UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE NANCY 2

UFR CONNAISSANCE DE L'HOMME

ÉCOLE DOCTORALE « LANGAGE, TEMPS, SOCIÉTÉ »

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE, GROUPE DE RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE DE LA SANTÉ (GREPSA)

[EA N° 2337]

HÔPITAL DE JOUR, ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE

Evaluation longitudinale de 33 familles pendant 2 ans

REPRODUCTION INTERDITE

THÈSE

Pour l'obtention d'un Doctorat en Psychologie

Nouveau régime, présentée par

Bernard KABUTH

Sous la direction de Monsieur le Professeur Claude de TYCHEY (Université Nancy 2)

MEMBRES DU JURY

Monsieur le professeur Hervé BENONY (Université de Bourgogne)

Monsieur le professeur Claude BURSZTEJN (Université louis Pasteur Strasbourg)

Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET (Université Paris 5)

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC (Université Nancy 1)

Madame le Professeur Colette VIDAILHET (Université Nancy 1)

MAI 2003

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Claude de TYCHEY (Université Nancy 2)

Pour avoir dirigé notre recherche avec beaucoup de précision et de pertinence.

Vous nous avez, tout au long de ce travail, guidé, encouragé, motivé.

A Monsieur le professeur Hervé BENONY (Université de Bourgogne)

Pour nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury et avoir eu la gentillesse d'accepter d'être l'un des rapporteurs.

A Monsieur le professeur Claude BURSZTEJN (Université louis Pasteur Strasbourg)

Nous apprécions la richesse de votre enseignement et la finesse de vos points de vue.

A Monsieur le Professeur Philippe JEAMMET (Université Paris 5)

Nous avons eu la chance de faire un stage d'interne dans votre service, il y a quelques années. Depuis nous admirons la brillance de toutes vos interventions.

A Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC (Université Nancy 1)

Nous ne travaillons pas dans le même service à Nancy mais nous nous croisons souvent et nous apprécions la pertinence de vos points de vue toujours teintés d'humour.

A Madame le Professeur Colette VIDAILHET (Université Nancy 1)

Nous vous devons tout au niveau professionnel. Depuis notre premier stage d'interne, voilà plus de 15 ans déjà que nous avons le plaisir de travailler avec vous et nous apprécions chaque jour votre dynamisme, votre chaleur humaine, vos conseils avisés. Cette thèse n'aurait jamais vu le jour, si vous ne nous aviez pas encouragé à la faire et permis de la réaliser dans votre service.

A Madame Alice Dazord (Script- Inserm, Lyon)

Qui nous a permis d'utiliser ses questionnaires et encouragé dans notre démarche méthodologique.

A Monsieur le Professeur Bernard Legras (Nancy 1)

Pour avoir réalisé le travail statistique de cette recherche.

Au Docteur François Feuillet

Pour son aide technique.

Au professeur Hans Steiner

Pour ses conseils avisés lors de l'interprétation de ce travail.

A Mesdames Marie Chantal Dosch et Claire Chenu

Pour leur précieuse aide technique dans la réalisation concrète de ce document, d'autant que mon éloignement temporaire leur a considérablement compliqué le travail.

A tous les membres de l'équipe soignante de Maxéville

Que je remercie particulièrement pour avoir pris de leur temps pour répondre pendant deux ans aux questionnaires et ceci avec beaucoup de gentillesse et de conscience professionnelle.

Ce travail est dédié :

Avant tout, aux enfants et aux parents de l'hôpital de jour de Maxéville

A ma famille, à mes amis

A la mémoire de mes parents, Rose Marie Kabuth Bartkowiak et Jean Charles Kabuth

A Paula Claire, avec tout mon amour.

Table des matières

Introduction: Raisons personnelles et scientifiques du choix de la Problématique de recherche ---------- 1

1) Raisons personnelles ---------- 1
2) Raisons scientifiques ---------- 4

Chapitre1: Le concept d'Alliance Thérapeutique et son évaluation ---- 8

I – Le contexte historique ---------- 8

1) Les prémices analytiques ---------- 8
2) Les premiers travaux sur la relation thérapeutique ---------- 11

II – Les travaux nord-américains sur l'alliance ---------- 13

1) La conception "trans-théorique" de l'alliance de travail selon Bordin ---------- 13
2) Les travaux de l'équipe de Lester Luborsky ---------- 15
3) Les travaux des autres équipes ---------- 28
4) Synthèse des résultats et analyse critique de la recherche sur l'alliance ---------- 33

a – Le contexte nord-américain de ces mesures ---------- 33
b – Synthèse des résultats ---------- 35
c – Valeur heuristique de l'alliance thérapeutique --------- 38
d – facteurs influençant l'alliance thérapeutique ---------- 40

1 – Facteurs liés au patient---------- 40
2 – Facteurs liés au thérapeute et à sa technique------- 41
3 – Facteurs liés à l'interaction patient/thérapeute------ 42
4 – Fluctuation de l'alliance au décours des thérapies--- 44

e – Analyse critique des travaux généraux sur l'alliance---- 46

III – Les travaux français sur l'alliance---------- 48

1) Les recherches françaises du Script-Inserm sur l'évaluation des Psychothérapies---------- 48

2) Les autres travaux francophones---------- 56

IV – Alliance thérapeutique avec l' enfant---------- 58

V – Alliance thérapeutique avec les parents d'enfants en soins------ 60

VI – Alliance thérapeutique et place des parents d'enfant pris en charge en institution pédopsychiatrique---------- 65

VII – Les hypothèses théoriques de notre recherche---------- 74

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants" ---------- 74

Hypothèse 2: "Alliance des parents et engagement des enfants dans le soin"---------- 76

Hypothèse 3: "Valeur prédictive de l'alliance précoce"---------- 77

Hypothèse 4: "Evolution de l'alliance avec le temps"---------- 79

Hypothèse 5: " Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel"---------- 80

Chapitre 2: Facteurs d'évolution des psychoses et des troubles graves du comportement de l'enfant---------- 81

I – Evolution de l'autisme et des psychoses infantiles---------- 81

1) Remarques introductives---------- 81

2) Les études anglo-saxonnes---------- 82
- Les premières études---------- 82
- Les études anglo-saxonnes plus récentes---------- 87
3) Les études françaises---------- 98
4) En résumé---------- 110

II – Evolution des troubles graves du comportement de l'enfant------ 112

1) Remarques introductives---------- 112
2) Les études anglo-saxonnes---------- 116
3) Les études françaises---------- 123
4) En résumé---------- 129

III – Facteurs évolutifs communs aux psychoses infantiles
et aux troubles graves du comportement. Pertinence d'une
évaluation commune---------- 130

Chapitre 3: Méthodologie---------- 136

I – Population---------- 136

1) Critères de sélection du groupe d'enfants---------- 136
2) Présentation des 33 enfants---------- 137

a) Répartition par sexe---------- 137
b) Répartition par âge---------- 139
c) Répartition par pathologie---------- 139

3) Présentation des parents---------- 142

a) Les mères---------- 142
b) Les pères---------- 144

II – Instruments---------- 147

1) Evaluation de l'alliance thérapeutique auprès des parents-- 147
2) Evaluation de l'évolution sociale---------- 152
3) Evaluation de l'évolution symptomatique des enfants------ 161
4) Evaluation de l'engagement dans le soin des enfants------- 168
5) Résumé des modes de cotation des instruments---------- 172

III – Les hypothèses de travail---------- 173

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants" ---------- 173
Hypothèse 2: "Alliance des parents et engagement des enfants dans le soin"---------- 174
Hypothèse 3: "Valeur prédictive de l'alliance précoce"---------- 174
Hypothèse 4: "Evolution de l'alliance avec le temps"---------- 175
Hypothèse 5: " Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel"---------- 175

Chapitre 4: Résultats, analyses statistique et qualitative, discussion-------- 176

I – Résultats et mises à l'épreuve statistique des hypothèses de travail---------- 176

1) Résultats globaux---------- 176

A – L'alliance thérapeutique avec les mères ---------- 177
B – L'évolution de l'adaptation sociale---------- 179
C – L'évolution symptomatique des enfants---------- 180
D – L'évolution de l'engagement dans le soin---------- 181

2) Analyses statistiques des hypothèses---------- 184

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants" ---------- 185
Hypothèse 2: "Alliance des parents et engagement des enfants dans le soin"---------- 188
Hypothèse 3: "Valeur prédictive de l'alliance précoce"---------- 189
Hypothèse 4: "Evolution de l'alliance avec le temps"---------- 191
Hypothèse 5: " Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel"---------- 192
Autres résultats---------- 193

II – Analyse qualitative: illustration clinique d'une alliance de qualité et d'une alliance insatisfaisante---------- 199

1) Margot M ou la "meilleure" des progressions---------- 199

a – Motif d'admission et contexte familial---------- 199
b – Evaluation au temps T1---------- 203
c – Evaluation au temps T2---------- 208
d – Epilogue – conclusions---------- 212

2) Antoine R ou un sentiment de malaise associé à une alliance insatisfaisante avec la mère---------- 214

a – Motif d'admission et contexte familial---------- 214
b – Evaluation au temps T1---------- 215
c – Evaluation au temps T2---------- 219
d – Epilogue – conclusions---------- 224

3) Derniers commentaires sur les cas cliniques---------- 226

III – Discussion des résultats, comparaison
avec les travaux antérieurs---------- 228

1) Alliance avec les mères et évolution sociale
des enfants ---------- 228
2) Alliance avec les mères et évolution symptomatique
des enfants ---------- 229
3) Alliance avec les mères et évolution de l'engagement
dans le soin des enfants ---------- 234
4): Valeur prédictive de l'alliance précoce---------- 237
5) Evolution de l'alliance avec le temps---------- 238
6) L'alliance facteur non spécifique du soin institutionnel---- 242

Conclusion---------- 247

1) Dernier retour sur les hypothèses---------- 247
2) Critiques et regrets par rapport à notre travail---------- 248
3) Pistes de recherche sur l'alliance en pédopsychiatrie------- 252

Bibliographie---------- 255

Introduction
Raisons personnelles et scientifiques du choix de la problématique de travail :

1) Raisons personnelles :

Ce travail a été entrepris en raison de la nécessité, pour évoluer dans notre carrière hospitalière, de nous engager dans un travail de recherche, d'abord un DEA puis cette thèse de Doctorat en Psychologie Clinique et Psychopathologie.

Il s'élabore ainsi en fonction de notre formation de médecin, de psychiatre d'enfants et d'adolescents et de notre mode d'exercice professionnel : Praticien Hospitalier dans le service de pédopsychiatrie de Madame le Professeur Vidailhet au Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy (4^{ième} secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Meurthe et Moselle).

C'est le goût du travail en équipe et le souhait de pouvoir aider tous les types de populations (en particulier les plus défavorisées ou les plus en difficulté) qui nous ont conduit à faire le choix de rester dans le Secteur Public (encouragé dans cette démarche par le modèle que représente pour nous Mme le Pr Colette Vidailhet.)

Dans ce contexte professionnel nos intérêts théoriques, nécessairement variés en raison de la grande diversité des situations cliniques que nous rencontrons au quotidien, sont cependant restés centrés sur la psychanalyse et la psychopathologie. Il nous a toujours semblé indispensable en clinique d'essayer d'analyser les enjeux inconscients, au-delà des symptômes, de la relation transférentielle soignant soigné. Cette démarche clinique s'est faite en parallèle d'une psychanalyse personnelle.

A travers ce parcours, le choix d'un sujet de recherche devenait plus évident : ce serait un travail sur l'évaluation d'un soin psychothérapeutique si possible institutionnel.
Nous avons alors entrepris une recherche bibliographique et avons découvert les travaux français de l'équipe lyonnaise de Paul Gerin (1991, 1992) et Alice Dazord (1989, 1993, 1994, 1997), sur l'évaluation des psychothérapies en particulier en institution psychiatrique, puis les

travaux américains de Lester Luborsky (1975, 1982, 1983, 1988, 1996) dont ces premiers s'étaient fortement inspirés.

Nous avons alors commencé à nous familiariser à la notion d' « Alliance Thérapeutique », étudiée depuis de nombreuses années aux USA et reprise dans les études lyonnaises. L'unité de Paul Gerin a traduit et adapté au contexte français des échelles d'évaluation des soins, utiles pour la Recherche sur les processus psychothérapiques.

Restait à trouver le lieu et le type de patients à étudier.

En 1994, nous avons pris la responsabilité de l'Hôpital de Jour pour enfants de Maxéville (4^{e} Secteur de Psychiatrie infanto-juvénile de Meurthe et Moselle, Service de Mme le Pr C. Vidailhet).

Rapidement, cette institution nous est apparue comme un instrument thérapeutique performant pour aider les enfants en grandes difficultés dans leur développement psychoaffectif.
Nous pouvons le dire sans modestie puisque nous ne sommes pour rien dans la création de cette unité et dans ses principes généraux de fonctionnement qui ont été mis en place par le Professeur Pierre Tridon et le regretté Docteur Patrick Dollander.

Ce service dispose de 20 places mais en fait, plus d'une trentaine d'enfants peuvent y être accueillis chaque année, car très peu y sont à temps complet et la grande majorité d'entre eux est intégrée à l'école plusieurs jours dans la semaine.

Les enfants sont répartis en 2 sous-unités selon leur âge (3 à 6 ans et 6 à 11ans).

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un médecin pédopsychiatre, de 2 psychologues, une assistante sociale, une orthophoniste, un cadre : tous consacrent un mi-temps à l'hôpital de jour et l'autre temps à des soins sur le Secteur.

L'équipe éducative présente au quotidien auprès des enfants est composée d'une douzaine de soignants : moniteur et éducatrices spécialisées, aides soignantes et infirmières du secteur psychiatrique ou diplômées d'état.

La plupart des soignants de cette équipe éducative ont acquis des compétences particulières dans le domaine des thérapies par médiations : musicothérapie, atelier peinture, théâtre, argile, équithérapie, etc.

Les réunions de synthèse quotidiennes où nous parlons d'un enfant pendant une heure, nous ont toujours paru particulièrement riches. Dans la mesure où ces soignants ont une assez bonne maîtrise de leur médiation, ils peuvent parler de façon spécifique de la relation qui s'établit avec l'enfant lors des séances et des réactions contre-transférientielles que suscite le comportement de ce jeune patient chez eux. C'est à partir de la confrontation des différentes contre attitudes des soignants que nous avons alors une assez bonne image de la problématique actuelle de l'enfant. Il s'agit là d'un travail d'analyse institutionnelle inspiré de la psychanalyse.

Nous sommes ici en congruence avec Devereux (1980) qui pose comme essentielle l'analyse du contre transfert du clinicien qu'il investisse une position de chercheur ou une position de thérapeute.

La gravité de la pathologie, des enfants psychotiques ou présentant des troubles du comportement majeurs, engendre des attitudes particulières souvent paradoxales et violentes en relation avec des fantasmes archaïques très crus qui par mécanisme de projection, produit en miroir chez les adultes qui partagent le quotidien de ces enfants des contre attitudes anxiogènes qui pourraient être elles-mêmes violentes si elles n'étaient pas travaillées en synthèse ou en supervision (rien n'est d'ailleurs jamais acquis en la matière et ce travail de réflexion doit être inlassablement ré entrepris, pour éviter les débordements haineux des équipes, qui sont le grand risque des institutions psychiatriques).

Si le quotidien avec ces enfants particulièrement perturbés est souvent très rude pour les équipes que dire alors de la détresse des parents, pris dans ces situations où ils sont complètement dépassés, perdus, angoissés, culpabilisés puis projectifs et à leur tour haineux vis-à-vis de leur entourage, des enseignants et des équipes soignantes.

Ainsi lors de nos réunions si nous parlons en priorité des enfants, nous parlons aussi beaucoup des parents. Notre rôle est de les accompagner, les guider, les soutenir et aussi de supporter leur agressivité projective, même si elle est souvent injuste, pour qu'ils puissent ensuite la dépasser grâce à notre soutien bienveillant.

Mais notre expérience clinique nous apprend que toutes les familles ne sont pas aptes à faire face à ces difficultés de la même manière et certaines pourront beaucoup plus aisément que d'autres saisir l'aide que nous leur proposons; sans parler du nombre non négligeable de parents qui présentent eux-mêmes de graves troubles psychopathologiques expliquant, au moins en partie, les troubles de leur enfant.

« On ne peut pas travailler sans les parents en pédopsychiatrie », c'est une évidence mais cela nous paraît d'autant plus vrai quand l'enfant a des troubles psychiatriques sévères.

Il nous a donc semblé intéressant d'essayer d'évaluer de manière "objectivable", l'impact sur l'évolution des enfants du travail et du lien que nous avons pu établir avec leurs parents.

2) Raisons scientifiques :

En parallèle de nos interrogations personnelles, se pose de manière beaucoup plus générale en médecine le problème de l'évaluation des soins.

Jusqu'en 1970, la notion d'évaluation des soins a été totalement absente des préoccupations des médecins français. Mais, vers 1975, a émergé en France une situation comparable à celle qu'avaient connue les Etats-Unis quelques années plus tôt : Augmentation du coût de la santé liée à l'apparition de nouvelles techniques et à la croissance constante de la consommation médicale, augmentation de la démographie médicale, exigences accrues des patients, mieux informés et plus critiques (Tignol, 1992).

Ainsi, pendant les années 70/80, pour freiner la croissance des dépenses et améliorer le fonctionnement de l'Hôpital et des systèmes de soins ambulatoires, sont publiées toute une série de directives nationales ou européennes pour orienter les politiques de santé et mettre en place un contrôle des coûts et de la qualité des soins.

En septembre 1989 est finalement créée en France, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation en Médecine (A.N.D.E.M.).

Ses missions sont de :

- définir les bases méthodologiques des procédures d'évaluation,
- réaliser et assurer le suivi technique des évaluations et des études sélectionnées par le comité scientifique,
- rassembler la documentation nationale et internationale sur l'évaluation médicale,
- inciter au développement de compétences dans le domaine de l'évaluation,
- diffuser le résultat de ces évaluations aux professionnels de santé.

L'A.N.D.E.M., dont l'installation est effective depuis le 20 avril 1990, a déjà travaillé par exemple à l'élaboration et à la diffusion de bases méthodologiques pour la réalisation des conférences de consensus et des audits médicaux.

En 1995, une association de parents d'autistes, non contente des soins (en particulier psychiatriques) proposés aux autistes en France, saisit Mme VEIL alors ministre des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. Plusieurs rapports plus ou moins controversés vont être demandés par ce ministère et vont susciter de vives réactions chez les psychiatres français.

Parmi ceux-ci l'A.N.D.E.M. a publié un rapport sur « la fréquence et l'évaluation à cours et long terme du traitement et des diverses modalités de prise en charge de l'autisme et des psychoses infantiles en France ».

Parmi ses conclusions, on peut citer ci-dessous:

« - l'évaluation des traitements psychologiques d'inspiration psychanalytique (traitement individuel, thérapie de groupe, aide psychothérapique de l'enfant et des parents) n'a pas fait l'objet de publications…,

- les traitements comportementaux ne réduisent que transitoirement certains symptômes...,

- la méthode éducative spécifique (programme TEACCH : Treatement and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children) conçue en 1964 par Schopler, n'a été évaluée que pour un faible nombre d'enfants. Il serait souhaitable qu'elle le soit en France, où elle est appliquée dans une vingtaine de classes...,

- la prise en charge institutionnelle, qui associe les soins psychothérapiques aux méthodes ré éducatives, a des résultats plutôt favorables sur le devenir des enfants psychotiques ; pour les

autistes, souvent minoritaires dans ces institutions, des études multi centriques seraient souhaitables...,
- En résumé..., l'absence d'études comparatives ne permet pas de conclure à l'éventuelle supériorité d'un type de prise en charge par rapport à l'autre ».

L'A.N.D.E.M. souhaite donc que l'évaluation des différentes conduites thérapeutiques devienne **une priorité** des équipes soignantes. Pour une évaluation reproductible, des critères diagnostiques et de suivi doivent être mieux définis.

Si nous voulons défendre nos idées sur l'importance des soins psychothérapiques face au tout ré éducatif, il nous faut accepter l'idée d'évaluer nos soins, pour montrer leur spécificité et prouver qu'ils sont efficaces. Mais ce type de démarche « scientifique » suscite encore des résistances chez de nombreux psychothérapeutes et analystes pour lesquels il est difficile de chercher à objectiver ce qui se joue dans la singularité de chaque rencontre intersubjective.

Bien que l'évaluation des psychothérapies ait commencé il y a 50 ans aux U S A (Eysenck, 1952) et se soit développée dans de nombreuses directions pour les suivis individuels de patients adultes, elle reste malheureusement très limitée pour les enfants et encore plus en ce qui concerne les institutions pour enfants.

Dans ce contexte, l'évaluation de l'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en soin représente un champ de recherche nouveau à développer.

Ce travail de thèse est une **étude prospective** réalisée à l'hôpital de jour de Maxéville auprès de **33 enfants et leurs familles.**

L'étude a commencé pendant l'année scolaire 1998-1999, en fonction des enfants présents ou entrés pendant cette période et s'est terminée à la fin de l'année 2000-2001. Mais pour toutes les familles, l'évaluation entre le temps T1 et T2 a été le même c'est-à-dire **2 ans.**

Elle a consisté à évaluer le devenir clinique des enfants à 2 ans (sur le plan symptomatique et de l'adaptation sociale) en parallèle avec l'alliance thérapeutique des parents, évaluée du point

de vue du médecin et de l'équipe, en utilisant la « version soignant » d'un questionnaire d'alliance thérapeutique.

Dans un premier chapitre théorique, nous avons réalisé une revue de la littérature sur le concept d'alliance thérapeutique, que nous souhaitions la plus complète et la plus actuelle possible, afin de pouvoir en faire une analyse critique et essayer d'en tirer une méthodologie pour notre propre recherche, qui soit à la fois pertinente et comparable aux travaux scientifiques sur le sujet. Cela nous a permis de poser nos hypothèses théoriques de travail.

Dans un deuxième chapitre, lui aussi théorique, nous avons parcouru la littérature traitant de l'évolution des enfants présentant une psychose infantile ou un trouble grave du comportement. Ces deux types de pathologie représentent la population que nous soignons à l'hôpital de jour de Maxéville.

Comparer l'alliance thérapeutique et l'évolution de patients aux pathologies différentes, a montré son intérêt scientifique dans les études américaines auprès d'adultes à la condition que les outils d'évaluation de ces patients soient les mêmes. C'est pourquoi, nous avons du étudier la façon dont les chercheurs évaluaient l'évolution des enfants psychotiques et ceux présentant des troubles majeurs du comportement, les outils utilisés pour chacun, les problèmes spécifiques liés à chaque pathologie afin de trouver pour notre propre étude, des instruments communs aux deux troubles mais aussi comparables aux données de la littérature.

Le chapitre 3 entre dans le cœur du sujet et présente notre méthodologie. Nous allons décrire notre population (les 33 familles : la pathologie des enfants et le contexte social dans lequel vivent les parents), les instruments utilisés pour évaluer l'alliance avec les parents, l'évolution des enfants et leur engagement dans le soin. Nous pourrons alors poser nos hypothèses de travail.

Le chapitre 4 sera celui de la présentation de nos résultats, en commençant par l'analyse statistique qui nous permettra ensuite de voir lesquelles de nos hypothèses étaient valides. Nous pourrons alors discuter de ces résultats en les comparant à ceux des recherches antérieures.

Ce sera alors le temps de conclure.

Chapitre 1 : Le concept d'Alliance Thérapeutique et son évaluation

Dans un article récent, intitulé « la relation thérapeutique: du transfert à l'alliance » (the therapeutic relationship: from transference to alliance), Adam Horvarth (2000) introduit son travail par les remarques suivantes: « La plupart des thérapeutes pensent que la qualité de la relation qu'ils ont avec leurs clients a un impact sur le bon déroulement de la thérapie. Cependant derrière ce consensus général se trouvent de nombreuses questions plus spécifiques qui engendrent des réponses très variées :

-Quelle importance a cette relation par rapport à d'autres facteurs entrant en compte dans une thérapie ?

-Quels sont les indices spécifiques d'une relation thérapeutique efficace ?

-Comment une relation thérapeutique engendre-t-elle un changement ?

-Les composantes d'une relation thérapeutique efficace sont-elles différentes d'une ''relation humaine authentique''? ».

Les réponses ou les essais de réponses à ces questions résultent de travaux sur l'efficacité des psychothérapies qui ont débuté il y a plus 50 ans. Une partie de ces travaux concerne l'alliance thérapeutique.

I - Le contexte historique :

1) Les prémices analytiques :

Le concept d'alliance thérapeutique trouve ses sources dans de nombreux travaux théoriques dont l'un des tous premiers est retrouvé dans la psychanalyse.

Beaucoup d'auteurs qui reprennent l'histoire de ce concept citent le fameux texte de Sigmund Freud sur ''la dynamique du transfert'' de 1912.

Si Freud n'a jamais utilisé le terme d'alliance thérapeutique, il a souvent fait des distinctions autour de la notion de transfert, il écrit ainsi en 1912:

« Nous en sommes encore à nous demander pourquoi, dans l'analyse, c'est le transfert qui oppose au traitement la plus forte des résistances, alors qu'ailleurs il doit être considéré comme l'agent même de l'action curative et de la réussite... Il est impossible de comprendre comment le transfert sert à la résistance tant qu'on n'envisage simplement que le « Transfert ». Il faut, en effet, distinguer deux sortes de transferts, l'un « positif », l'autre « négatif », un transfert de sentiments tendres et un transfert de sentiments hostiles, et l'on se voit obligé de traiter séparément ces deux variétés de sentiments qui ont pour objet le médecin.

Ensuite, dans le transfert positif, l'on distingue des sentiments amicaux ou tendres, capables de devenir conscients, et d'autres dont les prolongements se trouvent dans l'inconscient. En ce qui concerne ces derniers, l'analyse prouve chaque fois qu'ils ont un fondement érotique ; nous en concluons ainsi que tous les rapports d'ordre sentimental utilisables dans la vie, tels que ceux où se marquent la sympathie, l'amitié, la confiance, etc., sont génétiquement apparentés à la sexualité et émanent, par effacement du but sexuel, de désirs vraiment sexuels, quelque innocents et dénués de sensualité qu'ils apparaissent à notre perception consciente. »

Freud pense qu'on peut alors résoudre le problème du transfert comme résistance: « Voici la solution de l'énigme : le transfert sur la personne de l'analyste ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il est un transfert négatif ou bien un transfert positif composé d'éléments érotiques refoulés. Lorsque nous « liquidons » le transfert en le rendant conscient nous écartons simplement de la personne du médecin ces deux composantes de la relation affective ; l'élément inattaquable, capable de devenir conscient, demeure et devient, pour la psychanalyse, ce qu'il est pour toutes les autres méthodes thérapeutiques : le facteur du succès. »

C'est le psychanalyste R. Sterba en 1934 (cité par Hougaard, 1994) qui introduit le terme d'**''alliance ''**. Il considère cette alliance, cette **''ego alliance''** comme provenant de la partie mature de l'ego du patient et de ses identifications partielles avec le style de travail de l'analyste.

Sterba (cité par Despland, 2000) se réclame d'un texte de Freud de 1913, ''Le début du traitement '', dans lequel Freud affirme qu'il n'est pas possible « d'interpréter avant qu'un transfert sûr, un rapport favorable, aient été établis chez le patient. Le premier but de l'analyse est d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien ». Pour Sterba (cité par Despland), Freud établit une distinction essentielle à cette époque qui

porte sur la capacité du patient à établir une relation de travail avec le médecin, et l'émergence à l'intérieur du traitement de sentiments et d'attitudes revécus (le transfert) qui pourraient faire obstacle au progrès thérapeutique.

C'est Elisabeth Zetzel qui a introduit pour la première fois en 1956, le terme d' «alliance thérapeutique » à propos du transfert et de la résistance en analyse. Elle oppose les analystes qui interprètent le transfert dans sa globalité à ceux qui interprètent les défenses du Moi puis le transfert lui-même, au sens de névrose de transfert. Ainsi une partie du transfert initial est utilisé comme « alliance thérapeutique » entre l'analysé et son analyste. Cette alliance découle de l'attachement du patient envers son thérapeute et de son identification à ce dernier. Elle s'inspire dans son argumentation des travaux de Freud et tout particulièrement du texte sur ''la dynamique du transfert''.

Dans la continuité des idées de Freud et de Zetzel, Ralph Greenson propose en 1967, le terme « d'alliance de travail » pour souligner la collaboration à part égale de responsabilité de l'analyste et du patient: « l'alliance de travail est cette relation relativement non névrotique et rationnelle, qui s'établit entre le patient et l'analyste et qui donne au patient la possibilité de travailler efficacement dans la situation analytique ».
Il la considère comme non sexuelle et non agressive, fondée sur l'identification partielle à l'analyste.
Les travaux de Greenson sont considérés par de nombreux auteurs (Hougaard, 1994, Horvarth, 2000) comme ayant permis d'introduire plus largement la notion d'alliance thérapeutique et d'alliance de travail chez les psychanalystes américains dans la mesure où ce point de vue montrait que l'alliance est un aspect technique de la thérapie psychanalytique d'égale importance avec la névrose de transfert.

