

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 psychothérapeutiques

Coordonnateurs : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard

Institutions : Unité Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie

Support financier : Inserm, Direction Générale de la Santé et Fondation de France

Comité de Pilotage : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Mme Monique Thurin, Pr Bernard Golse, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier

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

<http://www.techniques-psychotherapiesorg/Reseau/>

Ce rapport est téléchargeable à l'adresse suivante :

http://www.techniques-psychotherapies.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT_2013_v3a.pdf

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

Les personnes intéressées peuvent demander un mot de passe pour y accéder à

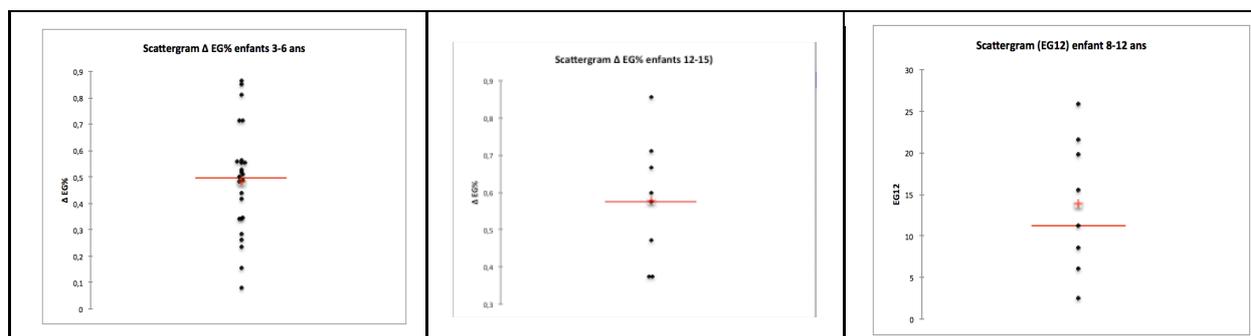
jean-michel.thurin@inserm.fr

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.

2. 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 psycho-développementaux de l'autisme, de contribuer à l'évolution des enfants ; 2) celle de *médiateurs émergents* à partir de l'analyse factorielle des mesures issues du processus à partir des scores du CPQ qui décrit d'une part ce qui caractérise la psychothérapie des enfants dans notre échantillon et ce qui caractérise celle de sous-groupes en mettant en relation l'approche mise en œuvre et le profil de fonctionnement et d'interaction avec le thérapeute de l'enfant dans la psychothérapie.

Les premières comparaisons de cas analogues soulignent l'impact que peut avoir chacun des agents de la psychothérapie et notamment le soutien que lui apporte la famille. L'implication du thérapeute et l'ajustement de son approche aux besoins et possibilités de l'enfant à chaque étape de son évolution, l'engagement et la participation de l'enfant, mais aussi ses nouvelles aptitudes qui modifient ses relations au monde et aux autres, interviennent dans le processus transactionnel de la psychothérapie .

• Contribution des études de cas individuels

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 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.

- ***Contribution du regroupement des études de cas***

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.

Contrairement à l'analyse des cas individuels, ces rapports n'incluent initialement pas de vignettes cliniques.

Les modérateurs nous apportent des informations très importantes sur la prise en charge de ces enfants. Ils nous apprennent que 30 enfants sur 50 ont été repérés avant 3 ans et que 29 ont commencé une psychothérapie entre 3 et 4 ans. 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 : 19,8 ; sd : 8,2), les scores de pathologie à l'EPCA ont également bien régressé (moy : 7,4 ; sd : 7,5), tandis que les scores de développement se sont significativement élevés (moy : 13,5 ; sd : 10,3). 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 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 processus des 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 19 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 10 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 11 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 observés à tous les niveaux de l'évaluation, comme nous l'avons vu : au niveau des modérateurs, de la formulation de cas, du processus de la psychothérapie du point de vue des actions du thérapeute, mais aussi du vécu et du rapport de l'enfant à sa psychothérapie et à son thérapeute.

Il existe des trajectoires différentes, ce que chacun sait mais qui est là objectivé. Il s'agit d'entrer maintenant dans une analyse plus précise de la diversité comparant chaque cas avec les autres. C'est le troisième niveau d'analyse.

