limitations, and next steps. *Am Psychol* 2011;66(8):685–98.
- [18] Blatt SJ, Auerbach JS, Zuroff DC, Hahar G. Evaluating efficacy, effectiveness and mutative factors in psychodynamic psychotherapies. In: *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 537–72.
- [19] Thurin JM. Évaluation du changement en psychothérapie. *Ther Fam* 2009;30(2):235–50.
- [20] Mesibov GB, Shea V. Evidence-based practices and autism. *Autism* 2011;15(1):114–33.
- [21] Lerner MD, White SW, McPartland JC. Mechanisms of change in psychosocial interventions for autism spectrum disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:307–418.
- [22] Norcross JC, Wampold BE. What works for whom: tailoring psychotherapy to the person. *J Clin Psychol* 2010;67:1–6.
- [23] Thurin JM, Falissard B, Danion JM. Projet Inserm réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. *Pour la Recherche* 2007;55:1–16.
- [24] Zarin DA, Pincus HA, West JC, McIntyre JS. Practice-based research in psychiatry. *Am J Psychiatry* 1997;154(9):1199–208.
- [25] Borkovec TD, Echemendia RJ, Ragusea SA, Ruiz M. The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clin Psychol Sci Pract* 2001;8:155–68.
- [26] Barkham M, Mellor-Clark J. Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clin Psychol Psychother* 2003;10:319–27.
- [27] Golse B, Haag G, Barthélémy C, Thurin M, Thurin JM. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Point sur le pôle autisme. *Pour la Recherche* 2008;2:1–8.
- [28] Kazdin AE. Single-case research designs. New York/Oxford: Oxford University Press; 1982/2010.
- [29] Hilsenroth M. Appeal for publication of evidence-based case studies in psychotherapy: theory, research, practice, training. American Psychological Association; 2010 [<http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>].

- [30] Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic “Journal of Pragmatic Case Studies”. *Prev Treat* 2000;3(1), <http://dx.doi.org/10.1037/1522-3736.3.1.38a> [No pagination specified article 8a].
- [31] Briffault X, Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie : évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. [New directions for psychotherapy research: an evaluation of a research protocol and a methodological and technical framework proposal]. *Encephale* 2007;33(6):911–23.
- [32] Eells TD. What is an evidence-based psychotherapy case formulation? *Psychother Bull* 2011;46(2):13–6 [<http://www.divisionofpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2009/10/2011-Bulletin-462.pdf>].
- [33] Barthélémy C, Roux S, Adrien JL, Hameury L, Guérin P, Garreau B, et al. Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *J Autism Dev Disord* 1997;27:139–53.
- [34] Haag G, Botbol M, Gaignic R, Perez- Diaz F, Bronsard G, Kermarrec S, et al. The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale: a reliability and validity study. *J Physiol* 2010;104(6):323–36.
- [35] Schneider C, Jones E. Child psychotherapy process Q-set (CPQ). Traduction française : Thurin M, Thurin JM et Schneider C. Questionnaire de configuration du processus psychothérapique. Pour la Recherche 2010;66(3):1–12.
- [36] Kraemer HC, 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;158:848–56.
- [37] 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. *Couns Psychother Res Linking Res Pract* 2012;12(3):187–93.
- [38] Thurin JM, Falissard B, et Thurin M. Rapport d'étape à 4 ans du réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques, pôle autisme. Paris: Inserm; 2013.
- [39] Thurin M. Éléments de contexte susceptibles d'intervenir sur les résultats de la psychothérapie de 41 enfants (modérateurs). Pour la Recherche 2012;71–2(1):14.
- [40] Saint-Georges C, Guinchat V, Chamak B, Apicella F, Muratori F, Cohen D. Signes précoces d'autisme : d'où vient-on ? Où va-t-on ? *Neuropsychiatrie Enfance Adolesc* 2013;61:400–8.
- [41] Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009;19(4):418–28.