Didier Houzel (1986), critique le fait qu'aussi bien Zetzel que Greenson tirent cette notion d'alliance entre psychanalyste et analysant du côté de la Psychologie du Moi, du côté du « Moi autonome » alimenté par une énergie désexualisée. Il donne sa propre définition de l'alliance thérapeutique comme « adhésion à une expérience d'un type nouveau, qui inclut des aspects émotionnels, imaginaires et symboliques, et qui permet d'entrevoir un autre mode de fonctionnement psychique que celui auquel on était habitué et de découvrir la possibilité, l'espoir de donner un sens aux symptômes et à la souffrance psychique ».

2) Les premiers travaux sur la relation thérapeutique:

Dans les 1950, les travaux de deux auteurs semblent avoir eu un impact important sur les premières recherches concernant la relation thérapeutique entre le client et le thérapeute. Il s'agit de **Carls Rogers** et **Hans Eysenck.**

- Le psychologue **Carls Rogers** est l'un des précurseurs de nouvelles études sur la relation d'aide **(1957, 1970 traduction française).**
Selon Greenberg (1992), Horvath (2000), Rogers a été le premier à soumettre ses hypothèses théoriques à une validation empirique en particulier par l'utilisation de cassettes audio. Ces travaux sur cette relation d'aide ont été réalisés auprès de psychothérapeutes mais aussi auprès d'éducateurs et d'autres professionnels non « psy » mais qui étaient dans une situation d'aide.
Il a décrit les conditions les meilleures pour entreprendre une relation d'aide psychologique qu'il définit : « comme une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toute contrainte ou de toute pression personnelle de la part de l'aidant permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes ».
Trois conditions fournies exclusivement par le thérapeute sont alors nécessaires et suffisantes pour que cette relation fonctionne : l'empathie, l'authenticité et le regard inconditionnellement positif du thérapeute vis-à-vis de son patient.

Pour Horvath (2000), c'était la première fois qu'était émise l'hypothèse que ce soit la relation fournie en elle-même plus que la technique de la psychothérapie qui soit l'élément déterminant de l'issue favorable de la thérapie.
Pour Horvath ces travaux ont été particulièrement intéressants dans le contexte de l'époque où les thérapies comportementales se développaient avec succès aux Etats-Unis. Or certains comportementalistes souhaitaient éviter, à l'époque, toutes spéculations ''mentalistiques'' telles que des considérations autour de l'attachement et les relations affectives dans la relation thérapeute/patient (quant à la notion de transfert au sens psychanalytique, elle n'était pas envisagée...). Par exemple, une partie des consignes de la thérapie comportementale pouvait être fournie en laboratoire par des cassettes audio montrant des succès thérapeutiques et confirmant leur hypothèse que la relation

personnelle n'était pas essentielle ou avait au pire un effet placebo. Rogers aurait fait évoluer ce point de vue.

Pour Greenberg (1992), il s'ensuivit de nombreux travaux de recherche sur les trois conditions suivantes : l'empathie, le regard inconditionnellement positif et l'authenticité du thérapeute et dans les années 1970, dit-elle, on pensait avoir trouvé les conditions essentielles à toutes thérapies. Mais les travaux ultérieurs ont montré que si ces variables jouaient un rôle important dans les psychothérapies, centrées sur le client, leur rôle ne pouvait pas être généralisé à toutes les psychothérapies, comme il avait été espéré à l'origine.

- D'un autre point de vue, en 1952, **Hans Eysenck** secoua la profession des psychothérapeutes par son hypothèse selon laquelle « la thérapie psycho dynamique n'était peut-être pas plus efficace que des conditions placebo ».
Selon Hermann (1986), on s'accorde à considérer ce travail d'Eysenck comme le premier travail tentant de synthétiser les résultats de psychothérapies.
L'une de ses conclusions les plus étonnantes était que deux tiers des patients névrotiques s'amélioraient quel que soit leur traitement où qu'ils s'amélioraient qu'ils soient traités ou non ! Ces conclusions caricaturales déclenchèrent évidemment de sérieuses polémiques. Outre les aspects méthodologiques vivement critiqués, se posait la question des guérisons ou tout au moins des améliorations spontanées (Tignol 1992).

A la suite de ces propos, de nombreux chercheurs ont essayé dans les années 1970 de prouver à l'inverse une meilleure efficacité de telle ou telle technique psychothérapeutique par rapport à une autre mais sans vraiment y parvenir.
Greenberg (1992) confirme que des données de plus en plus nombreuses ont montré que les diverses approches psychothérapiques ont des effets bénéfiques comparables et qu'il y a relativement peu de différence démontrée de façon reproductible en ce qui concerne l'efficacité des diverses psychothérapies proposées, même en tenant compte des troubles spécifiquement présentés par les patients (c'est ce qu'on appelle quelquefois ''le paradoxe de l'équivalence''- Dazord, 1997).
En fait, le point très important dans la phrase ci-dessus est constitué par ces mots : « de façon reproductible » car des résultats différents entre des modalités diverses de psychothérapie sont

bien observés régulièrement dans de nombreuses recherches, mais la spécificité de ces différences ne serait pas retrouvée de manière constante à long terme. Cependant, de plus en plus de chercheurs se révoltent contre ce type de raisonnement globalisant (Ollendick, 1999).

Pour Horvath (2000) les psychothérapeutes et les chercheurs se trouvaient dans les années 1970 en difficulté car d'un côté, ils étaient dans l'incapacité de contredire de manière généralisable l'hypothèse d'Eysenck de la non supériorité d'un type de thérapie sur l'autre et en même temps les facteurs communs à toutes thérapies tels que les avaient proposés Rogers s'avéraient au fil des recherches de moins en moins spécifiques et généralisables.

Pour Greenberg (1992), les questions n'étaient plus de savoir si les psychothérapies sont efficaces, ni même lesquelles le sont le plus mais « comment ça marche et comment faire pour que ça marche le mieux possible? ».
Pour ce même auteur, la logique de la recherche actuelle en psychothérapie peut se caractériser globalement comme une tentative d'étudier les relations entre le processus psychothérapique et l'évolution des patients, et de rendre compte de façon précise des modalités de changement observées au cours d'un traitement, à partir de l'étude approfondie du processus même de ce changement.

II – Les travaux nord-américains sur l'alliance :

1) La conception « trans-théorique » de l'alliance de travail selon Bordin:

C'est dans ce contexte de manque de concept généralisable dans l'évaluation des psychothérapies, qu'en 1975 Edward Bordin présenta dans son exposé introductif à la conférence annuelle de la société de recherche sur les psychothérapies (Society of Psychotherapy Research) une communication intitulée « **L'alliance de travail** : Base pour une théorie générale en psychothérapie », exposé qui a été considéré depuis comme une contribution fondamentale à la recherche sur les psychothérapies (Horvath 2OOO).

A partir du vieux concept psychanalytique d'alliance de travail, il propose de généraliser ce concept d'alliance en tant que variable relationnelle commune à tous les types de thérapies. Comme Rogers il affirme que l'alliance est commune à tout processus d'aide

mais contrairement à Rogers, il pense que l'alliance nécessite implication et accord entre le thérapeute et le client dans une relation véritablement bidirectionnelle.
Sa définition de l'alliance (1979, 1994) repose sur trois éléments primordiaux intimement liés:

1- des objectifs communs sur **les buts** (goals) du traitement consensuels entre le patient et le thérapeute de ce que chacun peut attendre à court et long terme de la thérapie.
En fonction du type de psychothérapies, ces buts sont plus ou moins explicités mais même définis différemment, toute thérapie a des objectifs qui nécessitent un accord patient/thérapeute.

2- un accord sur les modalités, **les tâches** (tasks) du travail psychothérapeutique, c'est le thérapeute qui fournit les tâches à réaliser en fonction du type de thérapie qu'il utilise mais le patient doit pouvoir comprendre leur pertinence pour rester un partenaire actif.

3- le développement d'un **lien** (bond) de confiance approprié aux objectifs et au travail de la psychothérapie. Il se caractérise en terme de confiance, respect mutuel, sympathie avec compréhension partagée et engagement en commun.

Pour Greenberg (1992), ce point de vue est remarquable, en ce sens qu'il réunit les aspects relationnels et techniques de traitement en un concept plus large, celui d' « alliance de travail thérapeutique » « Therapeutic Working Alliance », qui définit la collaboration patient/soignant comme l'élément essentiel de cette alliance. Cette dernière ne dépend pas seulement des seules contributions du thérapeute et du patient, mais aussi de « l'alchimie » qui se développe entre eux.
Cette conceptualisation a alors motivé un nouveau et large courant de recherches, celui du développement et de la validation de méthodes d'évaluation des paramètres de l'alliance psychothérapeutique.
Après la présentation de Bordin de 1975, l'intérêt pour le concept d'alliance de travail ou thérapeutique est devenu grandissant et plusieurs équipes de chercheurs ont développé des échelles de mesure de cette alliance qu'elles ont corrélées avec des indicateurs du devenir des patients en thérapie. Selon leur orientation théorique ou clinique, chaque équipe a suivi plus ou moins la définition de Bordin, a proposé de nouvelles définitions et s'est centrée sur tel ou tel aspect de cette relation.

De ce fait la définition de l'alliance demeure encore sujet de controverses (Despars, 2001) et n'est pas forcément identique d'une équipe à l'autre, mais il existe un certain consensus autour du point de vue de Bordin.

Louise Gaston (1990) propose, afin d'éviter une confusion en lien avec la prolifération de ces mesures, de considérer chaque définition comme une dimension relativement différente tout en étant complémentaire des autres.
Les auteurs qui ont synthétisé les travaux sur l'alliance thérapeutique comme Martin (2000), se réfèrent indifféremment aux termes d '« alliance thérapeutique » (Therapeutic Alliance), d '« alliance de travail » (Working Alliance), d'«alliance aidante» (Helping Alliance), de « lien thérapeutique » (Therapeutic Bond) ou simplement d' « alliance ».

2) Les travaux de l'équipe de Lester Luborsky (1983, 1985, 1986, 1989, 1996, 2001) :

Nous allons nous arrêter quelques instants sur ces travaux de l'université de Pennsylvanie car l'échelle mise au point par les chercheurs de cette équipe: la Penn Helping Alliance (Penn) et en particulier le **Penn Helping Alliance questionnaire (HAq)** a été adaptée au contexte francophone dans les années 1980 par l'équipe de Script - Inserm (Service de Compte Rendu Informatisé sur les Psychothérapies - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) qui la désigne sous le terme de questionnaire des « Alliances Aidantes » (AA) (Gerin,1991).
C'est ce dernier questionnaire que nous avons utilisé pour ce travail de thèse.

Lester Luborsky est né en 1920, il a obtenu sa thèse en psychologie en 1945, il est professeur de psychologie en psychiatrie à l'école de médecine de l'université de Pennsylvanie. Il continue à participer à des projets de recherche, précise son site internet.
Arrivé en Pennsylvanie dans les années 1960, il va être à l'origine d'un vaste programme de recherche sur les psychothérapies et leur évaluation appelé le « Penn Psychotherapy Research ».
A partir des données de ce programme, Luborsky est à l'origine de nombreuses techniques pédagogiques de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique qu'il a publiées dans plusieurs manuels dont l'un a été traduit en français (1984) sous le titre : « Principes de Psychothérapie Analytique. Manuel de Psychothérapie de soutien et d'expression ».

Dans une démarche d'évaluation scientifique des psychothérapies et leurs effets, il est à l'origine, avec les chercheurs de son équipe, de très nombreuses échelles d'évaluation tant du côté de l'évolution clinique des patients que du côté de l'efficacité des praticiens et de leur technique. Ces échelles ont été souvent les premières du genre, certaines sont devenues des références en psychologie et en psychiatrie.

Citons par exemple, la célèbre Health- Sickness Rating Scale (Luborsky 1962) que l'équipe de Gerin et Dazord a beaucoup utilisée dans ses recherches (1992, 1994, 1995 - nous y reviendrons), dans la version française de Peyras et coll. (1984) appelée « Echelle de Santé Maladie ». C'est une échelle de type gestaltiste qui évalue l'état mental et les conséquences sociales et relationnelles des patients dans leur globalité. La santé mentale idéale est située arbitrairement à 100, tandis que l'état le plus grave, qui aboutirait rapidement à la mort en l'absence de soins, est situé à 0.
La première version a bénéficié de plusieurs adaptations depuis les années 60 (Endicott, 1976), et s'appelle maintenant: **GAF** (Global Assessment of Functioning Scale) et a été adaptée en français sous le nom de **EGF** (Echelle Globale de Fonctionnement). Cet instrument est complètement intégré au manuel américain DSM IV. Tous les psychiatres hospitaliers français vont ou sont amenés à l'utiliser dans le cadre du PMSI en psychiatrie (Programme Médicalisation des Systèmes d'information).

Luborsky (1986) rapporte que dans les premiers résultats du « Penn Psychotherapy Project », il était déçu de ne pas avoir trouvé de caractéristiques, lors de l'évaluation des patients en pré ou en début de traitement, qui puissent être facteurs prédictifs de l'évolution des thérapies; il a été alors le premier à essayer d'évaluer l'alliance au décours des thérapies de manière empirique. C'est à ce moment là qu'il reçoit une invitation de Bordin pour participer à l'atelier puis au groupe de travail sur l'alliance de travail du congrès annuel de recherche en psychothérapie et qu'il entend la fameuse conférence de Bordin sur l'alliance de travail que nous avons évoquée ci-dessus.

Rentré à Philadelphie, il relit toute la littérature analytique sur l'alliance thérapeutique de travail, se fait sa propre idée de l'alliance et s'inspirant de ses propres idées et de la conception trans-théorique de Bordin, il crée le concept de « l'**Alliance Aidante** » (**Helping Alliance**) qu'il définit en deux types :

Type I : alliance reposant sur le fait que le patient vit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien.
Type II : alliance basée sur le fait que le patient a le sentiment d'un travail en commun, d'une collaboration avec son thérapeute dans une même lutte contre ce qui le gêne, avec en particulier l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution.

On retrouve bien là, les dimensions de l'alliance telles que les a exprimées Bordin :
-La première correspond plus à la qualité du lien, aux capacités de soutien dans une conception rogérienne.
-La deuxième correspondant plus à ce qu'il y a, à notre sens, de plus spécifique dans ce concept c'est-à-dire « l'alchimie » qui va se produire entre le patient et son thérapeute pour travailler en commun.

En parallèle à ce concept d'Alliance Aidante, Luborsky crée la première échelle d'alliance thérapeutique qu'il va utiliser grâce aux données des patients du Penn Psychotherapy Project.
Il s'agissait de 73 patients, venant de la consultation de l'hôpital de l'université de Pennsylvanie où ils avaient bénéficié de psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique pendant au moins une quarantaine de semaines soit au moins 25 séances de thérapie.
Le « Penn Project » consistait à enregistrer toutes les séances de thérapie et à évaluer les patients avant et à la fin du traitement par des échelles d'évaluation globale de la personnalité et de la vie sociale telles que le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory scales) ou l'Inventory of Social and Psychological Functioning.

De cette cohorte de patients, Luborsky (1983) va sélectionner les 10 patients qui se sont le plus et les 10 patients qui se sont le moins améliorés.
La pathologie de ces patients n'est pas précisée mais il est dit « qu'ils ne sont pas psychotiques », 15 sont des femmes, la moyenne d'âge est de 26 ans.
18 thérapeutes différents ont participé à ce travail (2 thérapeutes suivant chacun 2 patients, les autres un seul).

Les discussions de l'atelier organisé par Bordin ont fait prendre conscience à Luborsky qu'il fallait dans un premier temps n'évaluer l'alliance qu'au début du traitement et non pas sur l'ensemble de la thérapie comme il avait initialement essayé de le faire. Il décide donc de soumettre à 2 psychanalystes juges extérieurs, les séances audio des premières et dernières 20 minutes des troisième et cinquième séances (l'ensemble des séances leur paraissant impossible à évaluer même avec leurs moyens. Deux fois vingt minutes paraissaient, alors, un bon niveau d'évaluation, beaucoup d'équipes ne mesurant que les cinq premières et dernières minutes).

Ces deux évaluateurs vont utiliser la première échelle d'Alliance Aidante qui était une échelle de comptage des signes d'alliance repérés dans le discours du patient (Helping Alliance Counting Signs). Par exemple une phrase du type : « depuis que nous en avons discuté à la dernière séance j'ai pris conscience que… » est cotée comme une alliance de type II.
Il constate alors que presque tous les patients les plus améliorés avaient développé des relations aidantes dès les premières séances alors qu'aucun des patients dont l'amélioration était la plus mauvaise ne l'avait fait, montrant un niveau d'alliance corrélé avec les résultats de la thérapie.

Mais cette méthode de comptage a été jugée fastidieuse et a été convertie en une échelle de codage plus opératoire, comportant 14 items (Penn Helping Alliance Rating Method). Les évaluateurs n'avaient plus à noter mot pour mot chaque phrase des patients qui leur semblait correspondre à l'alliance mais avaient juste à remplir la nouvelle échelle à la fin de chaque écoute. Exemple d'items : « Le patient pense que le thérapeute l'aide », « Le thérapeute est chaleureux et soutenant ».
Appliquées aux mêmes données (les mêmes 20 patients) cette échelle s'est révélée être plus fidèle que la méthode précédente des comptages et possède quasiment le même pouvoir prédictif (Morgan, 1982). L'alliance s'avère être fortement corrélée à la présence d'une attitude aidante du thérapeute telle qu'elle peut être évaluée par un observateur.

Ces résultats ont été jugés remarquables car sur 57 paramètres évalués avant le traitement (de données familiales et sociales à des données plus psychopathologiques) seuls les 6 liés à la personnalité du patient sont d'aussi bons prédicteurs de changement (Plus la

personnalité du patient est solide avant le traitement, meilleure est l'implication dans la thérapie et le devenir positif).
Cette alliance précoce a aussi était corrélée à 10 indices de ressemblance patient/thérapeute. Il s'agit de données personnelles sur la vie des patients et des thérapeutes que les Américains collectent fréquemment telles que l'âge, la couleur de la peau et l'origine ethnique, le statut marital, le nombre d'enfants, la religion, l'activité religieuse, etc.
Dans cette étude seuls 2 indices de ressemblance ont été retrouvés : l'âge et l'activité religieuse.

Bien que ces 2 premières échelles se soient avérées performantes, dans leur utilisation elles sont aussi très consommatrices de temps et coûteuses à mettre en place nécessitant l'enregistrement audio/ vidéo de toutes les séances de thérapie (Luborsky, 1986). C'est pourquoi il a créé un autoquestionnaire en 2 versions, une pour le patient (Penn Helping Alliance Questionnaire Method, HAq), une autre pour le thérapeute (Penn Therapist Facilitating Behaviors'Method, TFBq).

Cette nouvelle échelle évalue les mêmes deux composants de l'alliance thérapeutique :

- Alliance Aidante de type 1 : le patient a l'impression qu'il va aller mieux grâce à l'intervention du thérapeute (importance du projet de soins).

- Alliance Aidante de type 2 : le patient a l'impression qu'en faisant un travail thérapeutique avec le thérapeute, il va aller mieux (« Nous faisons équipe »).

L'instrument comprend 11 questions, explorant chacune des deux composantes des « Alliances Aidantes ».
Voilà comment l'échelle se présente :

_____ 1. Je crois que mon thérapeute m'aide.
_____ 2. Je crois que le traitement m'aide.
_____ 3. J'ai compris des choses que j'ignorais.
_____ 4. Depuis quelque temps, je me sens mieux.
_____ 5. Je prévois déjà que je finirai par résoudre mes problèmes.

_____ 6. Je sens que je peux compter sur mon thérapeute.

_____ 7. Je sens que le thérapeute me comprend.

_____ 8. Je sens que le thérapeute veut que j'atteigne mes objectifs.

_____9. Je sens que le thérapeute et moi travaillons ensemble.

_____10. Je sens que nous avons les mêmes idées sur la nature de mes problèmes.

_____11. Je sens que, maintenant, je suis en mesure de me comprendre moi-même et de me débrouiller tout seul (même si je n'avais plus de séances de traitement).

Type de changements :

Je sens que mon état s'est amélioré pour ce qui est de :_____

_____ .

Je sens que mon état s'est détérioré pour ce qui est de :_____

_____ .

Evaluation de votre amélioration à ce jour :

_____1_____2_____3_____4_____5_____.

Nulle Médiocre Moyenne Bonne Excellente

Il est à noter qu'il s'agit ici de la version littérale telle qu'elle a été traduite dans la version française du livre de Luborsky (1984). Mais cette version ne correspond pas exactement à la version française de Gerin et Dazord (et donc pas à celle de notre recherche) car ces auteurs ont estimé que cette formulation était « trop anglo-saxonne » et ne correspondait pas au contexte culturel français.

Dans l'après coup, Luborsky (1986) apparaît lui-même surpris qu'un questionnaire aussi court et aussi simple ait la même valeur prédictive que les 2 échelles qu'il avait précédemment mises au point et qui nécessitent des enregistrements audio et des juges extérieurs, mêmes si elles ne mesurent pas tout à fait la même chose.

Ce nouvel instrument a été utilisé et validé dans une étude de l'unité de traitement par la méthadone du centre médical des anciens combattants de Philadelphie.

Cette étude auprès de toxicomanes a fait l'objet de nombreuses publications (Woody 1983 1985, Luborsky 1985 1986) et a été réalisée auprès de 101 hommes, anciens combattants,

âgés de 18 à 55 ans, non psychotiques, tous dépendants aux opiacés et en traitement par méthadone.

Ces patients ont été triés en 3 groupes au hasard (étude randomisée):

- un groupe a bénéficié de « conseils en toxicomanie» (drug counseling), « les conseillers » proposent des entretiens de soutien aux patients et interviennent si nécessaire de manière très concrète par exemple en faisant la liaison avec d'autres services de soins ou sociaux. Ils managent aussi les progrès sur la dépendance par un contrôle régulier des toxiques dans les urines.
- le deuxième groupe a bénéficié des « conseils en toxicomanie» associés à une psychothérapie de soutien d'inspiration analytique.
-et le dernier groupe a bénéficié des « conseils en toxicomanie » et d'une thérapie cognitivo-comportementale.

18 conseillers et 9 thérapeutes ont participé à cette étude (tous avaient au moins 2 ans d'expérience de travail avec ce type de patients).

L'évaluation des résultats s'est faite après 6 mois de traitement soit 7 mois entre la première et la deuxième évaluation. Elle a consisté en la passation de l'échelle de dépression de Beck, l'inventaire de la personnalité de Maudsley, de l'échelle de symptômes de Hopkins, de l'échelle de vie de l'institut Shipley et enfin de l'échelle de sévérité d'addiction, ASI (Addiction Severity Index) .

Tous les patients se sont améliorés mais ceux qui ont bénéficié des « conseils » associés à une des deux thérapies se sont davantage améliorés que ceux qui ont bénéficié des « conseils » seuls.
Globalement un bon niveau d'alliance à la troisième séance pour les 3 groupes s'est avéré le meilleur facteur prédictif de l'évolution évaluée par ce Questionnaire des Alliances Aidantes (HAq).

Les points de vue des patients et des thérapeutes ont eu la même valeur prédictive.

Pour essayer de voir plus précisément l'impact de la relation entre le thérapeute et le patient, 77 patients ont été sélectionnés (un tiers de chaque groupe de traitements) de manière à n'avoir plus que 3 thérapeutes pour chaque type de traitement (soit 9 thérapeutes seulement et non plus 27 comme dans le groupe initial), chaque soignant ayant alors entre 8 et 10 patients.
Pour chaque groupe, a été comparé le devenir des patients en fonction d'un des 3 thérapeutes et d'un des 3 traitements.

D'importantes différences ont été trouvées dans le succès des thérapeutes et 4 facteurs potentiellement déterminants ont été explorés :
- les caractéristiques du patient en terme d'adaptation sociale ou de personnalité n'ont pas d'impact sur le succès de la thérapie.
- les caractéristiques du thérapeute ont été évaluées par une échelle de compétences, d'ajustement et d'intérêt à aider les patients (crée par Luborsky), et remplie par 3 juges thérapeutes indépendants de la recherche. Seul l'« intérêt à aider les patients » est corrélé (faiblement) à l'évolution.
- les qualités de la relation évaluées par les questionnaires de l'Alliance Aidante au début de la thérapie sont, comme nous avons vu, directement corrélées à une bonne évolution.
- Enfin les qualités de la technique thérapeutique, qui a été évaluée par la capacité des thérapeutes à respecter les manuels de thérapies. Les thérapeutes les plus « purs », c'est-à-dire ceux qui suivent de plus près la technique correspondant à leur théorie, semblent avoir les meilleurs résultats (par exemple, pour les thérapies psychodynamiques, les thérapeutes qui n'hésitent pas à faire des interprétations au patient, chaque fois que cela se présente, ont de meilleurs résultats que ceux qui sont plus timorés).
Les auteurs s'interrogent sur le lien entre l'alliance et cette « pureté » en thérapie, sans avoir vraiment de réponse :
Est-ce parce que le patient a établi d'emblée une bonne alliance avec son thérapeute qu'il est capable d'accepter ensuite les contraintes de la thérapie (Par exemple pour une thérapie d'inspiration analytique, le patient accepte-t-il mieux une interprétation douloureuse parce qu'il a une bonne relation avec son psy ?).
Ou inversement est-ce parce que le patient se rend compte de la rigueur de la technique de son psy qu'il reste en confiance malgré les difficultés du traitement ?

Toujours de ces mêmes données a été tiré un autre travail (Woody 1985) où la répartition des patients s'est faite, non pas en fonction du traitement, mais en fonction de la pathologie psychiatrique des patients associée à leur toxicomanie. 4 groupes ont été ainsi comparés :

-16 patients toxicomanes (sans autre diagnostic psychiatrique),

-16 patients toxicomanes + dépression,

-17 patients toxicomanes +dépression + personnalité antisociale,

-13 patients toxicomanes + personnalité antisociale.

Les patients toxicomanes avec une personnalité antisociale s'améliorent moins bien que les autres. Mais dans ce groupe avec personnalité antisociale, quand une dépression est associée, les patients s'améliorent significativement mieux. Les auteurs supposent que la souffrance liée à la dépression permet aux patients d'être plus dépendants à la thérapie, de s'y impliquer plus, d'abandonner moins souvent ; ce qui va entraîner une bonne continuité dans les soins et leur permettre au final, de s'améliorer davantage.

Enfin, Gerstley et coll. (1989) retiennent de cette même cohorte 48 patients présentant une toxicomanie et une personnalité antisociale (ce chiffre ne correspond pas au 17+13 de la même série ci-dessus =?).

Ils analysent pour ces patients les niveaux d'alliance en fonction du devenir.

Malgré les comportements de rupture et de provocation de ce type de patients aux comportements antisociaux, un bon niveau d'alliance en début de traitement reste corrélé à une bonne évolution de la thérapie avec moins d'abandon des soins et une plus grande abstinence aux toxiques mais pas à une diminution des symptômes psychiatriques.

Les auteurs estiment donc que le questionnaire des Alliances Aidantes(HAq) pourrait être un instrument évaluant l'intérêt ou non d'entreprendre une psychothérapie chez les patients à la personnalité antisociale.

En 1996, Luborsky a publié une version révisée du questionnaire des Alliances Aidantes, appelé HAq II (Helping Alliance questionnaire II) qui comprend maintenant 19 items :

- Les 6 items qui évaluaient trop explicitement l'amélioration des symptômes en début de traitement ont été supprimés (« Je crois que mon thérapeute m'aide », « je crois que le traitement m'aide », « depuis quelque temps, je me sens mieux», « j'ai compris des

choses que j'ignorais », « je prévois déjà que je finirai par résoudre mes problèmes », « je sens que, maintenant je suis en mesure de me comprendre moi-même et de me débrouiller tout seul »).
Il semble qu'il ait été sensible aux arguments de collègues comme Louise Gaston (1991) qui lui ont fait le reproche de trop évaluer la « satisfaction du patient » au début du traitement ce qui ne semblerait pas évaluer, au sens strict de la définition de Bordin, l'alliance, le lien entre le thérapeute et le patient.
Pourtant cette amélioration précoce en début de traitement nous semble un excellent reflet de ce qui se passe entre le patient et son thérapeute. La tendance actuelle des chercheurs à vouloir être de plus en plus « puristes » dans le concept d'alliance de travail ne nous semble pas forcément la voie de recherche la plus intéressante. Nous y reviendrons dans l'analyse critique générale.

- L'autre limitation était qu'il n'y avait dans son questionnaire que des formulations positives. Ainsi 5 items écrits à la forme négative ont été rajoutés ; (ex « le thérapeute et moi avons quelquefois des échanges qui ne sont pas profitables »).