- **Contribution de la comparaison de cas similaires**

La comparaison inter-cas permet un accès vers la compréhension des facteurs qui sous-tendent les différences de trajectoire de cas similaires. Une différence notable de la trajectoire d'un cas par rapport à la courbe moyenne d'évolution d'un groupe «analogue» introduit une interrogation sur «la» cause qui sous-tend cette différence. 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. IG : Index de difficulté potentielle pour la psychothérapie liée aux modérateurs ; Napa : Nombre d'années antérieures de psychothérapie ; Δ EG : variation du score global ; %EG : % de variation du score global ; Δ Dev : variation du score développemental ; TE dev : Taille d'effet développement ; Δ Apt : variation du nombre d'aptitudes

Les évolutions moyennes présentées dans ce tableau montrent des caractéristiques intéressantes.

- Pour chacun des groupes, l'indice de difficulté 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.

Les évolutions les plus faibles concernent 5 enfants dans les groupes 3-6 et 7-11 ans. Aucun dans le groupe des 12-15 ans.

- *Parmi 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, pour ces deux enfants, 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.
- *Parmi 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, gravité du trouble), interviennent négativement.

Les évolutions les plus importantes concernent 14 enfants 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.

- *Parmi 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 (10) 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 psychothérapeutiques 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	Nombre	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 forts¹⁰², 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	Type psychothérapie	Médiateurs préconstruits	Médiateurs émergents	Modérateurs
3-6	5	2 PPD, 2 TED, 1 TJ	L'engagement important des thérapeutes ne compense pas la faiblesse de l'engagement et de la participation des enfants. L'activation des facteurs spécifiques est réduite.	Le déficit d'engagement et de participation des enfants réduit les possibilités techniques de la thérapie.	Insécurité de base décrite par les modérateurs et la formulation de cas.
7-11	5	4 PPD, 1 Pmot	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 (10) 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 psychothérapeutiques 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,

¹⁰² Gain d'aptitudes ≥6 durant l'année ou ≥12 à la fin de l'année d'étude

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

3. Résultats généraux

- ***Influence des théories et des 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.

- ***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*¹⁰³. 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 (voir encadré ci-dessous).

¹⁰³ 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 ¹⁰⁴) et à publier (Molinié, Gausset, de Oliveira¹⁰⁵) 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:

Une étude menée auprès des praticiens ayant participé à une étude individuelle de cas dans le cadre de la recherche du réseau.

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, il se sont sentis soutenus par les groupes de pairs et n'ont pas trouvé que le contexte de la recherche avait un impact négatif sur leurs patients.

Une forte motivation a été initialement de prendre part à la défense professionnelle de la psychothérapie, mais un fois qu'ils ont décidé de participer à l'étude, les cliniciens ont exprimé le point de vue que l'étude revitalisait leur travail clinique, qu'elle leur permettait de spécifier des questions cliniques, d'avoir des discussions entre pairs qui apportaient beaucoup à leur réflexion à propos de leurs patients. Ils ont également rapporté que la formulation de cas était un outil intéressant et qu'ils n'avaient pas eu de réelles difficultés à constituer un groupe de pairs, à exposer leur pratique et à comprendre la méthodologie de l'étude.

De façon intéressante, ceux qui ont répondu à l'enquête n'ont pas exprimé de façon forte que leur participation à l'étude avait changé leur vision de la recherche. Mais ils ont souligné que leur participation à la recherche avait soulevé des questions théoriques et avait eu un impact considérable sur leur pratique clinique sur un mode qui leur semblait utile pour leurs patients. En définitive, la 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.

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).

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

¹⁰⁴ Amenta M et Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74 (2-3) : 5-6.

¹⁰⁵ Molinié M, Gausset M-F et de Oliveira DA. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. à paraître 2013.

4	Ma décision initiale de prendre part à cette recherche est issue de l'incitation d'une autre personne	-0.25	2.38
---	---	-------	------

Tableau II. Catégorie B: Expérience de l'étude.

	Formulation	Moy	SD
5	La constitution de mon groupe de pairs a été difficile	-2.06	1.76
18	la sortie de traitement d'un patient engagé dans l'évaluation avec mes pairs a déstabilisé le groupe	-1.75	1.56
6	je me suis senti(e) aidé(e) par le groupe de pairs	1.25	1.75
19	le consensus sur les cotations a toujours été très difficile à obtenir avec les différents instruments	-1.17	2.22
8	La prise de notes extensives a été facile	-1.03	2.04
7	La compréhension de la méthodologie a été difficile	-0.67	2.41
24	La présentation du suivi de mon cas et le fait d'exposer ma pratique dans le groupe de pairs s'est avéré être facile	0.42	2.01
20	Pour faciliter le travail avec ms pairs, j'ai utilisé Skype ou une autre technologie internet	-0.33	2.51
9	La prise en main des instruments est (a été) difficile	0.22	2.24