- Enfin 11 items ont été ajoutés et correspondraient mieux à l'alliance de travail telle que l'a décrite Bordin (« je respecte habituellement le point de vue de mon thérapeute à mon égard », « de temps en temps nous parlons des mêmes événements importants de mon passé »).
A notre connaissance, cet instrument (HAq II) n'a pas été traduit, il n'en existe donc pas de version validée en français.

L' HAq II a été utilisé sur 246 patients toxicomanes dépendants à la cocaïne et a montré une excellente consistance interne et une bonne fiabilité test-retest. Elle a été par ailleurs comparée à une autre échelle souvent utilisée : la CALPAS (California Psychotherapy Alliance Scale) et a montré une bonne convergence de validité avec cette dernière.

L'évolution des patients a été évaluée à peu près de la même façon que dans le travail sur les 101 patients des années 1980. Sont ajoutées l'échelle de fonctionnement global et l'échelle de dépression d'Hamilton, l'échelle de symptômes est différente : BSI (Brief Symptom Inventory). Les patients ont une moyenne d'âge de 33 ans, 69% sont des hommes, sont à part

égale blancs ou noirs, 76 % des patients ont un emploi. Ces échelles ont été passées à l'entrée et à 9 et 12 mois.
L'alliance a été évaluée à la deuxième, cinquième, vingt-quatrième et à la dernière séances.

Dans cette étude il n'a pas été retrouvé de lien entre une bonne alliance thérapeutique et une évolution favorable à 6 mois (alors qu'un lien est retrouvé à 1 mois).

En 2001, Barber et coll. publient des éléments complémentaires sur cette étude des 308 toxicomanes.
Comme dans le travail de 1980 les patients ont été randomisés en 3 groupes : « conseillers en toxicomanie» seuls, ou associés à une thérapie de soutien, ou associés à une thérapie cognitive.
La méthodologie de 1980 est réutilisée, mais sur un plus grand nombre de patients, car apparemment d'autres études sur les toxicomanes avaient montré de meilleurs résultats avec les « conseillers » seuls.
L'article ne dit pas les résultats pour chaque méthode de soins mais se centre sur l'alliance et le devenir. De nouveau ils ne retrouvent pas de lien significatif entre un bon niveau d'alliance et le devenir favorable.
Ils ont alors essayé de voir si une bonne alliance prédit les différences dans la continuation de la thérapie dans le temps mais trouvent des résultats contradictoires selon le type de thérapie.

Pourquoi ne retrouvent-ils plus de lien entre l'alliance et le devenir ?

- Est-ce en raison du type de patients où beaucoup ont une personnalité antisociale ? Pourtant l'étude de 1980 avait montré le contraire.
- Est-ce parce que le nombre de patients est beaucoup plus élevé et qu'ils ne retrouvent pas avec 246 patients, ce qu'ils avaient réussi à montrer avec seulement 101 ?
- Ces deux dernières études utilisent le HAq II. Ce n'est quasiment plus le même questionnaire que le premier. Evalue-t-il la même chose ? Ont-ils vraiment bien fait d'enlever tous les items de la satisfaction immédiate du patient ?

Enfin ces dernières années, cette équipe (Barber, 1996, 2001) s'est intéressée aux capacités de soutien des thérapeutes qu'ils jugent nécessaires dans de nombreux types de

psychothérapies différentes et pensent que le soutien est une technique « en soi », que les thérapeutes aussi bien analystes que cognitivo-comportementalistes utilisent, et qu'ils essayent de différencier de l'alliance thérapeutique.

Analyse critique des travaux de Luborsky et de son équipe :

Cette revue, assez en détails, des travaux de Luborsky s'avère peut-être fastidieuse à la lecture mais nous voulions illustrer comment se sont déroulés des travaux empiriques sur l'alliance. D'autant qu'il s'agissait des premiers.
Mais en les examinant ainsi et malgré tout leur mérite, leur côté innovant et souvent astucieux, ces études amènent un certain nombre de critiques :

- Il est dit dans la littérature que les échelles « Penn » sont très souvent utilisées. C'est en partie à relativiser. On voit que pour une même cohorte de patients, beaucoup de travaux sont publiés. Les mêmes cassettes sont réécoutées et utilisées avec de nouveaux instruments donnant l'impression de nouvelles cohortes (même si Luborsky a toujours l'honnêteté de dire, dans chaque article et avec précision, d'où sont sorties les séries de patients). Ou encore, les recherches reprennent d'une même population, une sous catégorie de patients, de thérapeutes ou des sous-types de traitement.
Une cohorte peut comprendre initialement plus de 70 patients mais seuls les résultats les plus discriminants de deux fois 10 patients sont véritablement utilisés et encore pour certains items seuls 8 et 7 patients ont été retenus comme dans l'étude de 1983.
Mais ce sont peut-être les aléas de la mise au point d'instruments. Il faut reconnaître qu'avec les années, les cohortes ont été de plus en plus importantes.

- La pathologie des patients n'est pas toujours clairement établie. Comme dans l'étude de 1983 où l'on dit que « ce sont des patients de la consultation »...
Ou bien encore la pathologie est souvent la même. Trois quarts des études de Luborsky ont été faites avec des patients toxicomanes, ce qui est tout de même un profil très particulier de patients. Luborsky et coll. répondent en partie à cette critique, comme dans l'article de 1985 où ils précisent que « bien que les patients soient tous toxicomanes, les diagnostics associés sont très variés et représentatifs de la population habituelle des consultations de psychiatrie ».

- Il y a une certaine ambiguïté, à notre avis, derrière le terme anglo-saxons de « outcome » que l'on peut traduire par « résultat » mais aussi « dénouement » ou encore « résultante », «conséquence » « aboutissement » (French-English Dictionnary on line, copyright Neil Coffey, 2002). On le voit aussi traduit dans les articles francophones par « devenir de la thérapie » (Greenberg, 1992), « évolution clinique » (Seulin, Dazord, 1997), « issue thérapeutique » (Despars, 2001). L'idée étant d'un « devenir après une intervention », en l'occurrence ici, après une intervention thérapeutique.
Mais quelquefois on se demande si les auteurs parlent du devenir et de l'évolution du patient ou de l'évolution de sa thérapie.
On peut supposer un fort lien entre les deux mais il est rarement dit de façon explicite.
Dans les échelles d'évaluation de cet « outcome », on retrouve la même ambiguïté où les critères sont à la fois symptomatiques et du fonctionnement psychosocial mais aussi des critères de non-abandon du suivi ou du comptage des rendez-vous manqués. C'est en particulier vrai pour certains symptômes cibles comme « la durée d'abstinence à un toxique », comparés au nombre de séances de thérapie.
Au mieux, on retrouve quelquefois une évaluation des patients en postcure mais le délai est souvent entre un et six mois après la dernière séance, exceptionnellement plus loin.

Enfin les échelles d'évaluation du devenir ne sont pas toujours les mêmes d'une étude à l'autre. Ou bien un résultat significatif est retrouvé seulement avec certains items d'échelle, sans que l'on nous dise vraiment pourquoi.

On pourrait se dire à l'extrême qu'à force de sous–sélectionner des types de patients, de thérapies, d'échelles ou de bout d'échelles, on finit toujours par trouver un lien statistique entre deux données, à force de les multiplier…

- Notons, pour terminer, que dans les premières études, les thérapeutes sont souvent assez jeunes. Il s'agit souvent de « Residents » c'est-à-dire d'internes en psychiatrie ou de « Psychological Interns » c'est-à-dire de psychologues en formation de thèse de troisième cycle. C'est à ces étudiants, qui voient des patients à la consultation, que l'on demande souvent de participer à une recherche.
Mais pour ses études les plus récentes, Luborsky prendra soin de sélectionner des thérapeutes ayant au moins deux ans d'expérience après leur formation.

Ces critiques peuvent aussi s'appliquer aux autres travaux nord-américains sur l'alliance que nous allons présenter maintenant.

3) les travaux des autres équipes :

A la suite de la conférence de Bordin de 1975, d'autres équipes de chercheurs nord-américains se sont intéressées à l'alliance, s'inspirant de la définition de Bordin et des premiers travaux de Luborsky.
Horvath (1991 2001) compte 11 échelles d'Alliance principalement utilisées en recherche, mais qui correspondent en fait à quatre grands centres d'études, chacun ayant souvent plusieurs versions.
Voyons plus rapidement ces échelles :

-Les échelles d'alliance de Californie: **CALPAS** (California Psychotherapy Alliance Scales) :
L'étude pilote comprenait l'équipe de Marziali (1984, Marziali et coll. 1981) de l'université de Toronto associée à l'équipe de Marmar de l'institut Langley Porter de San Francisco.

Elle prenait en compte les 5 patients dont l'état s'était le plus amélioré et les 5 dont l'état s'était le moins amélioré sur un total de 25 patients en thérapie brève. Les patients dont le score était élevé en terme de participation et d'alliance positive ont eu une meilleure évolution.
L'échelle appelée **TARS** (the Therapeutic Alliance Rating Scales), « échelles d'alliance thérapeutique » s'inspire directement de la théorie de Bordin et combine des items de l'échelle de Luborsky et du projet Vanderbilt.

Marziali a ensuite en 1984 mis au point 3 versions, une pour un observateur extérieur, un autoquestionnaire pour le patient et un autre pour le thérapeute. L'étude a été réalisée auprès de 42 patients en thérapie brève. L'évaluation des thérapeutes est moins prédictive que celle des patients et des observateurs. Les items « participation du patient » présents dans les 3 échelles, ont été le facteur le plus prédictif de l'évolution du patient.

De leur côté Marmar, Gaston et coll. ont élargi le concept en créant la **CALPAS** (qui semble beaucoup plus utilisée que la TARS). Ont été successivement adaptées, la version pour observateur puis par Louise Gaston (1991) les versions pour patients et thérapeutes.
Créées quasiment 10 ans après la première échelle de Luborsky, les travaux de Marmar puis de Louise Gaston s'en inspirent mais se veulent plus précis et plus conformes à la théorie de Bordin.
C'est cette même Louise Gaston qui a reproché à Luborsky, comme nous l'avons vu ci-dessus, de mettre trop en évidence la satisfaction précoce du patient et qui est partisane de bien différencier ce qui est de l'ordre de l'alliance thérapeutique et de l'ordre de l'alliance de travail.
Ainsi sa « version patient », en 24 items (1991), dans une perspective intégrative de tous les aspects de l'alliance, comprend quatre sous échelles :

- L'échelle d'engagement du patient qui reflète l'alliance thérapeutique proprement dite,
- L'échelle de capacité de travail qui reflète l'alliance de travail,
- L'échelle de compréhension et d'engagement du thérapeute reflétant la contribution du thérapeute à l'alliance,
- L'échelle du consensus de la stratégie de travail reflétant l'accord sur les buts et les tâches de la thérapie.

C'est donc un instrument assez complet, reconnu par ses confères (Horvath et Luborsky 1993) comme plus proche des premières conceptions des psychanalystes comme Greenson et Sterba.
C'est maintenant Luborsky qui s'est inspiré de la CALPAS pour sa nouvelle version du questionnaire des Alliances Aidantes (HAq II).

- <u>Les échelles du projet Vanderbilt</u> : **VATS** =Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale :

Ce sont les travaux de Strupp (Hartley, 1983) et son équipe de Nashville aux USA.
La première mise au point de cette échelle s'est faite à partir d'une étude un peu particulière puisque le projet Vanderbilt (Strupp 1979) consistait à évaluer les thérapeutes, leurs compétences et leurs qualités relationnelles en général à partir de « sujets » qui n'étaient pas des patients mais des étudiants acceptant de participer à une recherche (des thérapeutes confirmés ont été comparés à des professeurs d'université - non psy -

sélectionnés pour leur capacité spontanée à créer des relations chaleureuses, compréhensives et empathiques).
En terme d'évolution il n'a pas été montré de différences significatives entre les 2 groupes mais les dyades patients/thérapeutes apparaissaient beaucoup plus interactives, les thérapeutes étant capables d'optimiser les compétences des sujets à condition que ces sujets se sentent à l'aise et en résonance avec la technique du thérapeute.

L'échelle a bénéficié de plusieurs modifications et est maintenant disponible (Strupp, 1993) dans une version à 44 items, répartis en trois catégories : la contribution du patient, celle du thérapeute et l'interaction patient/thérapeute.
Il n'existe pas de version patient ou thérapeute, seuls des juges extérieurs cotent la qualité de la relation thérapeutique.

Une version modifiée de la VATS a été notamment utilisée dans l'importante recherche multicentrique (225 patients soit 619 séances enregistrées !), menée dans le cadre du National Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Krupnick et coll., 1996).
Quatre traitements de patients dépressifs ont été comparés : psychothérapie cognitivo-comportementale, interpersonnelle, traitement par imipramine et son « management » clinique, placebo et son « management » clinique.
L'alliance telle que la voit le patient est comparable quelque soit le traitement et est significativement corrélée au devenir pour les quatre types de traitement (alors que la version thérapeute ne l'est pas).
Pour Despland (2000) « ce travail a de nombreuses implications. Premièrement, l'hypothèse que l'alliance est un facteur commun à de nombreuses formes de traitement peut être soutenue. Deuxièmement, la part prise par la qualité de la relation thérapeutique est manifestement sous-estimée dans les recherches pharmacologiques et pourrait expliquer la variabilité des résultats, notamment dans les groupes contrôles ».

-Le bilan de l'alliance de travail : **WAI** : Working Alliance Inventory :

Adam Horvath de l'université Simon Fraser, Colombie Britannique, Canada, a écrit de nombreux articles sur l'alliance thérapeutique dont un en commun avec Luborsky 1993.

Il est à l'origine de la première méta analyse sur l'alliance thérapeutique de 1991 (nous y reviendrons dans la synthèse).
Lui et son équipe étaient donc bien au fait des travaux de Bordin et Luborsky quand ils publient en 1986 leur échelle, l'inventaire de l'alliance de travail « Working Alliance Inventory » qui a pour base théorique les 3 dimensions décrites par Bordin (accord sur les buts, accord sur le travail à entreprendre, qualité du lien patient/thérapeute).
Ils ont d'emblée créé 3 versions de l'échelle (observateur, patient, thérapeute) de 36 items chacune. Une version plus courte de 12 items a été aussi mise au point
Sur une série de 36 patients, les auto évaluations des patients et des thérapeutes, faites à la troisième séance, se sont avérées être les meilleurs prédicteurs de l'évolution (1986).

En 1989 une nouvelle étude confirmait la valeur prédictive de l'alliance mesurée par cette échelle (versions patients ou thérapeutes)
Il est à noter cependant qu'ils ne retrouvent pas de lien entre l'alliance et les échelles mesurant directement les symptômes psychiatriques, c'est le fonctionnement global des patients et leur qualité de vie relationnelle qui ont surtout évolué.

Parmi les nombreuses études utilisant la WAI, citons son application plus originale dans les thérapies familiales (Horvath 1994).

Notons enfin que Villamaux (2000) classe ces quatre échelles d'un autre point de vue, assez pertinent :
« En résumé, deux familles d'échelles sont présentes. La première – la Penn et la WAI – théoriquement plus homogène, dont toutes les sous échelles sont fortement liées entre elles. La seconde – la CALPAS et la VTAS – construite par analyse factorielle, dont chaque sous échelle représente une dimension indépendante ».

- Autres travaux :

On peut citer aussi les mesures de l'alliance faites dans le cadre du projet de recherche sur les psychothérapies de la **fondation Menninger** au Kansas (Menninger Research Group) qui est une étude longitudinale de 42 cas évalués sur une période de 20 ans ! (Frieswyk 1984). Ces travaux ont pu montrer non seulement la nécessité d'une bonne alliance de départ mais aussi de bons niveaux au décours du traitement pour obtenir des bons profils de changement. Ces

chercheurs psychanalystes ont préféré se centrer sur l'aspect « participation du patient à sa thérapie » sans mesurer l'aspect relationnel du lien qu'ils jugent trop proche du « transfert » au sens psychanalytique.

On peut aussi citer l'une des plus anciennes de ces échelles : **le questionnaire de Barrett-Lennard**. Publié en 1962, cet auto questionnaire est souvent cité par Luborsky comme source d'inspiration et modèle de son propre questionnaire car c'était le premier travail à avoir évalué l'avis du patient sur sa thérapie, même si, à l'époque on ne parlait pas encore d'alliance.
Quelques items de ce questionnaire ont été intégrés à la version française du questionnaire des Alliances Aidantes réalisée par l'équipe de Paul Gerin (et utilisée dans ce travail de thèse).
Citons enfin la plus récente de ces échelles : « L'Agnew Relationship Measure, **ARM** » mise au point dans le cadre du projet de recherche sur les psychothérapies de Sheffield (Agnew-Davies et coll. 1998) . Elle existe, elle aussi, en 3 versions (observateur, patient, thérapeute) de 28 items et elle s'inspire des échelles précédentes.

Des études commencent à comparer ces échelles entre elles (Tichenor et coll.1989, Cecero et coll. 2001).
Citons l'un des plus récents articles sur ce sujet, celui de Fenton et coll. (2001) qui compare la valeur prédictive de la Penn, la CALPAS, la VTAS et la WAI, chez 46 patients dépendants aux drogues et à l'alcool dont 25 bénéficient de séances de soutien « en douze étapes » et 21 autres patients d'une thérapie cognitivo-comportementale. Les deux thérapies ont chacune comme support un manuel. Pour des traitements qui ont duré au moins douze semaines, toutes les séances ont été enregistrées. Ce qui a permis à 6 chercheurs de remplir les versions « observateurs » des 4 échelles. Seul l'autoquestionnaire de la WAI a été rempli par les patients et les thérapeutes à la troisième séance.
Les 4 échelles ont montré une valeur prédictive équivalente tant pour la thérapie de soutien « en douze étapes » que pour la thérapie cognitivo-comportementale.
Par contre les versions patient et thérapeute (de la seule WAI) n'ont pas eu de valeur prédictive du devenir.

A notre connaissance, en dehors de la version du questionnaire des Alliances Aidantes de l'équipe du Script-Inserm, il n'existe pas de version française de ces autres échelles.

4) Synthèse des résultats et analyse critique de la recherche sur l'alliance :

a-Le contexte nord-américain de ces mesures :

Nous sommes tout à fait d'accord avec Greenberg et Horvarth quand ils écrivent en 1992 que : « La revue de la littérature nous incite à penser qu'il y avait beaucoup à gagner à concevoir l'alliance thérapeutique composée de 2 éléments essentiels,
-l'un chargé de mesurer le lien relationnel (traduisant un facteur d'ordre plutôt affectif)
-et l'autre mesurant la collaboration des participants (plutôt en relation avec le travail thérapeutique) ».
C'est sans doute ce deuxième aspect qui différencie l'Alliance du concept analytique du Transfert.
C'est sans doute aussi l'aspect le plus difficile à comprendre dans notre contexte français.

En effet nous avons le sentiment que lorsqu'un psychothérapeute français reçoit un nouveau patient, il le laisse d'emblée parler, « neutralité oblige », sans forcément expliquer ce qui va ou pourrait se passer pendant la thérapie. Comme si la connaissance de ce qu'est une psychothérapie était une évidence pour le patient. Si c'est probablement vrai pour les psychologues, les psychiatres ou d'autres qui, pour une raison ou une autre, ont des connaissances sur la psychologie et la psychanalyse, c'est loin d'être le cas pour l'ensemble de la population en particulier pour les patients rencontrés à l'hôpital.
Combien de fois avons nous entendu ces 10 dernières années lors de gardes aux urgences psychiatriques, les commentaires suivants des patients au sujet de leur thérapie : « Mon psy ne me disait rien, il y a que moi qui parlait et j'en étais très gêné, je ne comprends pas pourquoi il/elle ne me disait rien... » Ou encore: « En sortant de mes séances, j'étais encore plus mal, alors je n'y suis plus retourné... », « il/elle voulait que je parle tout le temps de mon passé mais moi je voulais qu'il m'enlève mes angoisses mais c'est comme si ça ne l'intéressait pas le présent... ». On peut bien sûr interpréter ces discours comme des manifestations de résistance mais nous pensons qu'il n'y a pas que cela, peut-être s'agit-il quelquefois aussi d'un manque d'information et de collaboration.

Il semble que les thérapeutes américains soient plus pragmatiques dans la façon de commencer une thérapie. D'autant que le système des assurances privées aux USA fait que l'on doit souvent négocier avec les médecins de ces assurances le nombre de séances autorisées en fonction des symptômes des patients. Ainsi un « psy » peut être amené à dire à son patient des choses du genre: « Nous avons 25 séances pour soigner votre dépression. Vous avez choisi une thérapie d'inspiration analytique, nous allons donc essayer ensemble de comprendre quels sont les éléments de votre histoire infantile qui ont été problématiques et qui peuvent peut-être expliquer votre état actuel. Il y aura des moments où reparler de ces choses augmentera votre angoisse ce qui est un processus normal et qui nous montrera que nous touchons quelque chose de profond... ».
Nous avons le sentiment, qu'à ce jour, un discours aussi explicite de la part d'un « psy » paraîtrait incongru à la plupart des thérapeutes français surtout si leur pratique est d'inspiration analytique.

On retrouve aussi ce discours pragmatique au décours des thérapies. Dans les manuels de Psychothérapie brève et/ou d'inspiration analytique de Luborsky (1986, 1988), les conseils donnés aux jeunes thérapeutes sont, bien sûr, centrés autour de l'empathie et de la neutralité bienveillante mais cette neutralité ne veut pas dire silence ou passivité. Les thérapeutes sont encouragés chaque fois que cela se présente à reprendre le discours du patient pour, par exemple, faire une interprétation ou faire un lien entre tel symptôme actuel et l'histoire du patient. Dans l'évaluation de la technique des thérapeutes par des juges extérieurs regardant les vidéos des séances, ce sont le respect des conseils du manuel et les interventions actives des psy qui sont mesurés et qui font qu'un thérapeute est considéré avoir une pratique « pure » ou trop éloignée de sa technique et de la théorie qui la sous-tend.
Là encore, l'utilisation de tels manuels apparaîtrait dans le contexte français comme un peu ridicule, une thérapie ne pouvant se pratiquer comme une « recette de cuisine ».

Ces remarques nous semblaient importantes pour comprendre dans quel contexte est mesurée l'alliance aux USA et au Canada. Ce qui est mesuré spécifiquement, ce sont les participations actives du patient et du thérapeute au travail sur la problématique du patient; quelque soit le type de thérapies (cognitive, comportementale, de soutien, d'inspiration analytique,...). C'est ce que tous ces auteurs entendent par l'alliance de

travail (Working Alliance), part aussi importante que l'aspect relationnel et affectif de l'alliance thérapeutique.

b- Synthèse des résultats :

Deux remarquables méta-analyses ont synthétisé la recherche empirique sur l'alliance.
- La première est celle d'Horvath et Symonds de 1991, elle a eu un fort impact sur les chercheurs et est quasiment citée dans tous les articles sur l'alliance qui ont suivi.
- La deuxième est plus récente par Martin, Garske et Davis en 2000. Ces auteurs ont travaillé à partir des données d'Horvath et y ont rajouté toutes les nouvelles études entre 1991 et 1996.

- Malgré les différences de conception entre les différentes équipes sur ce qu'est exactement l'alliance, Horvath et coll. (1991) font rechercher toutes les études empiriques où les termes d'alliance « thérapeutique » , « de travail » ou « aidante » sont utilisés, considérant que toutes ces recherches ont un minimum commun que l'on retrouve dans la définition de Bordin.

Par ailleurs, ils ont retenu les études où il y avait au moins 5 patients. Ils ont ainsi compilé 24 recherches reliant le devenir de la thérapie à l'alliance thérapeutique.
Les équipes avaient utilisé les principales échelles citées ci-dessus : les Penn, les CALPAS, les WAI et les VTAS.
Tout cela représente 11 ans de recherche c'est-à-dire depuis le regain d'intérêt pour le concept après les années 1975.
Par une étude statistique assez complexe, ils montrent qu'ils peuvent comparer scientifiquement les notes de ces échelles pourtant différentes. En fait ils mesurent l'« effet de taille » ou la « taille d'effet » (effect size) global qui permet de voir si les notes, les moyennes des différentes échelles peuvent être comparées. Cet « effet taille » moyen est de 0.26 entre la qualité de l'alliance et l'issue thérapeutique pour l'ensemble des études ce qui est jugé faible mais représentatif.
Ainsi ils peuvent affirmer que « des associations ont été retrouvées de manière reproductible entre une bonne alliance et une évolution favorable ». Même si tous les travaux ne retrouvent pas ce lien.

L'autoévaluation du patient concernant l'alliance de travail est un meilleur prédicteur de l'évolution que les évaluations faites par un observateur extérieur. Et l'évaluation du thérapeute a la valeur prédictive la plus faible.

C'est l'alliance précoce, mesurée lors des 3 à 5 premières séances qui est la plus fiable.

Ces résultats ont été retrouvés quel que soit le type de thérapie, quelle que soit la durée du traitement, quel que soit le type de patients, leur âge, le mode de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation).

Il semble donc que l'alliance rende compte de l'évolution clinique des patients d'une manière semblable pour toutes les modalités thérapeutiques. Ce concept serait donc l'un des rares indicateurs communs à tous les types de thérapies. Bien que le débat reste ouvert sur les raisons des changements au décours des thérapies : Sont-ce des facteurs généraux, tels que les a décrit Rogers ? Ou des facteurs spécifiques selon le type de thérapie ?

A noter enfin que ces mesures de l'alliance sont plus efficaces pour prédire les résultats en lien avec la problématique qui a amené à consulter (symptôme cible, comme par exemple l'abstinence de drogues) que pour évaluer l'évolution de l'ensemble des symptômes psychiatriques du patient.

- La méta-analyse de Martin 2000, reprend les mêmes travaux que celle d'Horvath et y ajoute les études publiées entre 1990 et 1996 soit 79 recherches en tout, 58 publiées et 21 non publiées (thèses de troisième cycle non publiées).
Les mêmes mots-clés autour du concept « d'alliance » sont utilisés, de même le critère « au moins 5 cas par étude » a été pris en compte. Ce sont sensiblement les mêmes échelles qui sont utilisées (essentiellement les Penn, CALPAS, VTAS et WAI) même si certaines ont été remaniées entre temps.

Ces travaux représentent 18 ans de recherche sur l'alliance, 30 études avant 1990 et 49 études entre 1990 et 1996.

Le nombre moyen de patients est de 60 par études (il est de 20 pour les thérapeutes) mais ce chiffre, à notre avis, n'est pas représentatif de la majorité des études qui comptent souvent moins de 30 patients; Ce sont les grandes études comme celle de Luborsky (1996) avec les toxicomanes qui relèvent le nombre moyen de patients par étude.
La majorité des patients ayant participé à ces études sont des patients en ambulatoire, deux tiers sont des femmes ; les diagnostics sont assez variés: dépression, abus de substances, états limites, peu de patients psychotiques. Dans certaines études, on ne sait pas le diagnostic précis des patients car il s'agit de recherches avec des patients correspondant à la clientèle de thérapeutes privés ou hospitaliers. Nous supposons qui s'agit alors de « névrosés moyens », sans grande déstructuration de la personnalité, en phase de décompensation (deuil, divorce, licenciement ou autres événements de vie difficiles....).

Aucune de ces études n'a inclus d'enfants, ni même de jeunes adolescents.

L'évaluation de l'issue thérapeutique de ces patients a été réalisée à partir d'une variété d'échelles que l'on peut synthétiser en 5 types : Les échelles mesurant l'humeur des patients, des échelles de symptômes, d'évolution globale, d'autres qui évaluent un symptôme cible comme par exemple le nombre de jour d'abstinence à une drogue et enfin des échelles de « conclusion » qui mesurent si le patient reste ou non en thérapie alors qu'il a été convenu avec le thérapeute qu'il était temps de terminer la relation. Ces échelles sont le plus souvent remplies par le patient mais aussi dans de nombreuses études par le thérapeute ou un observateur extérieur.

Les résultats de cette méta-analyse confirment ceux de Horvath : Le niveau d'alliance thérapeutique est prédictif de l'évolution des patients, même si ce lien est modéré (effet taille de 0.22)
Toutes les échelles semblent fiables et semblent se valoir (même si elles ne mesurent pas exactement la même chose, aucune n'apparaît beaucoup plus pertinente qu'une autre.)

Mais contrairement à l'étude de 1991, il semble que les versions des observateurs, des patients mais aussi des thérapeutes aient la même fiabilité, même si celles de ces derniers donnent d'un peu moins bons résultats.

Globalement, dans la synthèse des 79 travaux nord-américains de ces 30 dernières années, l'alliance est prédictive de l'issue thérapeutique quels que soient le type d'échelles utilisées, le type d'évaluateurs (observateur, patient, thérapeute), le type de pathologies et de patients, le type de thérapies et la longueur de celles-ci.

c- Valeur heuristique de l'alliance thérapeutique :

On pourrait, de manière un peu provocatrice, se poser la question suivante :
Finalement, à quoi sert le concept d'alliance thérapeutique ?