Tableau III. Catégorie C: Implication, motivation

	Formulation	Moy	SD
14	Au niveau professionnel, cette recherche me semble importante pour défendre la pratique psychothérapique	2.03	1.65
15	La possibilité de mieux connaître ma pratique et de comprendre comment les changements se réalisent pou mon patient ont fait partie de ma motivation	1.39	2.14
10	Le groupe de pairs est (a été) le moteur principal de mon implication	0.75	2.41

Tableau IV. Catégorie D: "Impact de l'étude"

	Formulation	Moy	SD
22	Cette étude n'a pas suscité chez moi de questions théoriques	-2.69	1.31
12	Cette recherche n'a pas (eu) d'impact sur ma pratique	-2.39	1.78
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 psychothérapeutique 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

1.

Discussion

Cinq points peuvent être soulignés à partir des réponses qui ont été données à l'enquête et de discussions ultérieures qui ont eu lieu lors des assemblées générales des cliniciens impliqués dans le réseau après l'enquête était terminée.

Le groupe de pairs

C'est l'élément structurel fondamental du PRN. Il offre un mécanisme qui est en soi un soutien. Les cliniciens en parlent avec beaucoup d'enthousiasme à partir de trois aspects principaux: (a) le plaisir de se confronter à des questions cliniques; (b) la recherche du consensus, avec des discussions très intenses lorsque les cotations sont différentes, mais aussi sur des points particuliers qui concernent la pathologie de leurs cas; (c) ne pas se sentir soi-même évalué (sous le jugement de quelqu'un), mais au contraire, participer en utilisant l'expertise clinique de celui qui apporte des opinions convergentes et complémentaires. Le groupe de pairs représente aussi un mécanisme important pour la réalisation pratique de la recherche. La confidentialité des données dans un groupe de cliniciens identifiés, travaillant dans le cadre d'un code professionnel de déontologie partagé, rend possible de se conformer au dispositif éthique de la psychothérapie.

La collecte des données

Des difficultés avaient été prédites au stade de la planification (par exemple, « Il serait très difficile de prendre des notes pendant ou juste après une séance », « l'enregistrement audio serait impossible ou briserait la relation thérapeutique, etc »). En fait, la prise de notes a été très facile pour certains thérapeutes parce qu'ils en avaient déjà l'expérience, alors que pour d'autres, il était difficile de choisir le moment de prendre des notes – durant ou après la séance. Les enregistrements audio des séances se sont faits en routine pour certains, mais difficile, voire impossible, pour d'autres (en particulier dans le cas des patients borderline). Il est resté difficile pour les cliniciens de noter leurs propres interventions non verbales. À la fin de l'étude, le souci de la prise de notes avait complètement disparu.

La formation

Pour la formation, les résumés des mesures / instruments ont été affichés sur le site Web du RRFPP. Toutefois, nous recommandons qu'avant toute étude les cliniciens se familiarisent avec les instruments en les testant. En outre, les réunions de «retours d'expérience» ont joué un rôle crucial dans la mise à jour des difficultés et la façon de les résoudre. Enfin, mais ce n'est pas le moindre aspect, le soutien en ligne proposé par l'une d'entre nous (MT) a été très utilisé!

Impact de la recherche sur la psychothérapie

La recherche à partir de la pratique a d'abord été perçue 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. Comblé 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 ».

4. Conclusions générales, résultats et perspectives

Le début du 20^{ème} 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, 2007¹⁰⁶), associations professionnelles (p. e. APA; Levant 2005) et des instituts de recherche (p.e.

¹⁰⁶ Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007 ; 3: 1-27.

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.

Par ailleurs, on ne peut évidemment pas méconnaître la question du positionnement de cette recherche dans le contexte des pratiques fondées sur des données probantes.

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 souvent présentée comme une intrusion susceptible de perturber voire d'entraver le processus lui-même. Présenter un travail très difficile et souvent très frustrant peut aussi induire une crainte d'exposer sa pratique devant ses pairs et de se sentir jugé.

La méthodologie du réseau a permis de dépasser progressivement ces obstacles du fait qu'elle n'était pas fondée sur le modèle d'une thérapie idéale, mais plutôt 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 de changements multidimensionnels***

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 psychothérapeutique lui-même impliquant le patient, le thérapeute et sa technique, et leur interaction.
- ✓ 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.

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 psychothérapeutique 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.

- ✓ de décrire de façon précise les facteurs de contexte (les modérateurs) potentiellement impliqués dans les résultats.

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.

- ***Réduire le fossé entre cliniciens et chercheurs***

Les relations entre cliniciens et chercheurs se sont développées dans le réseau lui-même et au niveau international.

En France, 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.

Au niveau 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*¹⁰⁷ 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 théoriques. Elle n'empêche pas que des travaux spécifiques à chacune d'elles 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.

- **Positionnement de cette recherche dans le contexte des pratiques fondées sur des données probantes**

L'évolution aux E.U. et ailleurs des méthodologies conduisant à des données probantes en psychologie et les recommandations attenantes concernant les pratiques (*evidence-based practices*) et l'adéquation de la méthodologie du réseau à cette évolution viennent d'être soulignées.

En France, dans le cadre du plan Autisme 2008-2010 développé par le Ministère de la Santé, la HAS (Haute autorité de santé) a publié plusieurs textes et recommandations de bonnes pratiques concernant la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme (1/06/2005), l'état des connaissances sur l'autisme (24/3/2010), et les interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (8/03/2012).

Le protocole de recherche du Réseau appliqué à l'autisme a été développé antérieurement à ce programme. Il a été soumis à l'Inserm à la suite de l'expertise collective de 2004, à partir des spécifications qui ont été développées au niveau international à partir de cette période pour une

¹⁰⁷ APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

nouvelle génération de recherches dans ce champ^{108 109 110 111 112}, et d'une étude pilote réalisée sur ces bases¹¹³.

Le rapport fait bien apparaître que la variété des situations et des pratiques soulignée dans le cadre des recommandations HAS correspond à la variété des situations thérapeutiques et des pratiques spécifiques que l'on rencontre dans l'autisme. Cette spécificité implique des recherches méthodologiques dans lesquelles le Réseau apporte une contribution de précurseur.

Nous constatons également que les premiers résultats présentés dans ce rapport à 4 ans du pôle centré sur l'autisme apportent des éléments de réponse à de nombreuses questions posées dans ces textes et propose une méthode qui permet d'avancer à la fois dans le sens de l'amélioration des pratiques et du développement des connaissances.

La méthodologie des études réalisées dans le Réseau correspond aux recommandations les plus récentes dans le domaine de l'autisme qui soulignent l'intérêt des protocoles de cas individuels (*single-case designs*) et de la recherche qualitative dans le champ (Mesibov et Shea 2011¹¹⁴), et 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 que ces recommandations y sont réalisées concrètement et qu'une dynamique de recherche est initiée à partir des pratiques réalisées dans des conditions naturelles.

5. 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. Une thèse médicale a été réalisée

Cinq posters ont été présentés et discutés en langue anglaise à partir des travaux pôle autisme dans des congrès internationaux;

One article a été publié en anglais, 2 autres sont en préparation.

¹⁰⁸ Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: comments and perspectives. *J Clin Psychol* 1998;27(2):217—26.

¹⁰⁹ Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic "J, Pragm Case Stud". *Prevention and treatment* 2000; 3. <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>.

¹¹⁰ Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:505—10.

¹¹¹ Lutz W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 2002;12(3): 251—72.

¹¹² Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RJ. Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. *Br J Psychiatry* 1994;165:4—8.

¹¹³ Briffault X, Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. [New directions for psychotherapy research: an evaluation of a research protocol and a methodological and technical framework proposal]. *Encephale* 2007 ; 33(6): 911-923.

¹¹⁴ Mesibov G B and Shea V. Evidence-based practices and autism. *Autism* 2011; 15(1): 114-133.

6. 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*), son fonctionnement et ses résultats. Ce réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques 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 ici. 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 dépendants 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.

Parallèlement, l'analyse des données demande encore beaucoup de travail pour utiliser au mieux la quantité d'informations recueillies dans le double registre des pratiques et des connaissances.

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. 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.

2. Systématiser la modélisation des facteurs qui jouent un rôle dans les changements aux niveaux individuel et de groupe

3. Poursuivre et renforcer les relations internationales

4. 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.

5. 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 psychothérapeutiques dans le dispositif de soins.

Nous espérons que ces perspectives bénéficieront pour leur réalisation des aides prévues pour le développement des études de recherche incluses dans le 3ème plan autisme 2013.

XIII. INTERVENTIONS, REUNIONS, 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 Desespierre
 - 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 adjustment 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 psychothérapeutiques (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)