On pourrait se dire qu'il est évident de constater qu'une relation thérapeutique doit être chaleureuse et comprendre un minimum d'accord entre les partenaires pour qu'elle fonctionne bien.
On serait alors plutôt dans une perspective rogérienne, considérant que le cadre de la relation d'aide, chaleureux et bienveillant est la condition essentielle et quasi-suffisante pour que cette relation fonctionne.

Même si l'on considère comme une évidence qu'une bonne alliance soit nécessaire dans une relation thérapeutique efficace, pour les chercheurs, il est tout de même remarquable d'avoir réussi à le démontrer de façon reproductible et aussi généralisable.

En effet, comme nous l'avons déjà souligné en début de ce chapitre, très peu d'autres critères applicables à toutes les thérapies ont été retrouvés comme facteur prédictif du devenir: Aucun critère sociodémographique (comme le statut marital, le nombre d'enfants, la situation professionnelle…) ni aucun critère pathologique (type de troubles psychiatriques, intensité des symptômes, etc.). Seules les caractéristiques de la personnalité des patients ont pu aussi montrer une valeur prédictive du devenir.

De plus, on peut penser que selon le type de thérapie, l'alliance a une place d'importance inégale.
Par exemple on peut la considérer comme centrale en psychothérapie d'inspiration analytique mais un peu moins importante en pharmacologie. Pourtant même dans ce domaine l'alliance est un facteur prédictif. Nous avons déjà vu l'importante étude de Krupnick (1996) auprès de 225 patients. On pourrait citer quelques autres études comme

le travail de Weiss et coll.(1997) qui ont utilisé la CALPAS auprès de 31 patients dépressifs et retrouvent une corrélation entre le devenir du patient et l'alliance avec les « pharmaco thérapeutes ».

On entend quelquefois dans le monde médical des propos, un peu triviaux, du type : «Peu importe que mon chirurgien ait un caractère épouvantable, du moment qu'il m'opère bien, c'est tout ce que je lui demande ». Il serait certainement très intéressant de faire aussi des recherches sur l'alliance en chirurgie. Mais en ce qui concerne les psychothérapies, l'on ne peut plus dire cela, même pour les praticiens prescripteurs. Si le contact n'est pas bon (en particulier au tout début de la rencontre) entre le psychiatre ou le psychologue et son patient, la thérapie fonctionne moins bien et le devenir est moins bon.

Il est aussi important de comprendre que la valeur prédictive de l'alliance ne se fait pas qu'en positif.
Une mauvaise alliance est source de rupture précoce des soins et d'évolution défavorable.
C'est sans doute là que le concept trouve un écho plus direct en pratique clinique :
Que se passe-t-il quand le lien patient/thérapeute se fait mal ? Quels sont les facteurs, en particulier du côté du thérapeute, qui interviennent dans ce dysfonctionnement ?
Puisque l'alliance est indispensable en clinique psychiatrique, comment se construit-elle ?
Quels sont les facteurs qui empêchent ou favorisent sa construction ?
On voit là tout l'intérêt thérapeutique du concept pour aider à une meilleure efficacité des thérapies.
Mais les choses n'en sont pas encore là.
Le concept d'alliance reste avant tout un outil de recherche. La découverte des facteurs qui influencent sa construction n'en sont qu'à leurs prémices et n'ont pas encore d'implications cliniques directes. Mais c'est ce à quoi continuent à s'atteler les chercheurs.

Despars et coll. (2001) résument ainsi la situation : « Les paramètres impliqués dans le développement de l'alliance sont nombreux. Parmi ceux-ci, on distingue trois groupes de facteurs, soit : les caractéristiques du patient, les caractéristiques du thérapeute et la technique utilisée par le thérapeute.
Malgré l'importance accordée à cette relation, les facteurs qui favorisent le développement de l'alliance précoce suscitent toujours des interrogations. Les paramètres

impliqués dans le développement de l'alliance précoce sont-ils les mêmes que ceux de l'alliance tardive ? Existe-t-il des facteurs communs ou spécifiques aux différentes formes de traitement ?
Les études les plus récentes sur l'évolution de l'alliance soulignent l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute, dans la dimension interpersonnelle. Dans quelle mesure, par exemple, les deux partenaires doivent-ils se coordonner ou faire preuve d'un ajustement mutuel pour qu'un lien de confiance émerge ? ».

De même, pour Bachelor (2000) «il sera nécessaire de mettre en évidence les variables propres au sujet, capables de prédire la qualité de la relation, mais surtout, il sera important d'un point de vue clinique, de définir les attitudes spécifiques du thérapeute qui influent sur l'évolution de la qualité de la relation ».

d- Facteurs influençant l'alliance thérapeutique :

1-Facteurs liés au patient :

Ce sont les plus étudiés.
Mais nous avons vu que les méta-analyses ne retrouvaient qu'un lien faible entre les caractéristiques du patient et le développement de l'alliance.
Cependant de temps à autre, une recherche retrouve un lien significatif entre une caractéristique de patient et l'issue thérapeutique.
Ainsi les chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques inter et intrapersonnelles des patients.
- La catégorie interpersonnelle fait référence à des mesures telles que la qualité des relations sociales du patient liées aux relations familiales et aux indices de stress de la vie courante.
Très peu de résultats sont généralisables. Ni l'âge, ni le sexe, ni le statut marital ne semble déterminant. Marmar et coll. en 1989 ont retrouvé un niveau d'études nettement plus élevé chez les patients qui ont développé les meilleures alliances mais ce résultat n'a pas été confirmé.
Cependant quelques études ont cherché à savoir l'état des relations sociales des patients au moment de l'entrée dans les soins. Selon la synthèse d'Horvath (1994), des ruptures familiales

et professionnelles récentes ou d'autres événements de vie stressants handicapent les patients dans l'établissement du lien avec leur thérapeute.

- la catégorie intrapersonnelle est définie par la motivation du patient, son statut psychologique, la qualité de ses relations d'objet.

S'il n'a pas été noté de différence significative entre les différentes catégories diagnostiques, des pistes intéressantes sont retrouvées, comme nous l'avons vu, autour de la personnalité des patients. Plusieurs études (Woody 1983, Frieswyk 1984, Gerstley 1989, De Clercq 1999) ont montré que les patients aux personnalités antisociales ont plus de mal à établir un lien thérapeutique que les autres. Cependant quand celui-ci s'établit, le pronostic redevient favorable comme dans l'étude de Woody (1985).

Une autre piste intéressante est le niveau de « santé générale » des patients, tel qu'il peut être mesuré par des échelles d'évaluation globale. Les patients les plus en « santé physique » établiraient de meilleurs liens et à contrario les troubles psychosomatiques représenteraient un obstacle à l'établissement du lien (Luborsky 1983).

Piper et coll. (1991) ont mesuré le rôle de la qualité des relations d'objet des patients au moment de l'entrée en thérapie, évalué par l'échelle de la qualité des relations objectales (Quality of Object Relations Scale) et trouvent un lien significatif entre un bon score à cette échelle et une bonne alliance.

Mais finalement pour Despars (2001) : « Le fait que ces mesures présentent un pauvre impact au niveau de l'alliance signifie que les caractéristiques personnelles du patient ne sont pas déterminantes. En d'autres mots, le développement de l'alliance représente quelque chose qui se construit à deux. Il ne s'agit pas d'un phénomène passif, mais plutôt d'un aspect relationnel sur lequel le thérapeute peut intervenir pour en influencer le développement. »

2- Facteurs liés au thérapeute et à sa technique :

Ils ont été beaucoup moins étudiés et on conçoit aisément que l'on dispose en pratique de beaucoup plus de données sur les patients que sur leurs thérapeutes.

On a pu cependant comparer la capacité des thérapeutes à favoriser un lien positif avec les patients, mesurée du point de vue du patient ou d'observateurs extérieurs (Luborsky et coll.1985, Foreman et coll. 1985, Gaston et coll. 1988, Safran et coll. 1996).

Logiquement, ce sont les thérapeutes qui, de par leur personnalité, sont capables de développer une relation chaleureuse et soutenante qui ont les meilleurs résultats.

Pour Luborsky (1985) et Bordin (1994), ce qui compte surtout ce sont l'engagement et l'intérêt du thérapeute pour son patient, la manière dont il arrive à comprendre sa demande et en parallèle le sentiment du patient d'avoir été compris et écouté dans un partenariat équitable.
On en reste donc, pour le moment, dans une perspective plutôt positiviste telle que la concevait Rogers.

Concernant la technique utilisée par le thérapeute, nous avons vu qu'on ne retrouve pas de type de thérapies qui favorisent plus qu'une autre, l'alliance.
Nous avons vu que Luborsky, dans son étude de 1985, a montré que, pour un même type de thérapie, les thérapeutes qui suivaient au plus près leur technique avaient les meilleurs résultats.
Inversement, une attitude trop rigide du thérapeute peut être une gêne à l'établissement du lien, Horvarth (1994). Pour ce même auteur c'est plus la pertinence de l'activité thérapeutique (la bonne intervention au bon moment) que la technique elle-même qui est déterminante.

3- Facteurs liés à l'interaction patient/thérapeute :

L'interaction entre le patient et son thérapeute est un élément clé de la définition de l'alliance qui n'est pas que la rencontre d'un demandeur en souffrance et d'un professionnel avec des compétences mais une véritable collaboration entre les deux. Mais les facteurs entrant en compte dans cette « alchimie » restent, pour une bonne part, inconnus.

Dans sa définition princeps, Bordin (1979 puis 1994) avait déjà souligné l'importance de cette interaction. Il considère que la fonction de l'alliance initiale est de parvenir à une

entente mutuelle sur les objectifs de la rencontre : « le thérapeute doit avoir assez de sensibilité pour optimaliser la satisfaction et minimiser la frustration du patient ».
Il explique que dans son expérience clinique, il lui a été plus simple et plus rapide de construire une alliance positive avec des patients qui présentent des difficultés légères à modérées.

Gaston et coll. (1990) ont montré qu'il y a un rapport entre un niveau de défenses élevé chez le patient et son manque de contribution à l'alliance.

Pour Greenberg et Horvath (1992) « cela signifie en clinique, que face à des patients peu enclins à résoudre leurs problèmes, la priorité la plus importante pour le thérapeute serait précisément de leur faire prendre conscience de leurs réticences et de mettre l'accent sur leur stratégie d'évitement, afin de développer leur collaboration active. »

De même, Despars (2001) considère que plus le sujet fonctionne avec des niveaux de relation d'objet archaïques, plus la construction de l'alliance requiert du temps. Le principe de base, continue-t-il, « est d'être attentif à offrir du soutien dans les moments où l'on perçoit que le manque de ressources du patient entrave la possibilité d'un mouvement psychique. Le thérapeute, dans ses interventions, doit toutefois laisser le patient utiliser ses propres ressources lorsque ce dernier se montre plus compétent. Lorsque le soutien du thérapeute se substitue aux efforts indépendants du patient, celui-ci peut se sentir inconfortable. Demander de l'aide ne correspond pas forcément à un état de dépendance et ne devrait pas représenter une menace de perte d'autonomie. »

Dans la même lignée, Henry et Strupp (1994) concluent leur chapitre par ses propos : « Si la contribution du patient est cruciale dans le développement de l'alliance, elle ne repose pas toutefois essentiellement sur les antécédents du patient. Le thérapeute joue un rôle important dans l'émergence de l'alliance selon le potentiel du patient. D'ailleurs, dans certains cas les conditions d'aide de la part du thérapeute déclinent suffisamment au fil des premières séances pour prédire une issue thérapeutique négative. »

Déjà en 1985, Foreman et Marmar, à propos de six patients en thérapie brève, ont constaté que pour les trois patients dont l'alliance s'était le plus améliorée, les interventions du

thérapeute avaient plus souligné les défenses du patient, sa culpabilité, ses sentiments complexes à l'égard du thérapeute et le lien entre ces sentiments et les défenses du patient.

4- Fluctuation de l'alliance au décours des thérapies :

Il paraît évident, lors d'un processus psychothérapeutique donc forcément dynamique, que le niveau d'alliance ne soit pas le même tout au long de la thérapie.

Horvath et Luborsky (1993) synthétisent leurs propres travaux et ceux de leurs collègues en constatant qu'il y a deux phases critiques dans l'évolution de l'alliance en psychothérapie:

-La première correspond à l'émergence de l'alliance initiale et se situe à l'intérieur des cinq premières rencontres avec un point sensible probable lors de la troisième séance. C'est dans cette période que s'établissent la confiance et la satisfaction de la collaboration.
-La seconde phase intervient plutôt lorsque le thérapeute interagit avec les anciens fonctionnements névrotiques du patient et se situe à des moments variables selon les patients. Les interventions du thérapeute sont alors perçues par le patient comme moins chaleureuses et soutenantes. Cela peut réactiver les dysfonctionnements affectifs et relationnels antérieurs du patient, entraînant affaiblissement et quelquefois rupture de l'alliance et peut même conduire, de ce fait, à un arrêt de la thérapie. C'est en particulier Safran et coll. (1990, 1996, 2001) qui montrent que de telles dégradations dans l'alliance apparaissent régulièrement au décours d'une thérapie. Ils ont ainsi créé un modèle expliquant les ruptures de l'alliance et montrent que si ces désaccords surviennent en tout début de thérapie, celle-ci a peu de chances de se continuer dans de bonnes conditions.

Ce sont sans doute ces fluctuations qui expliquent que ce soit l'alliance précoce qui ait la valeur la plus prédictive du devenir. Horvath et Symonds (1991) montrent que la moyenne des alliances au décours de la thérapie n'a pas la même puissance prédictive. Dans un modèle d'évolution cyclique de l'alliance, les notes seront ou hautes ou basses en fonction du niveau de relation avec le thérapeute et on comprend alors que la moyenne de ces notes puisse être plus basse que l'alliance initiale alors que le patient pourra au final avoir une excellente évolution.

Ce modèle se comprend bien dans une thérapie d'inspiration analytique de relativement longue durée. Mais il semble que ce modèle puisse aussi s'appliquer aux autres types de thérapies, comme les thérapies cognitivo-comportementales.

Par contre, l'alliance finale semble présenter une bonne corrélation avec le devenir. Si à la fin du traitement, malgré des moments difficiles pendant les séances, patient et thérapeute sont en accord pour dire que le travail est terminé, il y a tout lieu de penser que le patient va mieux et qu'il a de bonnes raisons d'être satisfait du travail réalisé avec son thérapeute.

Que se passe-t-il donc en début de thérapie pour que ce lien précoce ait une telle valeur prédictive ?

Nous venons de passer en revue certaines des voies de recherches des équipes mais beaucoup d'interrogations restent sans réponse.
Dans ces recherches d'explications, Horvath et Luborsky (1993) font part de l'hypothèse selon laquelle : l'alliance précoce ne serait qu'un artéfact de l'amélioration symptomatique de début de traitement.

Cette « amélioration symptomatique précoce » est d'ailleurs posée comme une évidence.
Notre hypothèse personnelle, est que beaucoup de patients entrant pour la première fois en thérapie se retrouvent dans une situation très particulière où la personne en face d'eux a une écoute inconditionnellement positive et contenante, ce qui explique peut-être l'amélioration du tout début par une sorte d'effet de surprise agréable.
Louise Gaston a montré dans un travail de 1991 à propos de 54 dépressifs âgés (moyenne d'âge de 67 ans, plus ou moins 6 ans) et dont un certain nombre avait probablement l'expérience de soins psychologiques antérieurs, que ces patients avaient de bien plus mauvais scores d'alliance de départ, évalués par la CALPAS et elle ne retrouve pas de lien entre l'alliance précoce et le devenir de cette population.

Horvath et Luborsky (1993) ont cependant des arguments contre cette hypothèse d'alliance artéfact : Si l'alliance n'est qu'un pur produit de l'amélioration symptomatique, son niveau devrait s'élever au fur et à mesure que le patient va mieux, ce qui n'est pas le cas.

Et quand elle n'est pas très bonne au départ, l'amélioration du patient devrait entraîner alors de meilleures notes d'alliance, ce qui n'est pas le cas.
Enfin, l'alliance ne serait peut-être que le reflet de la vitesse à laquelle le patient s'améliore, supposant que plus le patient évolue vite au début, meilleur sera le résultat final. Les recherches donnent des résultats contradictoires sur ce point.

C'est sans doute pour affaiblir encore cet argument que, comme nous l'avons vu, Luborsky a retiré de sa dernière version tous les items se référant à l'amélioration précoce du patient en début de traitement.

On voit que la tendance des chercheurs, ces dernières années, est de se centrer de plus en plus sur l'aspect « alliance de travail », sur l'accord sur les tâches et les buts de la thérapie entre le patient et son thérapeute. Le côté affectif de la relation, est toujours mesuré mais n'est plus au premier plan. A notre avis, cette tendance a ses limites car, dans ce qu'il y a encore d'inconnu dans la relation qui se noue précocement entre un patient et son « psy », il y a fort à parier que la composante affective est fondamentale et la recherche doit continuer à s'y intéresser.

e- Analyse critique des travaux généraux sur l'alliance :

- A propos des méta-analyses : Les techniques statistiques de recherche de « l'effet taille » ne nous sont pas familières et nous ne sommes pas capables de les remettre en cause sur le fond. On peut quand même s'interroger sur la comparaison des études entre elles :

Nous avons vu que toutes ces équipes essayent d'analyser les mêmes facteurs décrits par Bordin. Cependant les questionnaires des échelles ne sont pas les mêmes, le nombre d'items est très variable d'une échelle à l'autre, la façon de coter est différente.

Par ailleurs la durée de la thérapie peut être très variable d'une étude à l'autre, souvent d'ailleurs un peu courte (de trois mois à six mois).
Comment comparer un « bon » devenir à trois mois d'un patient dépressif à un « bon » devenir à un an d'un patient toxicomane ?
Chaque équipe s'est souvent spécialisée (et on le comprend bien en fonction de la situation et de l'histoire de chacune) dans l'évaluation d'un type préférentiel de pathologie

et souvent d'un ou deux types de psychothérapies. Il n'est donc pas toujours évident de comparer des populations et des types de traitements aussi différents.

- A propos du devenir et de son évaluation : Nous avons déjà discuté dans la critique des travaux de Luborsky, les problèmes que pose l'évaluation du devenir du patient, « outcome».
Nous voudrions rajouter que l'évaluation du devenir est faite par des échelles assez différentes d'une population à l'autre, d'une cohorte de patients à une autre.
De plus la psychométrie en psychiatrie a beaucoup évolué en 30 ans et les patients ne sont plus évalués tout à fait de la même façon. Les échelles de dépression, les échelles d'anxiété, etc. ont souvent été modifiées au cours du temps et leurs mesures anciennes et actuelles n'ont plus exactement la même valeur.

Un autre problème lié à l'évaluation du devenir, souvent cité par les auteurs, est celui de « qui remplit quelles échelles ?» :
En effet, les échelles d'évaluation au début et à la fin des suivis, sont souvent des autoquestionnaires remplis par les patients. (c'est, de notre point de vue de français, impressionnant de voir le nombre de formulaires que les patients acceptent de remplir en participant à ces études. Quelquefois, ils sont payés pour les deux après midis passées à remplir les échelles de pré et post traitement.)
Or ce sont souvent les patients qui remplissent aussi les questionnaires d'alliance. (Et cela de plus en plus souvent car comme nous l'avons vu, un autoquestionnaire de patient est plus simple à mettre en œuvre qu'une étude par observateur nécessitant enregistrement audio ou vidéo et analyse par des observateurs extérieurs. De plus la méta-analyse de Horvath en 1991 avait montré une meilleure valeur prédictive des patients, ce qui a dû encourager les équipes à utiliser voire à créer ce genre d'échelles. Bien que nous ayons aussi vu que la méta-analyse en 2000 de Martin trouvait au contraire presque une même valeur aux trois versions observateur, patient et thérapeute).
Le problème est donc que c'est souvent le patient qui remplit les échelles d'évolution et aussi l'échelle d'alliance et on peut penser (Fenton 2000) qu'il y a un effet de chevauchement qui fausse les résultats. Par exemple un patient qui pense s'être amélioré, doit avoir tendance à coter l'alliance de façon positive.
Mais dès 1985, Luborsky avait déjà anticipé ces critiques : il estime qu'il y a peu de relation entre ce qui est demandé du lien au thérapeute par le questionnaire des Alliances

Aidantes et toute la série de questions sur les symptômes, les échelles d'anxiété, de dépression, de difficultés de vie, etc. demandées pour l'évaluation.
De plus les questions ne sont souvent pas posées au même moment. L'évaluation est en pré et post traitement, l'alliance souvent en fin de troisième à cinquième séance. Mais pour éviter ce genre de difficultés, les équipes ont tendance à multiplier les sources d'informations par des questionnaires différents remplis aussi par le thérapeute ou un observateur extérieur.

- enfin nous voudrions faire une remarque sur la sélection des patients. Souvent il s'agit d'études randomisées où la sélection se fait au hasard. Mais ce n'est pas toujours le cas comme dans les études sur les clientèles. Et on peut alors se demander si les patients qui acceptent d'entrer dans ces études, n'ont pas déjà des capacités relationnelles ou une envie de faire plaisir à leur thérapeute qui indiquent déjà un bon niveau d'alliance de départ, source de biais. On pourrait se poser la question en miroir de la motivation des thérapeutes à entrer dans ces études et l'impact que cela a sur l'alliance avec les patients.

III - Les travaux français sur l'alliance :

1) Les recherches françaises du Script – Inserm sur l'évaluation des psychothérapies :

Nous nous sommes grandement inspiré de cette équipe dont nous avons adapté la méthodologie à notre travail de thèse.

Dans les années 80 et 90 soit environ pendant 15 ans, Paul Gerin puis Alice Dazord, directeurs de Recherches dans le cadre du Script–Inserm de Lyon (Service de Compte Rendu Informatisé sur les Psychothérapies - Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) vont s'intéresser à l'évaluation empirique des psychothérapies, sur le modèle nord-américain et vont beaucoup s'inspirer des travaux de Luborsky.

Pour Tignol et Martin (1992), Gerin et son équipe, connaissant parfaitement les travaux américains, ont cependant pris une orientation évaluative différente, progressant par petites touches et « enracinant » leur recherche dans la pratique clinique.

Si les Nord-américains se posent, en résumant un peu grossièrement, le problème de la façon suivante : « Quel type de thérapie, dispensée par qui, à quel type de patient et sous quelles conditions ? », Gerin et coll. (1991, 1992) se demandent plutôt : « Dans quelle mesure (avec quelle probabilité) des patients de tel ou tel type clinique tendent-ils à présenter tel ou tel profil de changements en fonction des facteurs psychothérapiques et/ou institutionnels caractérisant leur prise en charge ? »

Dans l'introduction de son livre « Psychothérapies et changements (1991), Paul Gerin écrit: « la lecture de la littérature spécifique montre combien progressive et discutée a été l'émergence de la problématique de la recherche en psychothérapies, et combien elle porte la marque de son contexte culturel d'origine nord-américaine. Directement transposée dans notre pays, elle y serait défavorablement accueillie par la plupart des cliniciens.
A titre d'exemple, on peut noter qu'aux U.S.A. ces recherches sont centrées sur les situations psychothérapiques « formelles » (correspondant à la pratique privée) et sur les processus plus que sur les changements.
En France par contre, les psychothérapeutes du secteur libéral ressentent peu l'utilité pour leur pratique d'une recherche de ce type sur les processus ; par contre, les psychiatres du secteur public souhaitent préciser les facteurs de changement (psychothérapiques et institutionnels) qui interviennent dans les institutions dont ils ont la responsabilité. »

Seulin et Dazord (1997) précisent : « Même si l'objet de nos études ne concerne pas à proprement parler les psychothérapies, notre méthodologie s'est grandement inspirée de celle de l'évaluation des psychothérapies puisque dans les prises en charge institutionnelles, nous retrouvons deux paramètres essentiels et communs avec les psychothérapies, à savoir la relation thérapeutique et le cadre de soin ». Dazord (1997) précise que « nous avons essentiellement travaillé dans des institutions, et il est plus exact de parler de l'évaluation des aspects psychothérapiques des prises en charge que d'évaluation des psychothérapies proprement dites. »

En 1992, l'équipe de Paul Gerin fait le bilan de 10 ans de travail, soit 13 enquêtes terminées : Géographiquement, elles proviennent pour la plupart de la région lyonnaise et deux de Suisse romande.

Elles concernent presque uniquement des institutions, soit des patients hospitalisés, en hôpital psychiatrique ou hôpital de jour; soit des patients pris en charge dans un centre de crise ou dans un centre de consultations.

Elles ont porté sur un nombre de sujets comparables à celui de la plupart des enquêtes semblables publiées dans la littérature (de 60 à 400 sujets). Elles concernent des adultes, sauf deux d'entre elles (l'une en pédopsychiatrie, l'autre sur des personnes âgées).

C'est cette équipe qui a traduit et adapté le « Helping Alliance questionnaire » (HAq) de Luborsky sous le nom de « questionnaire des Alliances Aidantes » **(AA) et que nous avons utilisé dans ce travail de thèse (tous les items seront détaillés plus loin au chapitre consacré aux instruments).**

La traduction n'est pas littérale et a été adaptée au contexte culturel francophone.

A la version originale, destinée à l'étude de psychothérapies individuelles entreprises par des patients ne résidant pas en institution, Gerin et coll. ont ajouté quelques questions portant sur d'autres composantes d'alliance thérapeutique : entre patients (lors de psychothérapies de groupe ou de prises en charge en institution), vis-à-vis de l'institution, vis-à-vis d'autres thérapeutiques éventuellement associées.

Exemple de questions : êtes-vous (de - 2 = pas du tout d'accord, à + 2 = tout à fait d'accord) avec ces propositions : « mon thérapeute m'aide ... je comprends mieux ce qui se passe en moi ... ».

Selon Gerin, les cliniciens acceptent bien ce questionnaire, où ils retrouvent l'écho d'un élément qu'ils sentent important, malgré une formulation anglo-saxonne inhabituelle en Europe. Les patients répondent facilement, surtout s'ils savent que leurs réponses ne seront pas soumises au thérapeute.

La validité est grande par la répétition de plusieurs questions explorant la même variable, ce qui permet de contrôler la cohérence interne des réponses.

L'exploitation classique consiste à établir les corrélations entre les changements cliniques et l'Alliance Aidante qui peut aussi être utilisée comme élément de pronostic.

On pourrait citer une dizaine d'autres échelles que cette équipe a traduites et/ou mises au point. A des niveaux d'interrogations cliniques différents, elles sont toutes conçues sur le même principe d'essai d'évaluer un aspect de la relation thérapeutique en fonction du patient, du thérapeute ou de l'institution, de la relation patient-thérapeute-institution.

En particulier, nous avons déjà évoqué **L'échelle Santé- Maladie (E.S.M.)** : traduction de la Rating Scale de Luborsky qui permet d'évaluer un état clinique et/ou ses changements à partir de 2 sous échelles, l'une mesure des paramètres cliniques sur divers plans : autonomie, malaise subjectif, retentissement sur l'entourage, etc., l'autre évalue la gravité globale à partir d'une trentaine de cas-types étiquetés de 0 à 100 et que l'on compare au patient étudié.

Voyons maintenant dans quelles recherches francophones, le questionnaire des Alliances Aidantes (AA), a été utilisé :

Gerin et coll. présentent dans un article de 1992, une recherche effectuée sur 69 patients traités pour la première fois dans un hôpital psychiatrique proche de Lyon (Le Vinatier). Deux tiers de ces patients sont des hommes, 70 % ont moins de 40 ans. Les évaluations ont été faites au début de l'hospitalisation et à la sortie. Toutes ont été faites par un seul évaluateur (à savoir un psychiatre n'ayant pas de responsabilité clinique du service) qui a réalisé des interviews des cliniciens ayant les patients en charge.
L'évaluation des patients s'est faite par « l'échelle de Santé Maladie » (ESM), « le Profil d'Evaluation Clinique » (PEC). Ce dernier (mis au point par cette équipe) permet de définir des « variables composites » dites : « signes dépressifs », « signes d'anxiété », « signes dépressifs ». A l'aide de ce PEC et du DSM III, les patients ont été classés en trois groupes : « 34 psychotiques », « 26 anxieux névrotiques » et « 21déprimés névrotiques ».

Ont aussi été retenues et évaluées (par une technique non précisée dans l'article) toutes les situations que l'équipe clinique utilise dans une intention psychothérapique et désigne sous un terme précis, même si elles ne correspondent pas à des situations psychothérapiques au sens strict du terme. Ils en ont listé treize (relaxation, musicothérapie, kinésithérapie, séances de thérapie familiale,...) et ont même pris en compte les situations institutionnelles « spontanées » telles que les rencontres de couloir et les relations privilégiées.
Enfin la relation patient/soignant a été évaluée par le « AA » sans qu'il soit précisé à quel moment exact il a été rempli.
Ils retrouvent une forte corrélation entre les changements cliniques à l'ESM et au PEC et l'alliance pour l'ensemble des patients et pour chaque sous groupe (sauf pour les patients anxieux).

Et les auteurs de conclure que cette corrélation alliance/devenir a l'intérêt de montrer que ce type de facteurs est aussi important pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires.

Une autre étude (Aapro, Dazord, Gerin et coll., 1994) a évalué l'évolution de 59 patients suivis en ambulatoire dans un secteur de Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève (PR Andréoli) (ce qui est plus classique et plus proche de ce que font habituellement les Nord-américains).
Ces patients sont de sexe ratio égal homme/femme, d'âge moyen égal à 30 ans, francophones, non psychotiques, non toxiques dépendants, souffrant de troubles anxio dépressifs sévères et présentent par ailleurs une importante immaturité et passivité.
Sur 67 patients initialement sélectionnés, 26 arrêteront la thérapie de façon prématurée c'est-à-dire sans l'accord du thérapeute (la plupart après 3-4 mois) mais ils ont pu être évalués avant de quitter définitivement le centre. 8 patients ont été « perdus de vue ». les autres ont été évalués à un an. Ce sont, comme pour l'étude précédente, le DSM III R et le PEC qui ont servi d'instruments d'évaluation.
L'alliance thérapeutique a été évaluée par le AA à la sixième séance par les patients et les thérapeutes.
Voici leurs résultats :
« En ce qui concerne le patient, « l'Alliance Aidante » de type 2 est corrélée avec l'évolution globale et avec l'amélioration de l'anxiété.
En ce qui concerne le thérapeute, une meilleure alliance de type 2 est notée chez les patients qui continuent leur thérapie que chez ceux qui interrompent précocement.
Parmi les éléments les plus corrélés avec la valeur globale de l'Alliance Aidante, notons l'amélioration de l'immaturité (PEC), puis de l'état général et de la passivité. »

Dans cette même étude les auteurs ont voulu étudier des facteurs liés aux caractéristiques des thérapeutes puisque la recherche s'est faite dans un centre universitaire où tous les thérapeutes du protocole étaient des médecins ou des psychologues en formation et ils voulaient avoir une idée de l'impact de la formation sur ces étudiants.
Ils retrouvent les résultats suivants : « Les années de formation du thérapeute semblent un facteur important puisque l'ancienneté est corrélée significativement avec une série de paramètres évalués par le psychothérapeute à un an; plus les thérapeutes sont formés et moins l'immaturité des patients après un an de psychothérapie est importante et meilleur

est le vécu du patient concernant le changement de sa difficulté initiale et son vécu concernant son changement global.
Les thérapies interrompues ont été effectuées par des thérapeutes ayant moins d'expérience. Or les thérapies les plus longues sont corrélées avec une meilleure évolution de la dépression ».

Enfin voyons l'étude de Seulin et Dazord (1995) sur « le processus psychothérapique dans un hôpital de jour ». Ce travail est aussi la trame du nodule PUF de ces mêmes auteurs (1997) intitulé : « Prises en charge institutionnelles en psychiatrie méthodologie de la recherche évaluative ».
Notre propre travail de thèse a suivi une partie de la logique scientifique de cette étude, dans la façon d'analyser l'alliance avec les patients en parallèle de leur engagement dans les soins.
L'enquête s'est déroulée sur une période de trois ans à l'hôpital de jour de la MGEN de Lyon et a porté sur tous les patients admis (à partir de la date de début de l'enquête) pour une durée supérieure à 15 jours, elle concerne une population totale de 121 sujets, d'âge moyen de 38 ans, et dont 64,5 % étaient des femmes.
L'évaluation des patients a été faite de nouveau avec l'Echelle de Santé Maladie (ESM), le Profil d'Evaluation Clinique (PEC). Mais c'est la CIM 9 (et non plus le DSM III) qui a été choisie pour le diagnostic psychiatrique. Ils ont utilisé aussi le questionnaire « Difficultés et Changements Exprimés » (DCE), autre échelle que ces auteurs ont mise au point et qui concerne la représentation des difficultés rencontrées dans les soins que se font les différents partenaires (soignants et patients).
L'alliance est évalue par le AA.
Enfin une «**échelle d'engagement dans le soin** » a été mise au point à l'occasion de cette recherche dont « la principale caractéristique a été de définir, à côté des aspects positifs, des paliers négatifs de disqualification ou de destructivité du soin, rarement présents dans les échelles relationnelles ». (nous reviendrons en détail sur cette échelle, dans le chapitre ''instruments '').

Les diagnostics (CIM 9) font apparaître :29,2% de schizophrènes ; 25 % de troubles de la personnalité ; 19,8 % de psychoses dysthymiques et 11,5% de troubles névrotiques. La durée moyenne de séjour a été de 4,8 mois.

Les résultats sont les suivants : « Pour l'ensemble des patients tous les paramètres de l'ESM en fin de prise en charge sont corrélés avec l'Alliance Aidante 1 et 2 de départ.
En ce qui concerne les sous groupes, les résultats sont moins parlants ; aucune corrélation n'est notée avec les patients névrotiques. Pour les schizophrènes, les deux types d'Alliance Aidante sont corrélés, mais surtout l'Alliance Aidante de type 1 qui prend en compte l'aspect positif mais passif de la relation de soins. Ce profil, bien qu'atténué, est comparable pour les troubles de la personnalité, en revanche, les psychoses dysthymiques offrent une image en miroir : c'est surtout l'alliance de type 2 (soulignant la collaboration active des patients) qui est prédictive.
Plusieurs catégories de soignants ont par ailleurs rempli ces questionnaires : les psychiatres traitants, les infirmiers, les paramédicaux.
- Les profils d'Alliance Aidante cotés par le psychiatre traitant et les infirmiers sont très proches avec des scores élevés pour les items où le soignant est sujet et/ou acteur.
- C'est chez le psychiatre traitant que l'on retrouve les scores les plus élevés avec trois items venant en tête, centrés sur la notion d'aide « J'aide ce patient », « Il sent qu'il peut compter sur moi », « Je lui montre bien mon désir qu'il s'en sorte ».
- Par contre médecin et infirmiers sont plus pessimistes sur les items attribués aux patients comme « ce patient sent y voir plus clair et devenir plus capable de se débrouiller par lui-même ».
- les paramédicaux et les psychiatres « autres » (c'est-à-dire qui n'ont pas directement en charge certains patients mais qui les croisent et les voient lors des réunions groupales) ont des scores d'alliance nettement plus bas. Ces autres professionnels ont une plus grande distance et une plus grande neutralité que les soignants directement en contact avec les patients et pour les auteurs : « ceci tendrait à montrer que, plus que la formation professionnelle, c'est l'implication directe et globale dans la relation au patient qui est en relation avec des scores élevés d'alliance ».

L'hypothèse principale de cette équipe, (outre le fait d'évaluer des facteurs classiques de changement comme l'alliance et l'état clinique initial) était aussi « dans ce lieu de soins offrant une large palette de soins individuels et institutionnels, que la qualité de la relation thérapeutique et celle de l'engagement du patient dans cette relation devaient s'inscrire dans le processus de soins ».
Ils ont ainsi corrélé l'engagement initial et l'évolution des patients aux différents paramètres de l'ESM.

Ils trouvent des corrélations assez différentes selon les approches thérapeutiques et les types de patients.
- Les patients névrotiques bénéficient le plus des entretiens individuels et des activités où la créativité personnelle est importante et non des activités de groupe.
- Les patients aux troubles de la personnalité qui évoluent le mieux sont ceux qui s'étayent sur le grand groupe ouvert.
- Les patients dysthymiques pour aller mieux s'appuient sur les entretiens individuels mais surtout sur un type de groupe thérapeutique particulier : le groupe de discussion.
- Enfin les patients schizophrènes sont ceux qui montrent le plus de corrélations entre l'engagement initial et l'évolution et ces corrélations concernent un grand nombre d'activités thérapeutiques et surtout « l'engagement sur l'institution » c'est-à-dire le cadre de soins. Alors que ces patients s'appuient beaucoup moins sur les entretiens individuels.

Cette intéressante étude a donc pu mettre en évidence sur une période de deux ans, les facteurs thérapeutiques institutionnels qui avaient pu aider ou pas ces quatre catégories de patients.

Analyse critique des travaux du Script-Inserm :

Ils ont les qualités et les défauts des études nord-américaines dont elles s'inspirent.
Comme ces dernières, les chercheurs ont un peu trop tendance à faire des corrélations entre des sous-groupes de patients et des sous items d'échelles ce qui peut affaiblir la valeur statistique des résultats et ce qui donne quelquefois un caractère un peu confus à leur présentation.
Mais pour Seulin et Dazord (1997), c'est cet abord multidimensionnel qui s'adapte le mieux à la complexité du travail institutionnel et qui permet de faire éclater « le paradoxe de l'équivalence ».
« Le point de vue de tous les partenaires du soin, psychiatres, infirmiers, paramédicaux, patient, est recueilli, ce qui permet de dégager les caractéristiques spécifiques liées à certaines fonctions en particulier au travers de l'évaluation de l'Alliance Aidante. De surcroît, l'intérêt d'un abord multidimensionnel réside aussi en ce qu'il permet la vérification par recoupements des principaux résultats obtenus. Que les mêmes facteurs prédictifs soient retrouvés par des évaluateurs différents donne un poids scientifique certain à ce type de démarches ».

2) Les autres travaux francophones :

De Clercq et coll. (1997, 1999) ont utilisé le « AA » dans le cadre d'une recherche d'évaluation du devenir des interventions de crises réalisée dans un service d'urgences de Bruxelles. L'échelle a été passée par le clinicien et le patient à son arrivée aux Urgences (T 0), à la fin de la phase d'interaction préliminaire de crise (T 1) et à la fin de la phase d'intervention de crise (T 2). Le collectif étudié était composé de 109 patients représentatifs de la totalité des urgences psychiatriques adressées et prises en charge par l'unité de crise, pendant une période de 2 mois.

Ils concluent que cette Alliance Aidante, tant versus patient que versus clinicien à T 0, s'avère être le facteur le plus prédictif du choix entre hospitalisation psychiatrique et traitement ambulatoire. Cette alliance thérapeutique augmente au fur et à mesure de l'évolution du processus thérapeutique, particulièrement pour les patients dépressifs graves.
Ils concluent donc que : « développer une bonne alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute peut donc être considéré comme un des objectifs majeurs du premier entretien au service des urgences ».

Citons enfin, le récent travail de thèse de médecine (2002) de Coralie Lazignac à Nancy. Elle a étudié la construction de l'alliance thérapeutique pour 140 patients accueillis dans l'unité d'accueil et d'urgence psychiatrique de Nancy (sur une période de 4 mois). Le AA a été utilisé, version patient et thérapeute.
Son hypothèse était que l'alliance se construit différemment en fonction du contexte transculturel.
Les résultats indiquent que même si le contexte de l'urgence ne représente pas un obstacle au développement de l'alliance dont les niveaux apparaissent bons tant du côté patient que celui du soignant, l'alliance est indépendante des caractéristiques socioculturelles des patients.
Ce résultat « négatif » correspond bien aux études américaines qui, comme nous l'avons vu, montrent que globalement l'alliance est indépendante des caractéristiques sociologiques des patients.

Par ailleurs, dans son échantillon, les patients migrants (première génération) ne représentent que 6% de son effectif, ce qui n'est peut-être pas suffisant pour trouver des corrélations significatives. De plus l'alliance précoce se compare au devenir des patients et a peu d'intérêt en soin. Il serait donc intéressant qu'un autre étudiant nancéen voit maintenant ce que ces patients sont devenus et qu'il compare ce devenir à l'alliance précoce nouée avec les médecins des urgences psychiatriques de Nancy.

A notre connaissance, il n'y a pas d'autres travaux francophones qui ont utilisé une échelle d'alliance thérapeutique. Peut-être, y a t il eu ponctuellement d'autres travaux de thèse qui ont utilisé la version des Alliances Aidantes du Script-Inserm comme le travail de Coralie Lazignac mais ils n'ont pas été publiés.

Il peut apparaître paradoxal que dans cette longue synthèse sur le lien entre le patient et son thérapeute, la notion de Transfert au sens psychanalytique du terme ait été aussi peu évoquée.
Il s'agit d'une démarche volontaire de notre part. Le débat du lien entre l'Alliance et le Transfert est loin d'être clos (Hougaard 1994, Horvath 2000), certains auteurs, plutôt psychanalystes, pensant même qu'en fait d'Alliance, il ne s'agit que de Transfert souvent mal analysé car seul le transfert « positif » est pris en compte. Nous n'avons pas voulu entrer dans ce débat ; qui a sans doute son intérêt heuristique mais est assez peu utile dans une démarche de recherche empirique. Notre travail s'est centré sur l'Alliance telle qu'elle était comprise et utilisée en recherche clinique.

Si l'alliance en séances de psychothérapie a été beaucoup étudiée en Amérique du Nord, l'Alliance en institution francophone par l'équipe de Gerin Dazord, qu'en est-il de l'Alliance chez l'enfant, chez ses parents et en institution pédopsychiatrique ?
Même s'il n'existe pas de travaux empiriques chez l'enfant, il paraissait difficile, dans ce travail de thèse réalisé dans une unité pédopsychiatrique, de ne pas évoquer les points de vue théoriques des spécialistes de l'enfant.

IV - Alliance thérapeutique avec l'enfant :

Les psychanalystes d'enfants emploient peu le terme d'alliance thérapeutique.
Des échelles d'évaluation de l'alliance avec l'enfant n'existent pas encore.

Pour Didier Houzel (1986, 1996), « étendre la notion à l'enfant peut paraître abusif car sa capacité à établir une '' relation relativement non névrotique et rationnelle '' comme le dit Greenson, peut être mise en doute. »
Mais Houzel élargit la notion d'alliance thérapeutique : « Il s'agit d'une expérience qui inclut tous les aspects du fonctionnement psychique et pas simplement ses aspects conscients. C'est l'expérience même de la possibilité de perlaborer le matériel psychique inconscient et par-là de sortir de la compulsion de répétition en donnant sens à ce qui jusque-là était vécu mais non pensé ».
Il affirme que cette expérience, l'enfant est tout à fait en mesure de la faire, même l'enfant psychotique et précise qu'une alliance thérapeutique explicite n'est pas toujours possible, soit parce que l'enfant est trop jeune pour l'exprimer, soit parce qu'il est trop malade pour cela (c'est le cas, par exemple, des enfants autistes).
Il pense néanmoins que dans ces cas, il y a une « alliance thérapeutique » implicite de la part de l'enfant s'il montre une appétence à venir à ses séances.

Quant aux deux fondatrices de la psychanalyse d'enfants (M. Klein et A. Freud), elles ont eu des positions opposées dans la façon de se situer dans la relation transférentielle à l'enfant.

Mélanie Klein (1961) a toujours été d'avis d'interpréter le transfert même dans les toutes premières séances et ne se pose pas vraiment la question de faire alliance avec l'enfant. Elle parle simplement des éclaircissements à donner à l'enfant sur les raisons de la cure : « La réponse est simple lorsque l'enfant reconnaît lui-même certaines de ses difficultés. L'analyste lui dira que c'est précisément à cause de ces difficultés qu'il doit suivre une cure... Sans quoi, ce n'est qu'au bout de plusieurs séances que l'analyste trouve l'occasion de parler à l'enfant des raisons du traitement.
Cependant avec d'autres enfants, il faut d'abord découvrir dans le matériel de l'inconscient un indice qui montre leur désir d'être informés sur leur rapport avec

l'analyste et des éléments qui prouvent qu'ils ont pris conscience de l'utilité de l'analyse ».

C. Geissmann (1996) confirme que la visée de l'analyste, selon M. Klein, est d'avoir dès le début un contact avec l'inconscient de l'enfant de façon à soulager son angoisse et à maintenir son intérêt. L'enfant se sentira ainsi rassuré. Dans un second temps, une réassurance plus profonde interviendra chez l'enfant, liée aux modifications intervenues au niveau de ses objets internes.

Anna Freud est beaucoup plus proche de la notion d'alliance thérapeutique telle que l'a décrite Zetzel. Dès 1926, Elle écrivait que l'analyse proprement dite ne pouvait commencer qu'à la suite d'une « phase préparatoire » au cours de laquelle l'analyste devait se rendre « intéressant, utile et puissant » aux yeux de l'enfant, pour user de cet ascendant afin d'amener l'enfant à reconnaître ses troubles et à s'engager dans la cure, et pour développer un « transfert positif », afin que l'enfant fasse confiance à l'analyste et lui livre ses secrets.

Elle va modifier une première fois son attitude en 1945, proposant de raccourcir cette phase préliminaire. En 1980, elle reprend ces notions lors de ses conversations avec J. Sandler : « La notion de phase préparatoire fut instituée pour des raisons comprises différemment par différents analystes. Pour certains, le but était d'intensifier et de susciter délibérément un transfert positif sur la personne nouvelle (l'analyste), ce qui rendrait ensuite possible une alliance thérapeutique. D'autres, par exemple Aichhorn et moi-même, avions en tête d'attirer l'attention de l'enfant sur le conflit intérieur, d'éveiller sa propre hostilité à l'égard de la part pathologique en lui-même, puis de fonder là-dessus l'alliance thérapeutique ».

Pour C. Geissmann (1996), l'évolution de la pensée d'A. Freud est intéressante. Passant de la nécessité d'une phase préparatoire à l'obligation de création d'une alliance thérapeutique, elle y voit la nécessité d'un aménagement de la situation analytique. Cet aménagement est justifié pour elle par les caractéristiques d'un type défini de patients (notamment les enfants), qui se caractérisent par une certaine immaturité et la faiblesse de leur moi.

Si les analystes d'enfants emploient peu le terme d'alliance thérapeutique avec leur jeune patient, c'est peut-être parce que l'enfant n'est souvent pas lui-même à l'initiative de la thérapie, les demandeurs étant en fait ses parents.

Le lien transférentiel qui s'établit alors entre l'enfant et l'analyste va être d'emblée soumis aux représentations qu'a l'enfant des adultes donc implicitement de ses parents.

Les raisons qui poussent l'enfant à continuer ou non la thérapie avec cet adulte/analyste, sont donc en grande partie inconscientes et liées à son histoire avec ses parents. Parler d'alliance thérapeutique, c'est-à-dire de désir conscient de travailler avec un thérapeute, a alors beaucoup moins de sens qu'avec un adulte.

V - Alliance thérapeutique avec les parents d'enfants en soins :

Les analystes et les psychothérapeutes d'enfants utilisent la notion d'alliance thérapeutique avec les parents surtout au début de la cure car cette alliance doit s'établir d'abord avec eux. Il parait en effet difficile qu'une psychothérapie se fasse dans de bonnes conditions si les parents sont ambivalents vis-à-vis du thérapeute. Ensuite les effets du traitement sur l'enfant vont jouer un grand rôle dans l'attitude des parents vis-à-vis des soins.

Golse (1996) résume la situation ainsi :

« De fait, les parents sont omniprésents dans la cure ; dès le départ, ils contribuent à favoriser ou à l'inverse à entraver la mise en place de l'alliance thérapeutique, même s'il convient évidemment de décoder la demande personnelle de l'enfant. Dans le cadre de la cure, les parents peuvent toujours intervenir diversement et malheureusement souvent de manière négative ; non-respect du cadre (séances retardées, horaires fantaisistes), tentatives de s'immiscer dans la relation transférentielle engagée entre l'analyste et l'enfant. Enfin, les parents ont hélas, le plus souvent, un pouvoir décisionnel concernant la fin de l'analyse (moment déterminé trop hâtivement en fonction de la disparition des symptômes perturbant l'économie familiale). Ainsi est-il généralement indispensable de mener, parallèlement à la cure de l'enfant, un travail de guidance parentale permettant aux parents de se situer par rapport au petit analysant. Ce travail avec la famille devant être différencié de la cure proprement dite, il est rarement engagé avec l'analyste lui-même mais plutôt avec un autre intervenant afin de respecter au mieux « l'espace de pensée » de l'enfant. »

De même, le psychanalyste anglais J. Gammill (1988) écrit : « même quand le besoin d'une psychothérapie de l'enfant est net et clair, pour beaucoup de cas il faut travailler dans une consultation prolongée avec les parents pour faire mûrir leur demande et créer une alliance thérapeutique comme base essentielle du traitement ».

Nous avons déjà évoqué les concepts de D. Houzel dont l'avis est un peu différent et qui dit à propos de l'entourage : « il y a lieu de distinguer « demande » et « alliance thérapeutique » : la demande de soin, c'est vrai, émane le plus souvent de l'entourage. L'alliance thérapeutique doit être conclue avec l'enfant lui-même, même si elle s'étend aussi aux parents. Elle est probablement la résultante de deux forces : la reconnaissance de la souffrance psychique et la localisation de la conflictualité. Mais il me paraît important d'insister sur le fait qu'elle doit être contractée et avec l'enfant et avec les parents ou les substituts parentaux. »

Pendant le déroulement de la cure, c'est plutôt la notion de « contre transfert de l'analyste envers les parents » qui est à nouveau utilisée dans le but de mieux comprendre la place de l'enfant dans la relation avec ses parents pour ensuite l'aider mieux dans le transfert (Meschiany,1994).
Cependant le concept d'alliance thérapeutique avec les parents, commence à apparaître dans les thérapies d'enfant en raison des modalités de travail avec les parents qui évoluent avec le temps. (Les associations de parents sont de plus en plus nombreuses et demandent aux médecins d'être traitées comme des partenaires à part entière).

Ainsi Maury et Parayre-Chanez (1991) notent que les modalités de travail avec les parents se multiplient et se diversifient. Ils donnent comme exemples de modalités nouvelles de rencontres avec les parents: les soins psychologiques à domicile et la psychiatrie du Nourrisson, ces 2 pratiques ayant comme caractéristique la présence des parents tout le long de la séance et donc un lien thérapeutique direct avec l'enfant mais aussi le ou les parents.
A propos du nourrisson, les auteurs montrent « qu'on découvre ainsi que le bébé n'est pas seulement soumis à l'influence de ses parents et qu'à son tour, il peut les modifier par sa participation active au processus de spirale transactionnelle ou interactionnelle décrit par S. Lebovici. Ces découvertes ont contribué à changer nos regards sur les mères et les pères. »
Dans un article de 1993 sur le nourrisson vulnérable, Maury précise sa notion de l'alliance thérapeutique entre un nourrisson, ses parents et un soignant:
« Une alliance thérapeutique, qui est quelque chose d'implicite pour beaucoup, se vit à travers des mots mais aussi à travers des comportements non verbaux. Comme chacun de

vous le sait, les comportements non verbaux sont beaucoup plus efficaces que les mots, dans la plupart des cas, pour exprimer et communiquer des affects. Or, dans une alliance thérapeutique, les affects et les émotions des différents partenaires sont indispensables à l'établissement de cette alliance. »
Cette conception de Maury est intéressante car elle reconnaît le côté "émotionnel" de la relation thérapeutique au-delà des mots. Mais comment mesurer ces affects ? Peut-être faut-il s'inspirer de certaines pratiques cliniques des psychiatres du nourrisson qui filment les consultations pour analyser les émotions du bébé face aux réactions de sa mère. Il faudrait alors noter aussi les émotions du soignant. Ce type de travail a été commencé dans les recherches empiriques chez l'adulte aux USA (Hougaard 1994, De Roten et coll. 1999) où est mesuré l'ajustement des paramètres non verbaux entre le thérapeute et le patient : expressions faciales, mouvements corporels, distance corporelle, retenues ou exubérance des gestes.

En résumé, si parler d'alliance avec l'enfant n'est pas toujours facile, il semble que les thérapeutes d'enfants utilisent plus facilement cette notion avec les parents des enfants en soins psychologiques, un peu sur le même modèle que dans les recherches des adultes en cure. Peut-être que dans les 2 situations, l'alliance doit absolument s'établir au début des soins pour que le processus thérapeutique avec ses aléas puisse ensuite se continuer.

De ce point de vue, Dazord (1989, 1993) et Gerin (1989) ont réalisé une remarquable étude : Ils ont cherché à évaluer l'influence du type de réponse fournie par les soignants à la demande des consultants, sur l'évolution ultérieure des enfants.

Leur hypothèse de travail était : « fallait-il mieux prendre en compte la demande manifeste des parents en particulier lorsqu'elle était centrée sur des troubles des acquisitions, ou plutôt prendre en compte ce qui était estimé par le clinicien comme la demande latente ? »
Par exemple, quand un enfant venait, amené par sa famille pour des troubles du langage, fallait-il lui prescrire de l'orthophonie, même si pour le soignant le problème était en fait tout autre et nécessitait une thérapie ?
L'étude s'est déroulée pendant 2 ans dans 7 centres de consultation pédopsychiatrique de la région Rhône-Alpes soit 706 nouveaux consultants.

Le protocole mis en place visait à recueillir des éléments sur la demande, en particulier en utilisant des questionnaires spécifiques, mis au point par le Script-Inserm, prenant en compte la représentation des difficultés que se font les différents partenaires de la scène clinique : parents, soignants, enfants. (Ce travail n'ayant pas utilisé le questionnaire « AA », il n'a pas été cité dans le chapitre antérieur sur les recherches de cette équipe).

Ils ont montré que d'une manière générale le soignant et l'entourage se représentent les difficultés de l'enfant de manière différente :
Le soignant se centre sur les difficultés familiales, tandis que l'entourage aurait davantage tendance à envisager uniquement les symptômes de l'enfant. Quand accord il y a, c'est que le soignant a adopté ce dernier point de vue.

Le résultat qui les a le plus étonnés, est que le degré de congruence observé (répondre ou non à la demande de l'entourage) entre le clinicien et la famille est sans rapport avec le taux d'abandon ou l'évolution de l'enfant à la fin de la prise en charge.
Ces résultats les étonnent : « la signification de cet accord est certainement complexe : dans quelle mesure est-elle le signe d'une alliance, d'un lien qui s'établit entre la famille et les soignants ? Si c'était le cas on pourrait s'attendre à voir alors cet accord en relation avec une évolution favorable de l'enfant, ce qui n'est pas le cas. En effet toutes les études qui ont évalué l'alliance thérapeutique s'établissant entre un patient et son thérapeute ont montré qu'il s'agit là d'un des meilleurs prédicteurs de l'évolution des patients. Nous même avons eu l'occasion de le vérifier dans le contexte de prise en charge institutionnelle. Il est alors tentant de supposer que ces situations d'accord sont en fait hétérogènes et peuvent également recouvrir des pactes ou alliances dénégatifs reposant sur le déni, ou la dénégation » .
Ils retrouvent par ailleurs un résultat intéressant qui se situe à la fin de la première consultation : « il n'y a qu'à ce stade que des associations significatives se dégagent : ne pas se situer, pour le soignant, immédiatement sur le plan qu'il suppose être celui de l'entourage est relié de façon significative avec une évolution favorable ».
C'est-à-dire que dans le sous-groupe où, le consultant n'a pas proposé d'emblée le suivi que souhaitaient les parents mais a proposé plusieurs entretiens ultérieurs avec lui avant de prendre la décision du type de traitement, a eu significativement davantage d'évolutions favorables à long terme.

« Cette attente est peut-être l'élément nécessaire à l'établissement du lien patient et thérapeute, qui sera le prélude de leur échange, d'une véritable alliance thérapeutique, dont on sait qu'elle est un des préalables les plus importants d'une évolution favorable du patient. »

Cette étude est intéressante à plus d'un titre.

D'abord parce des recherches empiriques de ce type chez l'enfant, sont très rares.

Ensuite par les hypothèses que posent les auteurs. Très au fait des études américaines sur l'alliance thérapeutique, ils s'attendaient à retrouver un parallélisme entre une bonne alliance et une évolution favorable comme pour les thérapies d'adulte. Mais ils n'ont pas fait de différence fondamentale dans leur raisonnement entre une alliance à deux (patient et thérapeute) et une alliance à trois (parents, enfant et thérapeute).

En ce sens, ces chercheurs sont peu éloignés de l'avis de beaucoup de cliniciens qui pensent ne pouvoir travailler avec l'enfant que s'ils ont la pleine collaboration des parents.

Enfin l'étude montre que le lien entre parents et thérapeute est bien de l'ordre de « l'alliance de travail » telle que la conçoit Bordin : c'est la collaboration entre les deux partenaires qui est centrale : si le thérapeute suit trop vite l'avis de la famille sur l'orientation vers une rééducation, contre son propre avis, l'évolution de l'enfant n'est pas spécialement favorable. Elle ne l'est que s'il a été institué plusieurs entretiens préliminaires ; c'est-à-dire quand parents et thérapeute ont pu échanger sur l'état de l'enfant dans son contexte familial. On peut penser qu'ils ont alors trouvé un accord sur la décision thérapeutique finale la plus adaptée aux besoins de l'enfant.

Il apparaît ainsi qu'une alliance thérapeutique avec la famille doit s'établir au début de la rencontre, juste avant que le traitement de l'enfant lui-même ne commence. Mais cette alliance peut mettre cependant un peu de temps à se construire avec le thérapeute (ou le premier consultant qui ne sera pas forcément le soignant direct de l'enfant ensuite). D'où l'intérêt, dans ces nombreuses situations, de plusieurs entretiens préalables avec les parents avant de commencer une thérapie d'enfant.

VI - Alliance thérapeutique et place des parents d'enfants pris en charge en institution pédopsychiatrique :

Nous venons de voir que l'alliance entre Parents/enfants/soignants est un phénomène complexe à plusieurs composantes.
Le problème est encore plus compliqué si parents et enfants ne sont pas en face d'un mais de plusieurs soignants d'une institution avec les inévitables ''jeux collatéraux'' entre ces soignants.
Chéné et coll. (1991), dans le contexte de suivi de parents dont l'enfant psychotique est traité en hôpital de jour ainsi qu'en psychothérapie psychanalytique individuelle donnent une définition de l'alliance thérapeutique avec les parents, remarquable par sa simplicité :

> « C'est l'adhésion intellectuelle et émotionnelle des parents à un projet thérapeutique pour leur enfant. »

Mais que pensent les parents de leurs relations avec les institutions soignantes ?

Mme F. Gremy (1991), mère d'un garçon autiste et présidente de Sésame Autisme Languedoc-Roussillon essaye de résumer les attentes des parents par rapport à ces équipes :
« **Pour leur enfant**, ils ont le désir de le voir progresser (avec toute l'ambiguïté et la subjectivité de cette notion de progrès, très relative). Ils sont tenaillés entre des attitudes et des désirs contradictoires : protéger leur enfant, voire le surprotéger, parce qu'il n'est pas comme les autres, et vouloir en même temps qu'il soit intégré dans la vie et les structures ordinaires.
Le désir d'intégration, parfois poussé au-delà du sens des réalités ou du simple bon sens, est très fréquent chez les jeunes parents qui rejettent instinctivement les services de pédopsychiatrie. On peut analyser ce rejet comme un refus de reconnaître et d'accepter la situation de handicap de leur enfant, c'est parfois le cas.
Mais souvent aussi, de façon beaucoup plus positive, les parents veulent que leur enfant puisse être un enfant qui vit avec les autres à défaut de pouvoir être comme les autres...
Ils ont donc pour lui une forte demande d'éducation, au sens d'acquisitions cognitives, de préparation à sa vie d'adulte, car ils sont terriblement angoissés par l'avenir.
Pour eux-mêmes, les parents veulent un maximum d'informations.

Ils veulent notamment être informés très tôt de la nature des troubles de leur enfant, connaître le diagnostic quand cela est possible. Plus tard ils souhaitent être tenus informés régulièrement de ce qui se passe dans le service pour leur enfant, des activités, des orientations, etc.
Ils souhaitent une compréhension de leurs conditions de vie, souvent si difficiles, être respectés dans leur vie privée, aidés et non soignés (sauf s'ils le demandent bien sûr).
Ils souhaitent également que l'on tienne compte de la connaissance irremplaçable qu'ils ont de leur enfant, qu'on les écoute de façon positive, sans à priori et sans les juger ».

Les propos de Mme Gremy résument parfaitement ce que les parents sont en droit d'attendre des soignants mais nécessitent aussi d'être nuancés en particulier pour les jeunes parents. Elle reconnaît elle-même que ceux-ci rejettent au début les services de pédopsychiatrie. Et on peut aisément le comprendre car c'est toujours une blessure narcissique énorme pour les parents quand on leur dit : votre enfant est anormal, il ne peut aller en classe comme les autres, il doit aller en hôpital de jour. Ils viennent toujours à contrecœur visiter l'hôpital de jour, qui représente fantasmatiquement un lieu de folie, d'anormalité et d'exclusion.

Ces parents arrivent donc, pour la première rencontre avec une équipe d'hôpital de jour, dans un contexte particulier, souvent bouleversés d'être contraints par l'entourage à faire cette démarche.
La collaboration avec l'équipe va ainsi mettre du temps à se construire.

La position du médecin n'est, dans ces situations, pas facile. Car malgré la demande de Me Gremy « d'avoir le maximum d'informations », le médecin ne peut pas mettre de mots trop crus sur les troubles de l'enfant (même si sa première impression est très défavorable) et encore moins avertir d'emblée les parents de toutes les difficultés qu'ils rencontreront pendant des années avec cet enfant handicapé mental.
De plus, certains enfants vont évoluer de manière tout à fait remarquable alors que le tableau clinique de départ semblait très péjoratif. Les pédopsychiatres n'ont jamais vraiment de certitudes sur l'évolutivité réelle des enfants, pendant les premières années de la maladie.
Il serait donc bien trop brutal et agressif de dire trop de choses aux parents lors des premières rencontres.

Ce n'est qu'après un moment, plus ou moins long selon les cas, quand les parents sont rassurés et pensent que leur enfant est bien pris en charge dans l'institution, que le médecin pourra, petit à petit, les aider à comprendre les difficultés de l'enfant et à les accepter.

Ces processus d'acceptation de la « différence » de l'enfant et de confiance envers les soignants sont des étapes évolutives décrites par de nombreux auteurs. Nous allons en citer quelques-uns.

Les enfants qui sont en Hôpital de Jour pédopsychiatrique présentent tous des troubles graves du comportement :

- soit parce qu'ils sont atteints de psychose infantile souvent précoce, en particulier d'Autisme mais aussi de psychose où le niveau de développement est moins touché : la dysharmonie ;
- soit parce dans des contextes familiaux très perturbés (dissociation, carence de soins, maltraitance, multiples placements), les enfants présentant de graves troubles du développement, évoluant depuis la petite enfance et non mobilisables par les soins ambulatoires.

On est donc en présence de parents dont l'enfant a une maladie chronique, évoluant sur plusieurs années qui déclenche chez eux des comportements spécifiques dus au fait qu'ils ont un enfant « différent ».
On peut alors citer Moureen et Dugas (1982) dans un article qui reste toujours d'actualité:

« Il n'existe pas Une psychologie des familles de handicapés, mais plutôt des familles qui réagissent différemment selon leur histoire, leur situation sociale et leurs contacts avec l'extérieur.
De même, chaque handicap a, du fait de ses particularités, un retentissement psychologique propre, dépendant aussi et surtout de la personnalité de celui qui en est atteint ».
Chaque enfant, une fois né, déçoit plus ou moins l'un ou l'autre des parents, que ce soit, sur le plan physique, esthétique, caractériel, voire de son sexe. Mais la plupart du temps un compromis est tout de même possible, les parents font le deuil de « l'enfant imaginaire » et acceptent « l'enfant réel ».

Mais un enfant reconnu anormal est un projet avorté. Il ne permet pas de projections satisfaisantes, il ne laisse pas de place aux identifications rassurantes : sa présence peut devenir alors une blessure narcissique permanente et une source de dévalorisation de soi-même.

Moureen et Dugas notent alors un certain nombre de mécanismes de défense que vont utiliser ces parents pour assumer l'angoisse que représente la vie avec un enfant handicapé :

- la démission, souvent vécue sur le mode dépressif. Elle se produit d'emblée lorsque dès la révélation du diagnostic, on n'a laissé aucun espoir aux parents ; elle survient plus tardivement après les échecs répétés des traitements médicaux et des tentatives éducatives, elle se manifeste devant l'absence de tout progrès visible et devant le caractère insupportable de certains troubles de l'enfant.
- la négation de la gravité de l'état de l'enfant : elle peut n'être observée que de façon transitoire après l'annonce du diagnostic. Si elle persiste, elle donne lieu à des réactions ressenties comme revendicatives à l'encontre du corps médical : étonnement devant l'absence de progrès, demandes de médicaments, visites chez les guérisseurs, etc.
- l'hétéro agressivité : angoisse déplacée de culpabilité, elle s'adresse au conjoint ou à la famille, avec recherche d'un responsable, d'un précédent familial d'un côté ou de l'autre. Elle prend parfois la société ou le médecin comme cibles (l'accoucheur, le pédiatre). L'agressivité semble plus dangereuse lorsqu'elle se tourne vers l'enfant lui-même, tantôt facile à repérer, prenant la forme d'un rejet ouvert avec une demande de placement, tantôt plus camouflée derrière un désir apparent d'ordre, de propreté ou d'éducation.
- l'hyper protection de l'enfant, résultante de négation de l'état réel de l'enfant, de sentiments de culpabilité (du type si j'avais ou n'avais pas fait ceci ou cela, le malheur ne serait pas arrivé) et de sentiment d'obligation morale. Les parents peuvent alors refuser toute séparation, toute mesure éducative et se laissent tyranniser par leur enfant.

Cependant Moureen et Dugas précisent que « plus on va en avant dans la connaissance des réactions des parents, plus celles-ci se révèlent complexes et pleines de contradictions ».

Dans un article encore plus ancien (1967) mais qui reste pertinent, Tomkiewicz concluait son article, à propos des parents d'enfants arriérés profonds, sur des remarques qui peuvent s'appliquer à tous les parents d'enfant gravement handicapé : « on trouve toujours quelque chose de pathologique dans l'attitude des parents... Il ne peut y avoir une attitude

normale envers un tel événement, comme il n'y a pas d'attitude normale envers un cancer, envers une monstruosité corporelle ou envers la mort d'un être aimé.
La blessure narcissique d'avoir donné le jour à un être qui vous ressemble à certains égards et qui est anormal dans son présent et dans son avenir paraît ineffaçable ; on peut la surmonter ou s'y adapter plus ou moins bien ».
Tomkiewicz pense que l'on pourrait définir comme idéale l'attitude qui sauvegarde le mieux possible les besoins et les désirs de tous les membres de la famille sachant qu'un tel équilibre sera presque toujours fragile et mouvant.

Les choses sont sans doute encore plus délicates quand l'enfant est porteur d'un trouble mental. L'attitude de déni est plus difficile à dépasser dans la mesure où l'enfant n'a pas de traces physiques, matérialisables de ses troubles (contrairement à la Trisomie par exemple, où le résultat du caryotype tombe comme un couperet mais donne un élément concret).
De plus, malgré les remarques des médecins, de la crèche ou de l'école maternelle, les parents ont du mal à accepter que leur enfant de 3 / 4 ans présente des troubles si graves qu'il nécessite d'aller en **hôpital de jour,** en institution psychiatrique.

Pris par une immense culpabilité d'avoir un enfant ''anormal'', les parents craignent que les médecins les accusent d'être responsables de quelque chose dans les troubles de leur enfant. Ils ont quelquefois de bonnes raisons d'avoir des craintes car en pédopsychiatrie, on attribue encore souvent la maladie de l'enfant aux difficultés et troubles des parents.

Ainsi, même si depuis 30 ans, les choses se sont beaucoup nuancées, Cahn. et Coll. écrivaient en 1974 à partir d'une revue de la littérature et une analyse de 27 cas suivis pendant 6 ans : « cette analyse à partir de contre-transferts, confirme l'impact du milieu familial, notamment du personnage maternel, sur l'entrée ou l'engluement de l'enfant dans la psychose mais fait justice de la notion selon laquelle c'est toujours la mère la seule et grande responsable, au départ, du processus pathologique... ».

Dans un article célèbre de 1980, Michel Soulé critique la littérature psychanalytique qui fait intervenir le rôle prévalent de la mère dans la psychogenèse de la psychose infantile : « ces textes ne sont pas exempts d'une certaine moralisation, qui équivaut effectivement à mettre la mère en accusation comme si toute l'histoire, tout le mauvais que l'on voit dans

l'enfant, aurait pu être évité par une mère qui se serait comportée de façon différente, d'une manière telle que nous, psychanalystes, pourrions souhaiter.
En revanche, peu d'auteurs, dans la plupart de ces écrits, posent une autre question, que l'on pourrait formuler ainsi : ''Madame, il est certain que nous vous voyons actuellement vous comporter avec votre enfant d'une manière qui n'est pas habituelle et qui peut être considérée comme anormale, voire néfaste. Il serait intéressant que nous essayions de comprendre ensemble comment vous avez été amenée à vous conduire ainsi. Cela n'est sans doute pas simple et peut être le résultat des perturbations graves que vous avez eues à vivre depuis la naissance de votre enfant''». (dans ce dernier propos de Soulé, on retrouve presque la définition de Bordin de l'alliance: buts et tâches du travail thérapeutique énoncé clairement dans le contexte d'un lien de confiance mutuelle).

Il fait alors l'hypothèse que l'autisme de l'enfant provoque précocement chez la mère des mécanismes de défense pathologiques (nous aurions pu donner, écrit-il, à cet article un autre titre : Comment j'ai rendu ma mère folle, récit d'un nourrisson de douze mois).
« Quand on voit l'enfant vers 4/5/6 ans, les choses se sont déjà structurées et c'est une '' autre mère '' que l'on voit déjà à ce moment là ».
Il se propose par l'observation de la relation d'un nourrisson autiste avec sa mère, de montrer les mécanismes défensifs mis en place par celle-ci :
« Les troubles fonctionnels graves dès les premières semaines, l'absence d'intérêt pour le visage et les mimiques de sa mère, la non-apparition des attitudes anticipatoires, l'absence d'angoisse devant l'étranger à 6 /8 mois, tous ces troubles créent chez la mère de nouveaux aménagements défensifs.
- Un des moyens habituels de la mère est de réinvestir ou de ne pas désinvestir l'enfant imaginaire qui, dès lors, coexiste avec l'enfant réel et auprès duquel elle peut se réfugier pour fantasmer une relation gratifiante. C'est ce processus qui explique, selon M. Soulé, que la mère ne perçoive pas dans sa réalité, un enfant aussi bizarrement et gravement atteint et c'est ce processus qui explique la dénégation de son état.
Cette femme qui, en d'autres domaines, est bien adaptée, exerce une profession ou élève d'autres enfants avec une perception réaliste, maintient pour ce qui concerne son enfant autistique « une tache aveugle », elle ne « le voit pas ». Elle constitue elle aussi, symétriquement à son enfant, un regard périphérique ou plafonnant, pour se protéger d'une réalité qui l'angoisse et la persécute. Dans ce cas, ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque l'enfant a trois ou quatre ans et que l'absence de langage devient patente, qu'elle consulte.

Bien souvent c'est une jardinière d'enfants ou une maîtresse d'école maternelle qui fait remarquer que l'enfant est bizarre et ne parle pas à une mère qui semble le trouver normal et scolarisable ».

Dans ce même article, Soulé explique les autres mécanismes mis en place :
- la fusion symbiotique et le maintien à distance du père sont souvent des mécanismes défensifs surgis devant l'urgence, puis maintenus... Le maintien du mari hors de la relation duelle mère enfant n'est pas à l'origine de l'autisme, mais peut en devenir au contraire une de ses conséquences.
- l'excitation non maîtrisable que suscite l'enfant autiste par son silence.
- l'automatisme de répétition et le sentiment de persécution qu'engendrent les stéréotypies de l'enfant.
- le désir de détruire l'enfant : c'est une autre cause d'angoisse et de persécution pour une mère que de percevoir qu'elle se trouve face à face avec le désir de détruire son enfant, avec de moins en moins de maîtrise et de possibilité de le protéger.

Face à ces mécanismes pathologiques mis en place, **que proposer à ces parents ?**

Soulé, dans le même article, propose trois temps de l'aide aux parents d'un jeune autistique :
- 1er temps : <u>expliquer et faire comprendre la psychose autistique</u>,
- 2e temps : <u>Allons-nous traiter cet enfant ensemble ?</u> Certes, le plus aisé est de décrire l'institution, son fonctionnement et les diverses thérapeutiques employées, mais nous ne pouvons nous réfugier dans ce système opératoire. La question véritable qui nous est adressée alors à nous techniciens, qui prétendons assumer professionnellement la charge et les aléas thérapeutiques, est celle-ci : « en quoi moi, son père, ou moi sa mère, suis-je personnellement impliqué dans cette thérapeutique, au-delà bien entendu des soins habituels que je lui dois ? Ne pouvez-vous vous occuper seuls de ce traitement et nous soulager d'un poids, d'une angoisse difficilement supportable tout le long du jour ? ».
- 3e temps : <u>Souhaitez-vous un traitement personnel ?</u> Quels que soient nos souhaits de voir une femme intelligente, mais très perturbée, bénéficier d'un traitement qu'elle demanderait, nous pouvons nous heurter à sa névrose de caractère et à son refus, une fois passée la période dépressive de désarroi.

La position de C. et P. Geissmann (1982) est un peu différente dans leur abord familial. Constatant que le désir des parents de rencontrer les membres de l'institution est vécu souvent comme une intrusion, ils ont décidé, dans leur projet thérapeutique, d'inclure les parents dans le traitement, pensant qu'on ne peut modifier un équilibre, fut-il pathologique, qu'en intervenant sur les deux termes qui le composent.

Les parents sont donc vus ensemble ou séparément à une fréquence qui varie d'une fois par semaine à une fois par mois.

Ils ont alors observé plusieurs phases souvent scandées par les changements de l'enfant liés à son propre traitement psychothérapique.

- la première période : réactions de l'un et de l'autre parent à l'entrée de l'enfant à l'Hôpital de Jour : angoisse de la mère devant le vide de l'appartement, hyperactivité réactionnelle, multiples interventions à l'Hôpital de Jour. Le risque est le retrait brutal de l'enfant sous des prétextes divers.
- la seconde période : de restauration narcissique où les mères sont tout entières dans le plaisir d'être comprises, écoutées, de pouvoir rapporter quelques petits progrès de l'enfant.
-la troisième période : beaucoup plus difficile. L'enfant psychotique, peu à peu, au fil des mois ou des années, a évolué, et maintenant tente d'exprimer ses premières manifestations de défusion d'avec sa mère ce qui va entraîner un grand bouleversement chez celle-ci qui n'est pas sans angoisse importante.

Cette période met à rude épreuve le thérapeute des parents comme l'institution et il n'est pas trop de toute une équipe pour en supporter le poids.

- la quatrième période : si tout va bien, il y a la réorganisation sur un mode névrotique.

L'enfant, pendant cette phase tourmentée, va continuer, à l'abri de sa propre psychothérapie à évoluer, à prendre son autonomie, à montrer son plaisir à vivre. C'est ce plaisir à vivre de l'enfant qui va désormais être le moteur de l'amélioration des parents. Ils découvrent un enfant qui peut être heureux, non angoissé, ouvert à eux et peu à peu à l'environnement.

Il semble que devant ce plaisir à vivre de l'enfant, qu'elle ne peut plus ignorer, la mère accepte sa perte et tente de se réorganiser.

Les difficultés à ce stade sont loin d'être terminées mais nous entrons dans un autre contexte, celui du névrotique.

Ils ne sont plus des « parents d'enfants psychotiques » et nous reprochent maintenant l'énorme retard scolaire de leur enfant, certaines maladresses psychomotrices et de

langage. S'ouvre ainsi la période des rééducations pour l'enfant. Il nous reste, en tant qu'équipe soignante, à faire le deuil de l'enfant, de ses parents et à prendre en charge de nouveaux autistes.

J.S. Bailly-Salin (1980) fait part de son expérience avec les familles après 15 ans de travail en hôpital de jour : une attention et une place toutes particulières sont accordées aux entretiens avec les parents car une large part de la cure passe à travers les liens noués avec eux et repose sur leur évolution.
« D'un point de vue plus théorique, nous nous appuyons sur l'idée que l'enfant, quels que soient les troubles présentés, possède une manière personnelle d'organiser ses échanges, de les vivre, de se défendre contre les envahissements de son monde intérieur et du monde extérieur, ce qui l'a conduit à aménager une manière d'être dont il souffre et qui fait souffrir son entourage. C'est bien à partir de ces insatisfactions et des conflits encore ouverts qui en résultent que ces organisations, incluant les parents, paraissent mobilisables et dynamisables aussi bien du côté de l'enfant que de l'entourage ».

Elle note aussi différentes étapes qu'il faut franchir avec les parents mais situe un des moments clés de ces rencontres autour de **la période d'observation de l'enfant** :

« ''La quinzaine d'observation '' nous semble capitale en ce sens qu'elle offre un temps nécessaire pour que certaines choses soient dites, tant du côté des parents que du côté de l'institution. Les parents, reçus le premier jour de l'observation, sont retrouvés à son terme, au moment où la décision définitive est prise avec eux. Il y a ainsi, à peu près, trois semaines de latence entre les deux entretiens, temps généralement utilisé pour une certaine maturation, une certaine observation mutuelle, une réduction de l'écart entre l'institution imaginée et sa réalité.
Du fait même que ces enfants sont vécus très proches, fusionnés, sans identité propre, bien en deçà d'une différenciation sexuelle ou de génération, tout se joue dans un premier temps autour de la différenciation de chacune des unités constituantes de la cellule familiale.
Lorsque nous revoyons les parents au terme de l'observation, des modifications se sont déjà dessinées. Le dialogue sera facilité dans la mesure où nous disposons d'un début d'histoire commune avec le sujet et ses parents.

Ils expriment d'abord un soulagement. La réalité s'avère moins sombre qu'ils ne l'avaient imaginée : le lieu n'apparaît plus aussi sinistre qu'ils l'avaient conçu, leur enfant, après un petit temps d'adaptation, ne semble pas malheureux, plutôt l'inverse même, et bien souvent, à la maison, une amélioration se dessine déjà qui répond sans doute à une réduction de la tension au sein de la famille, tension qui avait atteint son paroxysme au moment de l'observation.

Cette appréhension nouvelle de la situation, la perception du mieux-être de l'enfant, viendraient soutenir le désir de nous le confier. Ceci n'exclura pas des moments négatifs, des remises en question de notre action, mais l'alliance naît, dès le départ, sur un climat de confiance et un sentiment de sécurité. La cure proprement dite peut alors commencer ».

Même si l'on ne retrouve pas d'études empiriques sur l'alliance avec l'enfant et ses parents, ces articles nous montrent la pertinence de la réflexion des auteurs français et la clarté de leur description des différentes étapes de l'évolution des parents, ce qui nous permet au quotidien d'avoir des repères solides pour notre pratique clinique.

La démarche de ce travail de thèse se veut plus « objectivable » et emploie les techniques de la recherche actuelle en psychologie (telles que nous venons de les décrire), pour évaluer le lien initial avec les parents et son évolution dans le temps, en parallèle de l'évolution des enfants.
Il est temps de poser maintenant nos hypothèses.

VII – Les hypothèses théoriques de notre recherche:

Notre projet épistémologique est d'évaluer un des aspects du processus psychothérapeutique en institution de soins pédopsychiatriques.

Nous avons centré notre recherche sur l'évaluation de l'alliance thérapeutique entre parents et soignants et les conséquences de ce lien sur l'évolution de l'enfant.

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants":

L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'évolution clinique des enfants.

Nous avons vu que les études nord-américaines sur les psychothérapies individuelles d'adulte ont montré que l'alliance thérapeutique est le meilleur facteur du bon déroulement d'une psychothérapie et d'un devenir favorable (Horvath et Symonds 1991, Martin et coll. 2000).

Ceci n'a pas encore été démontré chez les enfants ni chez les parents.

Seules les études françaises du Script-Inserm (Gerin et coll. 1992, Aapro, Dazord et coll. 1994, Seulin et Dazord 1995) se sont intéressées aux soins en institution et ont réussi à montrer un lien entre l'évolution et l'alliance entre les équipes et les patients, mais seulement dans le cadre d'institutions psychiatriques pour adulte.

Les analystes d'enfants et les pédopsychiatres institutionnels ont montré, de leur côté, l'importance du lien avec les parents dans la mise en place et la poursuite des traitements psychologiques aux enfants et les ruptures quand ce lien ne peut se nouer (Tustin 1977, Bailly-Salin 1980, Geissmann 1984, Golse 1996...).

Il nous a semblé judicieux pour une première étude en hôpital de jour pédopsychiatrique de faire cette hypothèse que, comme dans l'étude de Dazord (1989,1993) dans les centres de consultation pédopsychiatrique, l'alliance évaluée n'est pas directement celle liée aux jeunes patients mais plutôt celle nouée avec leurs parents. C'est donc dire implicitement que pour que des soins en institution pédopsychiatrique fonctionnent, il ne faut pas seulement une alliance à deux (patient et thérapeute) mais une alliance à trois (parents, enfant et soignants).

Vis à vis des parents, notre position est proche de celle de Colette Chiland (1991) affirmant :

« Quelle qu'en soit la cause, le psychisme des parents est impliqué par la maladie de l'enfant.
Mais c'est un autre point de vue que l'affirmation d'une cause psychologique (au sens de troubles de la relation parent/enfant), bien que, à titre d'hypothèse de travail, le rôle possible de facteurs psychologiques doit être maintenu tout aussi bien que celui de facteurs biologiques ».

Utiliser la notion d'alliance thérapeutique permet d'étudier les capacités actuelles des parents à travailler en collaboration avec les soignants, que ces soignants attribuent ou non aux parents une responsabilité dans la genèse des troubles de leur enfant.

Rappelons la définition de Chéné et coll.(1991) à propos de l'alliance avec les parents des enfants psychotiques traités en hôpital de jour : « C'est l'adhésion intellectuelle et émotionnelle des parents à un projet thérapeutique pour leur enfant ».
Cette définition à laquelle nous adhérons complètement, implique que ces parents seront peut-être amenés à devoir changer leurs attitudes éducatives et leur regard posé sur leur enfant au fur et à mesure de son évolution.
Et le niveau d'alliance avec les parents, est sans doute corrélé avec leurs capacités à s'adapter, en partie grâce à l'aide des soignants, aux nouveaux besoins de leur enfant en grande souffrance psychologique.
Mais dans notre hypothèse, ce n'est pas le changement parental qui va être évalué mais celui de l'enfant, comme si l'évolution de l'enfant était un reflet de celle des parents.

Notre idée n'est pas non plus de dire que dans tous les cas « sans les parents, rien n'est possible » et comme Bailly-Salin (1980), nous pouvons remarquer que: « l'expérience nous a fait voir que dans certains cas où la famille, malgré toutes nos tentatives, restait statique et n'offrait aucune tendance à modifier son économie, les enfants eux, avaient évolué ». Mais notre hypothèse est d'affirmer que si nous avons cette collaboration des parents alors les résultats sont significativement meilleurs.

Hypothèse 2 : "Alliance des parents et engagement des enfants dans le soin ":

L'alliance avec les parents devrait être corrélée à l'engagement des enfants dans le soin institutionnel.

Il nous a semblé difficile d'évaluer directement l'alliance avec nos jeunes patients. D'abord parce qu'aucun instrument n'a encore été adapté aux enfants. Ensuite parce notre population comprend des enfants particulièrement en difficulté, avec souvent d'importants retards cognitif et de langage.
Certes, l'argument de Houzel (1986, 1996) est que « même chez l'enfant psychotique, une alliance thérapeutique implicite est présente, s'il montre de l'appétence à venir aux séances ». Mais ce point de vue nous semble réduire l'alliance à la seule composante du « lien ». Nous avons vu que par définition l'alliance nécessite aussi un minimum d'accord explicite sur « les buts » et les « tâches » du traitement, ce qui apparaît bien souvent un non-sens chez nos petits patients, en tout cas pendant les premières années de traitement.

Par contre les techniques d'évaluation de l'engagement dans le soin, telles que les ont développées Seulin et Dazord dans la recherche de l'hôpital de jour de la MGEN (1995), nous semblent tout à fait adaptables aux ateliers thérapeutiques de l'hôpital de jour.
Or notre expérience clinique nous a donné l'impression que si les parents ne sont pas d'accord avec les buts de la prise en charge pédopsychiatrique, les enfants sont beaucoup plus résistants, mutiques, opposants dans les ateliers.
Notre recherche sera l'occasion de tenter de vérifier ou de démentir l'hypothèse que si les parents adhèrent aux soins des enfants, on peut penser qu'ils les autorisent et même les engagent à participer activement aux ateliers proposés à l'hôpital de jour, ateliers qu'ils ne disqualifieront pas.

Hypothèse 3 : "Valeur prédictive de l'alliance précoce":

- 3a : La qualité du lien noué avec les parents pendant les premières semaines devrait être prédictive de ce que sera l'alliance pendant la cure de l'enfant.

- 3b : Cette alliance précoce avec les parents devrait être prédictive du devenir de l'enfant.

La première rencontre avec l'équipe d'un hôpital de jour est toujours une expérience très nouvelle pour un enfant, elle aura des effets visibles sur son comportement même après une courte période. La capacité des parents à reconnaître et à accepter ces premiers changements est probablement un facteur pronostique favorable; car ils montrent alors leur capacité à confier l'enfant à une institution qui modifiera le comportement de l'enfant et, en miroir, leur équilibre familial actuel.

La première rencontre avec l'équipe d'un hôpital de jour est aussi une expérience nouvelle et souvent une épreuve pour les parents.
« La nécessité d'un soin en hôpital de jour pour un enfant » est souvent implicitement imposée aux parents par l'école ou la crèche qui ne peuvent plus faire face aux difficultés de l'enfant. La plupart des parents n'ont donc pas désiré, au début, des soins aussi lourds pour leur enfant surtout dans le milieu « psychiatrique », encore très corrélé dans l'Inconscient collectif à la folie et l'exclusion.
Sans compter que les hôpitaux de jour français sont publics, limités en nombre et sectorisés et qu'ainsi les familles n'ont, la plupart du temps, pas le choix du lieu de soins.

Dans ces conditions, l'alliance thérapeutique entre les parents et les soignants est loin d'être un acquis et devra se construire au fil du temps.

Certaines familles ne sont pas capables de supporter les premiers changements, souvent rapides des enfants et J.S. Bailly-Salin (1980) constate comme beaucoup de cliniciens, que certains parents arrêtent les soins de l'enfant après l'observation. Certains ne reviendront jamais ; d'autres nous re-contactent quelques mois plus tard quand ils se sentent prêts. D'autres resteront « contraints et forcés » par les institutions scolaires et éducatives, de laisser leur enfant à l'hôpital de jour mais leur hostilité envers les soignants est souvent perceptible.

Mais d'autres parents se rendent compte rapidement de l'intérêt d'une prise en charge psychologique intensive pour leur enfant.
Malgré le contexte difficile de l'entrée, ils vont « intellectuellement et affectivement » vite adhérer aux soins proposés à leur enfant.

Notre hypothèse de travail est que de la rapidité de cette adhésion parentale, de cette alliance avec les équipes dépend la force du lien avec l'équipe et en parallèle la bonne évolution de l'enfant.
Cette hypothèse s'appuie sur l'expérience des auteurs français, comme J.S. Bailly-Salin (1980) qui nous a montré les modifications relationnelles rapides des parents entre le premier entretien et les rencontres après la « quinzaine d'observation ».

Mais notre supposition s'appuie aussi sur les données de la littérature nord-américaine montrant que c'est surtout l'alliance précoce qui est fortement corrélée au devenir (Horvath et coll. 1993, Luborsky et coll. 1996, Martin et coll. 2000).

Hypothèse 4 : "Evolution de l'alliance avec le temps":

L'alliance thérapeutique des parents devrait être un processus évolutif avec le temps et l'état clinique de l'enfant.

P. et C. Geissmann (1982) nous ont montré les étapes évolutives du comportement des parents en fonction du changement clinique de leur enfant psychotique. Et on peut penser que la collaboration, l'alliance de ces parents évoluent en parallèle.

Vont-ils pouvoir renoncer ou adapter les mécanismes de défense (Soulé 1980, Moureen et Dugas 1982).qu'ils ont mis en place pour survivre face à l'enfant psychiquement malade ou handicapé ?
Gerin (1991) note que dans les cas de patients entrant en psychothérapie, le développement de l'alliance aidante est trop rapide pour permettre d'en étudier les étapes; elle est même souvent une donnée de départ : lorsque le patient a choisi son psychothérapeute, il a déjà instauré une certaine alliance thérapeutique avec lui, avant même la première séance. Mais il en est tout autrement pour des patients en institution qui, à leur arrivée, ne sont pas demandeurs de psychothérapies. Le développement d'une alliance thérapeutique constitue alors au contraire un des objectifs cliniques et son développement progressif peut être suivi par des évaluations successives de l'alliance aidante.

Ainsi, comme dans les thérapies d'adultes décrites par les études nord-américaines, il y a fort à parier que le niveau de l'alliance avec les parents évolue pendant tout le temps de l'hospitalisation pédopsychiatrique et cela en fonction des progrès ou des régressions des enfants, de leur capacité à rester ou non dans le circuit scolaire normal.

On peut penser qu'à la fin de l'hospitalisation, si la pathologie de l'enfant est stabilisée et s'il peut retourner à temps complet à l'école ou intégrer un établissement spécialisé dans d'assez bonnes conditions psychologiques et cela malgré les retards cognitifs et au prix de l'acceptation du « handicap » de l'enfant, les parents seront alors en accord avec le travail fourni par les soignants de l'hôpital de jour et l'alliance finale sera de bonne qualité.

Hypothèse 5 : "Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel":

L'alliance thérapeutique avec les parents devrait être corrélée à l'évolution des enfants quel que soit le type de pathologie présentée par l'enfant.

Rappelons que les études américaines retrouvent le plus souvent une concordance entre une alliance thérapeutique forte et une évolution favorable pour les psychothérapies quel que soit le type de pathologie présentée par les patients.

Nous allons nous risquer à la même hypothèse en ce qui concerne l'alliance avec les parents.
Plus que le type de pathologie (psychoses infantiles ou troubles du comportement) et quelle que soit l'intensité de ces troubles de départ, nous allons essayer de voir si cette alliance parentale est un des éléments déterminant de la qualité de l'évolution des enfants.

Nos hypothèses de travail sont maintenant posées.

Mais avant d'entrer directement dans le vif de la recherche, il nous faut encore, pour pouvoir ensuite l'évaluer et la discuter, nous pencher sur le problème du devenir des enfants aux troubles psychiatriques graves qui fréquentent nos hôpitaux de jour.

Chapitre 2 : Facteurs d'évolution des psychoses et des troubles graves du comportement de l'enfant

I - Evolution de l'autisme et des psychoses infantiles :

1) Remarques introductives :

Avant la présentation des études de la littérature, nous voudrions faire quelques commentaires généraux sur ces travaux.

Avec Eric Fombonne (1995), nous pourrions résumer les choses de la façon suivante :
Dans la littérature internationale, les études ayant documenté le devenir à l'âge adulte des enfants autistiques et psychotiques sont essentiellement de deux ordres : les études cliniques et les études épidémiologiques longitudinales.

- Les études cliniques reposent sur la narration détaillée d'un cas ou d'un nombre limité de cas. Elles ont en général souligné la diversité des évolutions observées pour ces distorsions précoces du développement. C'est par exemple la description de l'évolution des onze cas de Kanner (nous y reviendrons).

Ces études cliniques sont souvent des témoignages intéressants sur les souvenirs de l'expérience autistique et sur les séquelles psychologiques qui en persistent à l'âge adulte. Mais elles sont plus intéressantes par les hypothèses qu'elles suggèrent que par leurs résultats, dont la portée est nécessairement limitée. Les cas étudiés y sont en effet sélectionnés de façon particulière et tendent généralement à représenter les évolutions plutôt favorables.
C'est souvent le reproche que l'on fait aux études monographiques. Les soignants auraient tendance à rapporter les cas où leurs traitements ont été « efficaces » ou du moins suffisamment aidants pour en faire une présentation exemplaire.

Dans les années 1990, R. Diatkine et S. Lebovici disaient souvent aux séminaires des praticiens hospitaliers à la Fondation Vallée, qu'on ne publiait pas assez de « cas défavorables », qui étaient tout aussi, voire plus didactiques que les « bons cas ». On

apprend aussi de résultats négatifs qui permettent de remettre en cause les pratiques et les méthodes thérapeutiques qui se sont finalement avérées inefficaces pour certains patients à moyen ou long terme.

- Les études longitudinales décrivent l'évolution à long terme de l'autisme et des psychoses infantiles et essayent d'identifier les facteurs pronostiques influençant l'évolution.

Mais elles posent aussi un certain nombre de problèmes. Selon Charles Aussilloux (2001), on peut dire que la plupart de ces études sont basées sur un suivi jusqu'à l'âge adulte à partir du centre de diagnostic initial et de soins dans l'enfance sans qu'il y ait systématisation des modalités de prise en charge sur l'ensemble de la trajectoire.

D'autres études épidémiologiques sont parfois moins précises, car les données ne sont pas recueillies par la même équipe, mais elles reflètent la réalité d'une entité géo démographique. Elles ont alors l'avantage de ne pas avoir le biais de sélection que représentent les études des suivis des enfants d'un même centre.

Dans la littérature française, peu d'études longitudinales sur l'évolution des enfants autistes et psychotiques ont été rapportées. Fombonne (1995) relève trois études en langue française ayant porté sur des échantillons de taille suffisamment élevée, celle de Rivière et coll. (1980), de Manzano et coll. (1987) et celle de Fombonne (1989). En fait nous en avons trouvé quelques autres.
Citons aussi l'importante recherche en cours de Charles Aussilloux et coll.(2000, 2001).

2) Les études anglo-saxonnes :

- Les premières études :

Léo Kanner a publié en 1971, l'évolution des 11 enfants autistes de sa description princeps de 1943. La traduction française de cet article a été reprise intégralement en 1995 dans la revue « Psychiatrie de l'enfant ».
Trente ans après, il note des différences interindividuelles dans l'évolution de ces enfants. Seulement deux adultes avaient pu faire des études secondaires et avaient un emploi salarié et menaient une vie autonome. Aucun n'a fondé sa propre famille. Sur les 9 patients retrouvés, 3

n'ont aucun langage et 4 ont un langage très limité non utilisé dans la communication courante.
Rappelons que sur les 11 pères de ces enfants, 3 étaient psychiatres !

Nous avons résumé, dans le tableau suivant, l'évolution de ces 11 cas.

TABLEAU n°1 :

Cas	Prénom	Age	Prof	Vie familiale	Autonomie
Cas n° 1	Donald T.	36 ans	Cuisinier	Célibataire	Vit chez ses parents
Cas n° 2	Frédérick-Creighton	34 ans	Employé	Célibataire	Vit chez ses parents
Cas n° 3	Richard M.	33 ans	Sans	Célibataire	Institution privée
Cas n° 4	Paul G.		?	?	?
Cas n° 5	Barbara K.	37 ans	Sans	Célibataire	Hôpital d'état
Cas n° 6	Virginia S.	40 ans	Sans	Célibataire	Hôpital d'état
Cas n° 7	Hubert B.	35 ans	« emploi » protégé	Célibataire	« lieu de vie »
Cas n° 8	Alfred A.	38 ans	Sans	Célibataire	Institution privée
Cas n° 9	Charles N.	32 ans	Sans	Célibataire	Hôpital d'état
Cas n° 10	John F.	Mort subite à 29 ans	Sans	Célibataire	Hôpital d'état
Cas n° 11	Eloïse C.	39 ans	Sans	Célibataire	Hôpital d'état

Le travail de Bender, publié en 1974, semble être l'une des premières études américaines sur l'évolution des enfants psychotiques. Il a évalué le devenir de 100 enfants diagnostiqués « schizophrènes » au centre « Bellevue » entre 1935 et 1952, et revus en 1973 : Deux tiers de ces enfants étaient internés de façon définitive, 7 étaient décédés.

Les auteurs français, comme P. Geissmann (1993) ou de G. Bourcier (1994), citent souvent ce travail comme exemple de prise en charge avant la Seconde Guerre Mondiale où les enfants psychotiques étaient le plus souvent considérés comme des arriérés profonds et voués à la démence et aux institutions spécialisées.
Deux autres études longitudinales, figurant parmi les premières de ce type et citées par Aussilloux (1993), sont consacrées aux sujets chez lesquels le diagnostic d'autisme et de psychose précoce, a été porté dans l'enfance et qui sont retrouvés à l'âge adulte. Elles

montrent déjà la grande diversité des évolutions de ces enfants. Il s'agit de celle de Rutter (1967) qui précise que chaque symptôme pris individuellement n'est pas significatif mais c'est le score total des symptômes qui serait un bon prédicteur discriminant les bonnes et les mauvaises évolutions, et celle de Creak et coll. (1963) qui évaluent le devenir de 100 cas de leur institution sur 10 ans et retrouvent les mêmes indicateurs que les études ci-dessus.

C'est depuis le travail de L. Eisenberg (1956) que la non-apparition du langage **avant l'âge de 5 ans** est reconnue comme un facteur péjoratif.

Bettelheim (1967) explique qu'Eisenberg était un proche collaborateur de Kanner, et qu'il a eu accès aux toutes premières études d'enfants autistiques et a pu faire ses évaluations avec le plus grand recul.
Eisenberg donne les chiffres suivants : Les résultats à long terme ont été classés en trois catégories : « mauvais » « moyen » ou « bon ».

- Par résultat « mauvais », il entend un malade qui n'est pas vraiment sorti de son autisme, dont l'activité présente est très mal adaptée, et caractérisé par une débilité mentale apparente et/ou un comportement très perturbé, que le malade soit chez lui ou en institution.

- Par « moyen », il entend un malade qui est capable d'aller en classe, dans une école publique ou privée normale et d'un niveau compatible avec son âge et qui a un certain contact chargé de sens avec les gens mais qui manifeste des traits de personnalité schizoïdes, ces derniers étant suffisants pour le faire remarquer comme anormal et pour gêner son activité.

- Par « bon », il entend un malade qui se débrouille bien sur les plans académique, social et communautaire, et qui est accepté par les autres, même si sa personnalité reste plutôt bizarre.

Sur un total de 63 enfants, l'adaptation est bonne seulement pour 3 d'entre eux, moyenne pour 14 et mauvaise pour 46. Ainsi, un peu moins d'un tiers ont une activité d'un niveau social moyen ou bon.

Bettelheim (1967) compare ses propres résultats à ceux d'Eisenberg en utilisant les mêmes critères. Il présente 40 enfants à la fin d'un traitement qu'il qualifie de « très intense et prolongé ».

R. Humery (1967), dans son avant-propos de « La Forteresse Vide » de Bettelheim, résume les grands principes de l'école orthogénique de Chicago : le principe essentiel est de donner à l'enfant un environnement favorable 24 heures sur 24. L'école s'occupe de l'enfant sur deux plans : le plan affectif et le plan intellectuel. Ces deux plans sont d'ailleurs indissociables car les enseignants reçoivent une formation très semblable à celle des soignants. Ce travail des uns et des autres est difficile et très pénible.

« Ils ont 3 atouts pour les aider : leur empathie envers l'enfant psychotique, l'analyse personnelle et Bettelheim ». Ils se réunissent deux fois une heure et demi par jour : en fin de matinée et le soir.

Les enfants sont admis en moyenne entre l'âge de 6 et 10 ans. Ils restent au minimum 3 ans. Ils ne partent en permission ou ne reçoivent de visites que si l'Ecole le juge utile. Les parents ne peuvent parler qu'à Bettelheim et à aucun moment au personnel.

L'Ecole vise à s'adapter à chaque enfant. Il n'y a aucune règle disciplinaire. Le personnel doit respecter tout ce que fait l'enfant. Par exemple, on pouvait remplacer jusqu'à trente vitres par jour !

Selon la classification d'Eisenberg, le résultat final de l'Ecole orthogénique est :

- mauvais : 8 sur 40 (dont 6 sans langage)
- moyen : 15 sur 40
- bon : 17 sur 40

Bettelheim compare en pourcentages ces deux études :

Tableau n 2 :

Résultats	Bettelheim	Eisenberg
Mauvais	21 %	73 %
Moyen	37 %	22 %
Bon	42 %	5 %

Il conclut que la différence entre ces résultats justifie que nous donnions à l'enfant autistique « une chance de guérir » (même s'il reconnaît que cette chance reste encore limitée) grâce à un traitement intensif et en institution, et admet « avec regret » que le

pronostic soit en rapport étroit avec la disposition que manifeste l'enfant à parler comme l'avait souligné Eisenberg (1956).

Eisenberg et Kanner (1956), dans une autre étude ont comparé un groupe de 35 enfants parlant à l'âge de 5 ans avec un autre de 31 enfants sans langage (mutique total, langage que dans l'écholalie, quelques mots dont le sens n'est compris que par les intimes) et ont confirmé ce facteur pronostique.

On sait que l'école orthogénique a été très sévèrement critiquée en raison de son fonctionnement, qui, malgré le dévouement des soignants, a été jugé quelquefois « sectaire » car trop fermée sur l'extérieur et dépendant trop de son « gourou » : Bettelheim.
C'est la mise à distance totale des parents qui a été la plus critiquée.
Cependant, malgré toutes ces réserves, on ne peut qu'être admiratif des bons résultats de l'école. Par exemple, en 1967, parmi leurs 17 patients considérés comme « pratiquement guéris » (malgré quelques « bizarreries » de personnalité), les 9 plus âgés travaillaient tous, les autres sont à l'université ou au lycée. Deux étaient mariés, l'un était père de famille.

Il aurait été intéressant de savoir, comme l'a fait Kanner, ce que sont devenus tous ces patients trente ou quarante ans après. A notre connaissance, un tel travail n'a pas été fait ou en tout cas pas publié.

L'étude de Lotter (1974) est l'une des premières, au niveau épidémiologique, à se situer au niveau d'une région (quelles que soient les institutions qui aient pris en charge les enfants). Il a ainsi étudié le devenir de 32 sujets autistiques du Middlesex : 14 % de ces patients sont considérés comme ayant une bonne évolution, avec une vie sociale normale ou proche de la normale. Un sujet a un emploi professionnel normal.
Comme on pouvait le penser, ce sont les personnes qui ont pu aller le plus loin dans leur scolarité qui ont la meilleure évolution en terme d'autonomie.
Il constate un moins bon devenir pour le sexe féminin.
Les parents de ces enfants n'ont pas de caractéristiques sociales particulières par rapport à la population générale.

- Les études anglo-saxonnes plus récentes :

En 1998, Nordin et Gillberg ont fait la synthèse de toutes les études sur le devenir à long terme des troubles autistiques jusqu'en 1996.
Ce n'est pas, à proprement parler, une étude anglo-saxonne puisque les auteurs sont suédois de Göteborg mais l'étude a été faite sur les articles anglophones. Pour ces auteurs une étude « idéale » sur le devenir doit être prospective, longitudinale et sur une population géographique.
Dans les années 70, ils estiment que seule une poignée de recherches donnent des renseignements suffisamment complets pour pouvoir en tirer des conclusions, par ailleurs seule l'étude de Lotter (citée ci-dessus) est sur une population régionale. Dans les années 80, ils ne relèvent qu'une recherche avec tous les critères idéaux, celle de Gillberg (1987) en Suède. Et dans le début des années 90 une seule autre étude, elle aussi suédoise, de Von Knorring (1993). Ils expliquent que la population suédoise ne bouge pas beaucoup, les centres spécialisés sont relativement peu nombreux et qu'ainsi des suivis sur 20, 30 ans sont possibles.

La synthèse de toutes ces études montre un mauvais, voire très mauvais devenir en terme d'adaptation sociale pour **60 à 75%** de ces patients devenus adolescents et jeunes adultes. Un bon devenir en terme de vie sociale relativement normale avec un fonctionnement acceptable au travail ou à l'école (malgré certaines bizarreries comportementales) n'est retrouvé que dans **5 à 15 %** des cas. **40 à 55%** des sujets sont placés en institution.

Ils reprennent ensuite les facteurs pronostiques en fonction du niveau cognitif général, de la communication et des déficits neuropsychologiques.
- le contexte cognitif général : Le meilleur facteur pronostique semble être le niveau du QI au moment du diagnostic de l'autisme car celui-ci semble rester relativement stable avec les années. Ainsi les enfants qui ont un **QI inférieur à 50 avant l'âge de 5, 6 ans**, sont ceux qui auront le plus mauvais pronostic. Par contre si le niveau intellectuel est meilleur, il est alors plus difficile de faire un pronostic c'est-à-dire que certains de ces enfants évolueront bien mieux mais d'autres pas. En particulier les auteurs s'intéressent beaucoup aux autistes « à haut niveau intellectuel » qui ont un bien meilleur pronostic que ceux qui sont déficients mais présentent des difficultés d'adaptation infiniment plus importantes que des enfants appariés de même niveau intellectuel mais sans autisme.

- La communication : Toutes les études ont montré qu'une **absence de langage verbal à l'âge de 5, 6 ans** est un facteur de très mauvais pronostic, sachant que le faible niveau intellectuel et l'absence de langage sont souvent liés.
Les auteurs précisent que si cela est vrai pour l'ensemble, au niveau individuel cela n'est pas toujours vrai et cite un cas clinique d'un enfant qui n'a parlé qu'à 10 ans en parallèle d'une nette amélioration de son comportement social.

- Les déficits neuropsychologiques :
Ce sont les recherches les plus récentes et les plus prometteuses.
Les mesures de la flexibilité et des capacités cognitives au changement apparaissent de bons prédicteurs de l'évolution sociale.
De même les tests mesurant les capacités d'exécution et la théorie de l'esprit seraient des mesures assez stables avec le temps, donc prédictives.

Enfin Nordin et Gillberg terminent leur article sur la « guérison » et l'impact des interventions thérapeutiques.
Sur **200** enfants autistes vus dans leur département de pédopsychiatrie de Göteborg sur une période de 20 ans à peine **12** cas, ayant tous les critères de l'autisme avant l'âge de 5 ans, apparaissent 10 ans après, « juste un peu étranges » avec des bizarreries langagières, sont insérés dans la société, ont réussi à avoir un ou plusieurs amis; Et ils se demandent si on peut vraiment parler de « guérison » à propos de l'autisme.

Leur synthèse indique que beaucoup de programmes thérapeutiques ont montré des effets positifs mais **aucun n'a montré une efficacité nettement supérieure à un autre**, aucun n'a changé fondamentalement le destin de ces enfants.
Les programmes thérapeutiques qui apparaissent les meilleurs sont ceux qui sont basés sur une bonne connaissance de l'autisme, ont des objectifs **« réalistes »** et des buts **à long terme**. Et où le traitement est **individualisé** et comprend un soutien et une **coopération des parents**.

Pour terminer ce chapitre anglo-saxon, nous voudrions citer les articles les plus récents sur le sujet. Dans notre recherche bibliographique en particulier sur le logiciel

« Medline », nous n'avons pas trouvé de nouvelles grandes recherches sur l'évolution à long terme de l'autisme.
Les études récentes se centrent plutôt sur l'évolution à court et moyen terme de tel ou tel type particulier de troubles envahissants du développement et comparent les trajectoires de chaque sous catégorie.
Des protocoles étudient l'efficacité de telle ou telle méthode thérapeutique. Ce sont les protocoles médicamenteux qui sont les plus nombreux, tel celui de Malone et coll. (2001) qui étudient l'efficacité de l'Olanzapine versus Haldol chez 12 enfants autistes. Ces dernières études essayent de trouver parmi les nouveaux neuroleptiques ceux qui ont le moins d'effets secondaires et la meilleure efficacité thérapeutique. Mais ce sont des essais très courts dans le temps, en moyenne 6 semaines qui ne nous intéressent pas dans le cadre de cette recherche.

On sent un visible intérêt des chercheurs anglo-saxons pour le syndrome d'Asperger. Par exemple Szatmari et coll. (2000) ont comparé le devenir scolaire de 46 autistes à 20 syndromes d'Asperger, âgés de 4 à 6 ans, traités dans 6 centres différents du sud de l'Ontario. Comme on pouvait s'y attendre, les enfants d'intelligence normale de ce syndrome, ont de bien meilleurs résultats en terme de compétences et de socialisation par rapport aux autistes. Cependant les autistes, qui entre-temps ont acquis un langage, se rapprochent des syndromes d'Asperger au niveau des compétences.

Mouridsen et coll. (1998) à Copenhague au Danemark ont comparé 13 enfants présentant un « trouble désintégratif du comportement » (c'est-à-dire avec un développement normal jusqu'à l'âge de deux ans puis une régression comportementale avec de nombreux signes autistiques); Cette sous entité clinique n'existait pas dans la CIM 9 ni dans le DSM III et les auteurs s'interrogeaient sur la pertinence d'avoir ajouté cette sous catégorie aux nouvelles classifications. Ils comparent l'évolution de 13 cas de psychoses désintégratives à 39 cas d'autismes plus typiques. Le suivi s'est fait sur en moyenne 22 ans. Ces enfants aux troubles « désintégratifs » évoluent moins bien en terme de nombre d'hospitalisations, d'épilepsie associée, de dépendance à une institution, de niveau intellectuel et de compétences sociales et adaptatives. Ils concluent donc à la pertinence de séparer ces deux entités.
En ce qui concerne les études sur l'efficacité des prises en charge dans l'autisme et les autres troubles envahissants du développement (en dehors des études médicamenteuses),

elles sont souvent à court/moyen terme (1, 2, 3 ans), sur un relativement faible nombre de patients (souvent moins d'une vingtaine) et impliquent quasi exclusivement des protocoles de thérapie comportementale.
Le propos de notre thèse n'est pas d'évaluer l'efficacité des traitements de l'hôpital de jour (nous n'avons pas de population témoin non traitée ou suivie dans un protocole ambulatoire).
Cependant il nous semble intéressant de survoler les types de recherches actuellement réalisées auprès de ces enfants.
Elles sont trop nombreuses pour pouvoir les détailler toutes mais nous allons en décrire deux à titre d'exemple et en citer quelques autres, pour illustrer la démarche scientifique de ces recherches récentes.

Dans leur article, Eikeseth et coll.(2002) ont dans un premier temps fait une courte revue de la littérature concernant l'efficacité de certains traitements comportementaux dans l'autisme, en particulier du « UCLA-model – modèle de l'Université de Californie de Los Angeles», nous y reviendrons. Ils citent au moins une quinzaine de recherches qui ont montré des « gains significatifs », grâce à ce type de traitement, aux tests cognitifs, de langage, d'adaptation et en termes de compétences scolaires. Ils suggèrent une prise en charge précoce, avant 4 ans de ces enfants autistes, bien qu'ils reconnaissent que peu d'études aient réussi à prouver que : « plus on prend en charge tôt les enfants et plus efficaces seront les traitements », même s'ils estiment qu'il est logique de le penser. Ils remarquent aussi que si peu d'enfants sont pris en charge avant 4 ans, cela est dû au fait que d'abord les diagnostics ne sont souvent pas faits avant cet âge et ensuite que les parents rapportent que les « professionnels » les découragent d'envoyer leur enfant si jeune dans des programmes comportementaux aussi intensifs ; et enfin parce que dans un certain nombre de cas, les prises en charge sont retardées en raison des listes d'attente des services.

Pour voir si l'efficacité de ce type de traitements est quand même importante après l'âge de 4 ans, ils ont comparé les performances de 13 garçons autistes âgés de 4 à 7 ans qui ont bénéficié d'un traitement comportemental selon ce « modèle de l'université de Californie à Los Angeles », à un groupe apparié de 12 autres qui ont bénéficié d'un traitement «éclectique ». Seuls ont été inclus des enfants dont le QI était supérieur à 50 car selon leur

revue de la littérature, ces thérapies comportementales ont montré peu d'efficacité pour les enfants aux QI plus bas.
Les diagnostics d'autisme ont été faits à partir de « Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) ».
Pour les deux groupes les programmes comprenaient 29 heures de traitement par semaine, en classe, dans les écoles (en Maternelle ou en Ecole Primaire) de 2 comtés de Norvège.
Ce pays semble mettre beaucoup de moyens dans son Système Scolaire puisqu'il est précisé que les enfants habituels des « Kindergarten » sont 18 par classe avec une enseignante et deux aides pédagogiques. En Primaire, les enfants sont au maximum 28 par classe avec 2 ou 3 enseignants différents, la classe se fait tous les matins, les après-midi étant consacrés à des activités collectives mais situées dans l'enceinte de l'école.
Quand un enfant autiste de cette recherche a été intégré dans une école (aucun n'était dans la même classe), il a bénéficié d'un « éducateur spécialisé/enseignant » et d'une ou plusieurs « aides » qui restent constamment à côté de l'enfant. L'éducateur spécialisé travaille avec l'enfant en individuel, dans une pièce séparée, au moins 4 à 6 heures par jour.
13 enfants ont bénéficié du traitement comportemental basé sur un manuel (behavior analytic treatment from UCLA-model), traitement dont cette équipe norvégienne semble familiarisée.

La thérapie commence par des tâches assez faciles comme répondre à des demandes simples de l'adulte. Au fur et à mesure les tâches se complexifient comme répéter des comportements verbaux et non verbaux de l'adulte, étiqueter des objets, identifier des actions. Puis on apprend à l'enfant à répondre à des questions, à converser et il est encouragé à utiliser ces nouvelles compétences avec ses pairs. Le programme se centre sur des jeux qui se complexifient au fur et à mesure et sur l'apprentissage de compétences sociales. Ce traitement se centre ainsi sur le « modelage » (modeling), l'imitation de l'enfant à son enseignant, l'apprentissage d'enchaînements comportementaux et des situations où il faut les utiliser.
Comme aucun de ces éducateurs et des aides n'avait de connaissances de cette méthode comportementale avant la recherche, ils ont bénéficié pendant l'étude de 10 heures par semaine (!) de supervision avec des thérapeutes expérimentés qui les aidaient au fur et à mesure de l'avancée des protocoles (beaucoup de séances ont été filmées, ce qui

permettait aux superviseurs de pointer des actions « in vivo »). En plus pour chaque enfant, une réunion de synthèse de deux heures était organisée chaque semaine.

L'implication des parents est considérée comme centrale dans ce type de thérapie pour qu'ils deviennent d'« efficaces thérapeutes » de leur enfant. Les 3 premiers mois, ils sont invités à passer, au minimum, 4 heures par semaine avec les enseignants afin de se former eux-mêmes et continuer le traitement ensuite à domicile.

Le traitement « éclectique » consistait en l'association de plusieurs techniques reconnues utiles pour l'enfant autiste telles que des techniques « TEACCH » de Schopler (1980) ou d'autres pratiques comportementales et pédagogiques que cette équipe a l'habitude d'utiliser avec ces enfants. L'équipe multidisciplinaire s'est ajustée au fur et à mesure des besoins de l'enfant. La supervision des éducateurs et des aides de ce groupe n'était que de 2 heures par semaines.

Tous les enfants ont été évalués le premier mois de l'entrée dans le protocole et à un an.

Ont été évaluées :

- les compétences intellectuelles par les échelles de Wechsler (WPPSI-R ou WISC-R),
- les compétences temporo-spatiales par les « Merrill-Palmer Scale of Mental Tests »,
- les compétences langagières par les « Reynell Developmental Language Scales »,
- et les compétences adaptatives par les « Vineland Adaptive Behavior Scales ».

Après un an, les 13 enfants du traitement comportemental intensif ont une amélioration moyenne de 10 à 15 points à toutes les échelles alors que les 12 autres enfants n'ont que quelques points de mieux et même des résultats négatifs pour les tests du langage.

Et les auteurs de conclure à la bien meilleure efficacité du traitement comportemental intensif.

Cette étude amène de nombreuses critiques (dont certaines sont reconnues par les auteurs eux-mêmes). D'abord le faible nombre de patients dans chaque groupe. Ensuite la durée de ce traitement. Une année nous semble personnellement un temps trop court pour pouvoir tirer des conclusions sur l'efficacité d'un traitement pour enfants autistes. Vont-ils pouvoir utiliser ces schémas comportementaux appris en imitation sur le long terme ? Comment vont-ils les adapter aux nouvelles situations ? Que vont-ils en faire quand ils n'auront plus 29 heures par semaine, un professionnel à leur côté ?

Mais le plus gros biais de ce travail nous semble être la différence dans le temps de supervision des professionnels. Quand on sait ce que peut susciter comme angoisse et incrédulité un enfant autiste chez les professionnels qui l'entourent, on peut penser que 10

heures d'échanges par semaine, avec l'aide de films et de spécialistes compétents, ont dû considérablement soutenir les adultes de ce groupe et augmenter leurs compétences professionnelles.

Enfin ce type d'article nous fait nous poser un certain nombre de questions éthiques : Quelle est la société qui peut, à moyen terme, assumer financièrement la prise en charge en individuel 29 h par semaine (sans compter les 10 heures de supervision et les 2 heures de synthèse !!) de tous les enfants autistes de son territoire ? Si on proposait à n'importe quel enfant normal, une pédagogie aussi intensive et individualisée, ne ferait-il pas au moins, voire infiniment plus de progrès ? Quand on connaît le désarroi des parents face aux difficultés de leur enfant autiste, on peut se demander ce qu'ils pensent de ce type de publications, de plus en plus facilement accessibles grâce à l'Internet. On peut penser qu'elles suscitent chez de nombreux parents, un énorme sentiment de frustration de n'avoir pas pu bénéficier de ce type de traitement pour leur enfant. Mais ce genre de protocole est, à notre avis, impossible à tenir en terme de santé publique. Ces auteurs, au lieu de parler de traitement intensif, ne devraient-ils pas plutôt parler de traitements « expérimentaux » qui dans le cadre de recherches, sont les prémices de traitements ou de pédagogies nouvelles que l'on essayera ensuite d'adapter à l'ensemble de la population malade.

Enfin tout parent ne peut pas passer « au moins » 4 heures en classe chaque semaine pour traiter son enfant. Est-ce vraiment éthique de leur demander ensuite d'être des « thérapeutes » de leur enfant presque 24 heures sur 24 ? Quelle vie leur demande-t-on d'avoir ? Qu'en est-il de la fratrie, du couple ? Qui gérera la dépression des parents si l'enfant n'évolue plus ou pas assez vite ? Sachant qu'aucun traitement n'a réussi, à ce jour, à « guérir » de l'autisme…

Nous en étions là de notre réflexion éthique, lorsque nous avons découvert un article de Bibby et coll. (2001), qui regroupe des chercheurs de différents centres de Grande Bretagne. Le titre en est « Progrès et devenir des enfants autistes qui ont reçu des interventions intensives managées par les parents » (Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions). Nous pensions qu'il s'agissait d'une prise en charge institutionnelle intensive où le travail de guidance avec les parents était lui aussi intensif.

En fait, il ne s'agit pas de cela mais de prise en charge organisée par les parents seuls.

Les auteurs expliquent le contexte dans lequel est arrivée cette situation :

En 1987, Lovaas publie les résultats de 19 enfants autistes qui ont reçu un « traitement comportemental précoce et intensif selon le modèle de L'UCLA »= UCLA-model early intensive behavioral treatment. (O.I. Lovaas, Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic Children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987, 55, 3-9)

Les 19 enfants avaient commencé ce traitement avant l'âge de 46 mois, traitement qui consiste en une prise en charge individuelle (one to one) 40 heures par semaine, pendant 2 ans et plus.

Le devenir de ces enfants à l'âge de 6 et 7 ans a montré qu'ils ont tous augmenté leur QI de 20 points arrivant à une moyenne de 83 et 9 de ces enfants ont atteint le « meilleur devenir possible» (best outcome) défini comme un QI normal, supérieur à 85 et une situation scolaire normale, sans aide d'aucune sorte.

Les résultats des 2 groupes témoins étaient nettement moins bons. Ils consistaient d'abord en un groupe ayant bénéficié du même protocole mais seulement 10 heures par semaine ; ceux-là n'ont un QI moyen que de 52 et un groupe n'ayant pas reçu de traitement comportemental, le QI moyen était de 58.

En 1993, ces enfants sont réévalués à l'âge moyen de 13 ans et 8 enfants des 9 « best outcome » avaient conservé leurs acquis et continuaient dans le circuit scolaire normal.

Ensuite selon ces mêmes auteurs, plus de 10 publications du « UCLA-model of treatment » ont montré, à nouveau, d'excellents résultats.

Ces publications scientifiques et les témoignages des parents de ces enfants ont incité d'autres parents du Monde Entier à venir consulter et demander ce même type de traitement dépassant largement les capacités des quelques services qui avaient mis en place ce type de protocole comportemental.

Les Associations de Parents ont demandé alors à avoir connaissance de la méthode pour pouvoir la mettre en place par eux-mêmes. Ces associations ont crée un site Internet et ont recruté des Consultants pour superviser leur démarche et mettre en place un programme de formation de thérapeutes à domicile.

Si une famille veut mettre en place ce système, elle embauche alors 3 à 5 « thérapeutes » potentiels par petites annonces dans les universités, les journaux et les agences de l'emploi et les forment par l'intermédiaire des Associations. Dans un certain nombre de cas, les « thérapeutes » sont des membres de la famille et/ou des bénévoles. Le

programme de formation consiste en des ateliers organisés par les Consultants, afin d'être capable de fournir 2 à 6 heures par jour de soins individuels à l'enfant autiste à domicile.
Les Consultants suivent en général le manuel de traitement de l'UCLA, appelé aussi « the **ME-book** » (O.I. Lovaas, A. Ackerman, D.Alexander, P. Firestone, M. Perkins and D.B. Young Teaching developmentally disabled children : the ME book, Pro-ED, Austin, TX 1981).

A la connaissance des auteurs, le programme de L'UCLA managé par les parents a commencé en Angleterre en 1994. En 1998, 250 enfants étaient sous ce programme individualisé et 650 en l'an 2000. De par le monde, plusieurs milliers d'enfants et leur famille seraient concernés.

Le but de la recherche de Bibby et coll., était de voir si le modèle de l'UCLA est aussi efficace quand il est entrepris par les parents à domicile qu'il ne l'est dans les services de soins.
Initialement ils avaient réussi à impliquer 75 familles dans la recherche. Mais des parents n'ont pas voulu continuer l'étude ou ont arrêté le programme. D'autres ont été exclus comme une petite fille qui a finalement été diagnostiquée syndrome de Rett ou d'autres qui ont présenté des manifestations épileptiques.
Finalement l'évaluation a pu se faire auprès de 66 enfants. L'étude était à la fois prospective et rétrospective puisque beaucoup d'enfants avaient commencé le traitement avant l'évaluation. Des questionnaires sur le mode et la durée de la prise en charge ont été proposés aux parents. L'étude a duré une année pour les 66 enfants mais pour 22 d'entre eux, il a été tenu compte du fait que le traitement avait commencé 2 années auparavant soit 31 mois de traitement en tout. Tous les autres avaient commencé depuis 6 mois leur thérapie, soit 2O mois de prise en charge en tout.

Les instruments utilisés sont les mêmes que dans l'étude de Lovaas et sont des outils que l'on retrouve souvent dans ce genre d'évaluation :WPPSI-R et WISC-III, échelle de Vineland, ADI mais dans ce travail, une autre échelle de langage : the Reynell Developmental Language Scales et un score de gravité globale crée par Lovaas : the Sum Pathology Score.

Les résultats sont loin d'être aussi bons que dans le travail princeps de Lovaas et dans les recherches des centres pédopsychiatriques :

Les 22 enfants qui ont pu être évalués après 31 mois d'intervention, ont des scores moyens de QI qui n'ont pas changé (ces enfants ont progressé mais pas suffisamment pour combler le retard et les chiffres restent les mêmes. En fait, 5 ont augmenté leur QI de 10 points mais comme d'autres en ont perdu, la moyenne reste la même). Les résultats sont meilleurs pour l'échelle de Vineland, 21 enfants ont augmenté de 9 points leur score d'adaptation sociale sur cette même période.

Aucun des enfants qui a commencé le traitement après l'âge de 72 mois, n'a de fonctionnement « normal » c'est-à-dire que la scolarité n'a pas pu être maintenue dans le circuit scolaire normal et leur QI est inférieur à 85.

Pour l'ensemble des 60 enfants évalués sur 12 mois et après 20 mois de traitement, les scores moyens restent aussi sensiblement les mêmes pour toutes les échelles sauf celle de Vineland. Ce résultat « moyen » s'explique de la même façon par le fait que 22% des enfants diminuent leur retard mais 11% l'aggravent. Pour les résultats meilleurs à la Vineland, tous les parents trouvent leur enfant « beaucoup moins autiste » mais sont-ils vraiment objectifs quand ils ont mis autant d'énergie et de moyens à soigner leur enfant ?

Pour les auteurs, ces moins bons résultats ont plusieurs explications : La première est que 16% des enfants ont un QI inférieur à 37% alors que dans l'étude de Lovaas tous avaient un QI supérieur à 50%. La deuxième raison tient à l'âge de début du traitement, beaucoup d'enfants ayant commencé alors qu'ils avaient plus de 72 mois. La troisième raison est la durée des prises en charge individuelles qui est en moyenne de 30 heures par semaine (les familles n'ayant pas pu assumer 40 heures par semaine, d'autant que toutes sauf une, assurent ce suivi sur leurs fonds personnels). Enfin, sans pouvoir le vérifier les auteurs s'interrogent sur la formation et la compétence des « thérapeutes » qu'ils supposent être moins bien formés que les professionnels qualifiés des services de pédopsychiatrie, d'autant qu'un certain nombre n'ont pas « l'autorisation officielle » d'utiliser les programmes de l'UCLA (autorisation que nous supposons liée à un financement).

Cette thérapeutique à domicile que nous ne connaissions pas, nous a rappelé d'autres méthodes d'« hyperstimulation » d'enfants handicapés comme si l'insupportable que représente le fait d'avoir un enfant malade, amenait les parents à des attitudes désespérées et extrémistes, sans aucune garantie de résultats. Nous sommes tristes de constater que des

professionnels de la psychiatrie et de la psychologie, attisent ces attitudes au lieu de les modérer par leur façon de présenter les travaux et les publications de leurs recherches...

Dans un esprit assez différent, l'équipe de Gabriels et coll. (2001) a étudié le parcours de 17 enfants autistes pendant 3 années. C'est un travail à la fois rétrospectif et prospectif car ces enfants n'ont pas été soignés dans ce centre mais seulement évalués. Ils ont choisi de sélectionner une population où l'âge moyen du diagnostic a été fait assez jeune, vers 2 ans et demi. Le but de la recherche était de voir quels étaient les facteurs prédictifs des bonnes et mauvaises évolutions.

Cette étude s'est déroulée au Colorado où il n'existe pas de programme intensif (défini comme plus de 20 heures de traitement par semaine) pour jeunes enfants. Ceux-ci ont été pris en charge par les écoles maternelles, ont bénéficié de rééducation orthophonique, de thérapie « occupationnelle », beaucoup ont bénéficié de prises en charge éducatives individuelles à domicile. Si certains enfants ont bénéficié de plus de 20 heures de soins et d'activités par semaine, c'est que les parents les ont organisés et payés.

Il s'agit donc de prises en charge assez différentes et hétéroclites pour chaque enfant et les auteurs ont juste comparé l'« intensité » des traitements en comptant la moyenne du nombre d'heures de prise en charge par semaine sur les 3 années, et regardé si ces soins étaient individuels et en groupe.

Le seul facteur vraiment prédictif de ce que deviennent les enfants au bout de 3 ans (en termes d'intensité des symptômes et des compétences intellectuelles, cognitives, langagières et relationnelles) est le niveau du QI au début de l'évaluation.

Par contre le niveau de langage initial dans cette étude n'est pas prédictif. Les auteurs pensent (à notre avis avec raison) que les enfants étant évalués assez jeunes, beaucoup n'ont pas encore développé le langage qui apparaîtra pour certains dans les 2 années suivantes.

En ce qui concerne le traitement, leurs 2 critères intensité du traitement et prise en charge en groupe ou individuelle ne sont pas des facteurs signifiants du pronostic sur 3 ans. Ils notent que certains enfants se sont nettement améliorés avec un temps de prise en charge très faible. Mais ils reconnaissent ne pas avoir évalué la « qualité » des interventions.

Un dernier point intéressant de cette étude se trouve du côté de l'évaluation des parents. Le niveau de stress « global » et les stratégies d'adaptation (coping) ne sont pas significatifs.

Par contre, ils retrouvent un plus mauvais pronostic des enfants dans les familles qui ont les pressions financières les plus importantes pour faire face aux soins de l'enfant et en parallèle qui font le plus appel aux services sociaux. Les auteurs interprètent ce fait comme une moindre disponibilité des parents aux besoins de l'enfant malade du fait de leurs préoccupations financières et des nombreuses démarches sociales à faire pour obtenir des fonds.

Salt et coll. (2002) de Glasgow, Ecosse, présentent leur travail comme l'une des premières études sur le traitement de l'autisme avec un groupe témoin. En fait de groupe témoin, il s'agit des 5 enfants de leur liste d'attente qui n'ont pas été choisis sur les critères habituels de randomisation. Ils ont été comparés à 12 enfants (moyenne d'âge 3 ans et demi) qui ont reçu un programme d'intervention précoce de type « développemental ». Ce traitement consiste en une thérapie relationnelle de l'enfant dans laquelle les parents sont associés et cela à raison de 4 heures par semaine. Tous les enfants étaient par ailleurs pris en charge en crèche, 28 à 38 heures par semaine, les témoins y passant 4 heures de plus (temps passé pour les autres en thérapie).
10 mois plus tard, les résultats sont significativement meilleurs pour le groupe ayant reçu l'intervention précoce pour tous les symptômes mesurés tels que l'attention conjointe, l'interaction sociale, l'imitation, les compétences dans la vie quotidienne et les compétences psychomotrices. Et ceci alors que les 6 enfants du groupe contrôle avaient en « moyenne » des QI significativement plus élevés.
Le très faible nombre de patients, le très court temps entre les deux évaluations sont les grandes faiblesses de ce travail qui a quand même un certain intérêt, d'autant que le devenir est aussi lié à un autre facteur : L'indice de stress des parents qui est nettement diminué dans le groupe traité et augmenté dans le groupe témoin (mais « être sur une liste d'attente » pendant des mois alors que son enfant va mal, doit être un facteur de stress en soi!). Cette étude montre cependant l'intérêt de travailler avec les parents surtout pour des enfants aussi jeunes.

3) Les études françaises :

La « Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent » s'est régulièrement intéressée au devenir des enfants psychotiques et y a consacré plusieurs de ses journées, dont celle de mai 1992 à Bordeaux sur « l'adolescence de l'enfant psychotique » dont les travaux

ont été publiés dans les n° 1, 2 et 7 de 1993 de la revue « neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence ».
En novembre 1994, la Société consacrait une autre journée à « l'évolution à l'adolescence et à l'âge adulte des pathologies graves de l'enfance », publiée dans cette même revue en décembre 1995.

Il est à noter que toutes ces études concernent des enfants qui ont été ou sont encore en soins puisqu'elles émanent des services de pédopsychiatrie qui les ont pris en charge.

Rivière et coll.(1980), ont recruté à partir des « files actives » des enfants hospitalisés dans le service de psychiatrie infantile de l'hôpital de la Salpetrière à Paris, 159 enfants atteints de psychose infantile mais n'ont réussi à localiser que 25 % de cet échantillon initial pour l'évaluation à l'âge adulte.
Leur étude a porté plus en détails sur 21 sujets, âgés de 7 ans lors de leur hospitalisation initiale pour psychose infantile précoce (définie par la survenue des premiers troubles avant l'âge de 5 ans), et revus après un recul moyen de 17 ans. Deux sujets seulement sur 21 (soit 9,5 %), sont bien adaptés et ne vivent pas dans un milieu protégé, et tous reçoivent à l'âge adulte un diagnostic d'oligophrénie ou de schizophrénie. Aucun ne vit maritalement, n'a d'enfant ou n'est en activité professionnelle.
Les auteurs confirment le rôle pronostique du quotient intellectuel et de l'apparition du langage avant l'âge de 5 ans, sans toutefois fournir de données quantitatives à ce sujet. Finalement, ils apportent des arguments sur le profil évolutif des sujets étudiés qui justifient à leurs yeux la nécessité de distinguer, au sein des psychoses infantiles précoces, celles très précoces (débutant avant 3 ans) et celles plus tardives (débutant entre 3 et 5 ans). Ce critère d'âge de début des troubles (avant ou après 3 ans) est retrouvé dans les nosographies actuelles (DSM-IV, CIM-10 et Nouvelle Classification Française).

L'étude de Manzano et coll. (1987) a porté sur un échantillon de 135 sujets ayant consulté dans un service public de Genève dont 100 (soit 74 %) ont été re-étudiés à l'âge adulte. Tous avaient reçu le diagnostic de psychose infantile dans l'enfance. Ils étaient en moyenne âgés de 6/8 ans au début, et le délai d'observation moyen est de 20,4 ans. A l'âge adulte :
- 53 % des sujets ont un diagnostic de trouble de la personnalité sans déficit intellectuel,
- 23 % un diagnostic de trouble de la personnalité avec déficit intellectuel,
- 16 % sont des psychoses résiduelles déficitaires et

- 8 % des psychoses schizophréniques.

Un quart de l'effectif a un niveau intellectuel correspondant à l'arriération (QI inférieur à 50), tandis que 27 % ont fait au moins un séjour dans un hôpital psychiatrique.
Les indicateurs d'adaptation sociale montrent que 47 % sont en activité, 8 % ont des enfants, 38 % ont leur propre logement, 65 % reçoivent une assistance médicale ou sociale, 24 % vivent dans des institutions spécialisées.
Ces auteurs ont essayé de définir un « degré d'autonomie » ou de « compétence » qui résume les informations précédentes. Ils trouvent alors que 23 % des sujets de leur échantillon ont un degré d'autonomie total, tandis que 52 % ont un degré d'autonomie faible ou nul. Ce dernier groupe est principalement défini par une dépendance familiale, institutionnelle ou administrative marquée.
Comme les auteurs précédents, Manzano et coll. (1987) ont essayé d'identifier des signes à valeur pronostique. Le facteur ayant l'influence la plus grande est là encore le quotient intellectuel au moment du premier examen, de même que la précocité et la gravité des premiers symptômes.
En ce qui concerne l'effet des traitements, ils n'observent pas de lien entre l'évolution et les traitements psychothérapiques, alors qu'une association significative est trouvée entre les évolutions favorables et les traitements logopédiques (orthophoniques).
Bien qu'ils ne retrouvent pas le rôle prédictif de l'apparition du langage avant 5 ans (mais leurs données sont très vagues sur ce sujet), leur résultat sur l'effet pronostique de traitements orthophoniques dans l'enfance tend en fait à confirmer l'association trouvée dans les autres études entre le niveau de développement du langage et l'évolution.

L'étude de Fombonne et coll.(1989, 1995). a consisté à suivre à l'âge adulte, par voie de questionnaire et/ou d'entretiens directs avec les sujets ou avec leurs proches, l'ensemble des enfants hospitalisés (N = 227) depuis les années 1960 dans l'hôpital de jour de la Fondation Rothschild (Paris, 13^{e}) et âgés d'au moins 20 ans en 1986.

Un total de 99 sujets (âge médian = 27 ans) a pu être suivi (44,2 %) avec un intervalle moyen de 16 ans et 8 mois pour le suivi. L'étude a permis de comparer 55 enfants considérés comme psychotiques dans l'enfance avec un groupe contrôle de 44 enfants ayant reçu un autre diagnostic.

Sur tous les indicateurs retenus pour évaluer le niveau personnel de fonctionnement et d'adaptation sociale (diplômes obtenus, pourcentage de mariés, d'activité professionnelle, de logement personnel, pourcentage ayant accompli les obligations militaires pour les hommes, etc.), les ex-enfants psychotiques ont évolué moins bien, les différences étant le plus souvent statistiquement significatives.
En outre, le niveau de dépendance par rapport aux services médicaux, spécialisés ou non, est deux à trois fois plus élevé dans le groupe d'enfants psychotiques par rapport au groupe de comparaison, évalué par la proportion de sujets ayant été hospitalisés en milieu psychiatrique, la proportion de sujets actuellement suivis en consultation ou encore la proportion de sujets prenant actuellement des médicaments.

Pour le groupe d'anciens enfants psychotiques, ils ont recherché quelles variables étaient prédictives d'une bonne ou mauvaise évolution à l'âge adulte, mesurée sur un index composite prenant en considération l'autonomie du sujet, son statut psychiatrique, ses relations personnelles et son niveau d'insertion sociale.
Une moins bonne adaptation à l'âge adulte est prédite par : une faible efficience intellectuelle au moment de l'entrée, un âge d'entrée plus précoce à l'hôpital de jour, une durée de séjour plus longue, et une orientation à la sortie de l'hôpital de jour vers des établissements médico-éducatifs (à l'opposé de classes spécialisées ou non).

L'instauration au cours du séjour à l'hôpital de jour d'un traitement psychothérapique, d'une rééducation orthophonique ou en psychomotricité, n'était pas associée à la qualité de l'évolution, tandis que le recours à une chimiothérapie par les psychotropes était associé à une moins bonne évolution.

Pierre Geissmann, dans son exposé introductif du Congrès National de 1993, essaie d'analyser l'impact de son hôpital de jour de Blanquefort, près de Bordeaux :
« Nous en sommes à présent à l'heure de l'évaluation de nos résultats. A la sortie de l'hôpital de jour, à 12 ans (les enfants sont soignés dans deux hôpitaux de jour : l'un pour enfants de 2 à 8 ans, l'autre pour des enfants de 6 à 12 ans), nous étions déjà très satisfaits de ne plus avoir aucun cas d'arriéré grabataire, ce qu'un certain nombre de ces enfants seraient devenus en l'absence de traitement, comme nous pouvons le savoir avec une quasi-certitude, compte tenu

de l'évolution spontanée de ces états et du fait que nous n'avons opéré aucune sélection à l'entrée, en acceptant les cas les plus déficitaires.
Cependant, cette satisfaction, pour intéressante qu'elle soit, doit être fortement tempérée : en effet, on peut penser que n'importe quelle sorte de prise en charge maternante ou conditionnante serait éventuellement arrivée au même résultat.
Une des statistiques que nous avons réalisées, grâce au travail du Docteur Sanchez, qui était interne dans notre Service, a consisté à revoir tous les enfants qui étaient entrés 2 ans après l'ouverture des hôpitaux de jour. Nous avons ainsi traité 101 dossiers, et retrouvé 97 cas, âgés de 10 à 28 ans. Notre première surprise a été de constater 4 décès : un par affection cardiaque inopinée, 2 par accidents de la circulation, et une a été retrouvée morte dans son lit un malheureux matin. Ces décès se sont produits entre 13 et 17 ans. Je ne vais pas développer cette statistique, sinon pour dire que sur une population de 34 autistes vrais, 13 n'avaient pas d'autonomie mais se trouvaient dans des IMP ou des CAT (un seul est « pensionnaire » d'un CHS), 12 sont tout à fait autonomes, 9 ont une autonomie moyenne. Chez les enfants qui avaient présenté une psychose non autistique ou une dysharmonie psychotique, nous trouvons 75 à 79 % d'enfants « parfaitement autonomes ».

Sans citer « volontairement » de statistiques, il décrit des évolutions vers des organisations obsessionnelles, psychopathiques ou déficitaires et pas d'évolution vers la schizophrénie.

Il fait aussi le point sur l'adolescence de ses patients :
« Une croyance diffuse et en tout cas implicite, était que ces enfants, qui n'avaient pas fait de névrose infantile ni de phase de latence, ne pouvaient pas faire de stade d'adolescence. Chez ceux pour qui le traitement avait permis d'élaborer une névrose infantile et qui semblaient entrer en latence, nous n'avions pas pensé que la crise de l'adolescence les replongerait dans un univers régressif, jusqu'à retrouver un fonctionnement de niveau psychotique.
L'étude de l'évolution de ces enfants nous a donné tort sur ces points.
On notait des adolescences plus ou moins atypiques, du moins chez ceux que nous avions amenés à un stade de maturation suffisant, et cela donnait du corps à nos constatations de l'évolution libidinale des enfants au cours de la cure. Les patients chez lesquels nous avions vu évoluer une psychose de transfert vers une névrose de transfert, et chez lesquels le travail avait pu se poursuivre jusqu'au niveau de l'Œdipe, pouvaient présenter des phénomènes adolescents dont l'atypicité signait cependant le caractère particulier.

Mais il est plus surprenant de constater que les enfants chez qui la cure n'a pas permis de les mener aussi loin sur le plan de leur maturation, faisaient eux aussi des crises adolescentes impressionnantes. On assistait ainsi à des aggravations cliniques parfois dramatiques ; il n'est pas suffisant bien sûr d'incriminer pour cela les moyens précaires mis en œuvre dans les IMP auxquels les enfants avaient été confiés, voire l'absence de perspective psychanalytique. Cela ne ferait que permettre de trouver un mauvais objet extérieur qu'on puisse agresser.
En tout état de cause, cela nous culpabilisait suffisamment pour que nous mettions en route un projet d'hôpital de jour pour adolescents ».
Il s'étonne de la variabilité extraordinaire des signes cliniques rencontrés chez ces adolescents et résume les critères de variabilité de la manière suivante :
« Plus les réactions autistiques ou psychotiques ont été précoces, plus le cas est grave, et plus les réactions à l'adolescence semblent importantes ».
A propos du lien avec les parents, il constate le fait suivant :
Lorsque le traitement des parents a donné lieu chez eux à une amélioration importante de la relation à leur enfant, les résultats sont bien meilleurs, et l'adolescence est mieux supportée.
Enfin en ce qui concerne l'engagement dans le soin de ces enfants avec l'équipe de l'hôpital de jour, il note :
Ceux des enfants qui n'ont pas réussi à nouer des liens satisfaisants avec l'équipe des soignants ont mal évolué. Ici il y a de nombreux cas de figure, le mode de réaction des enfants, leur violence ou leurs tendances psychopathiques entrent en jeu, ainsi que la personnalité ou les problèmes de leurs soignants.

Quant à J.C. Chanseau (1993), il a fait une étude à propos de 50 adolescents ayant été traités dans son hôpital de jour de Libourne, comparés à 10 adolescents ayant été placés précocement dans l'enfance en Institution type IME et n'ayant pas reçu les thérapeutiques spécifiques dispensées dans les hôpitaux de jour.

Il compare les caractéristiques : de la relation, du comportement, psychomotrices, langagières et des grandes fonctions, à l'entrée à l'hôpital de jour et à l'entrée dans l'adolescence.

Il analyse aussi les caractéristiques familiales tant au niveau des conditions de vie : fratrie, couple, séparé ou non, enfant en internat, etc.

Enfin il compare les modalités de soins, bien moindres en IME (les IME ont moitié moins de moyens qu'en psychiatrie) avec en particulier beaucoup moins d'ateliers thérapeutiques et de psychothérapies individuelles d'inspiration analytique :

« Ainsi, en pondérant nos observations par le repérage du déséquilibre quantitatif entre les deux lots de population, nous observons que pour les enfants orientés en IME et présentant tous des processus psychotiques ou autistiques graves, aucun n'a bénéficié de scolarité.
Les mêmes pathologies suivies, et traitées en hôpital de jour ont pu bénéficier d'une scolarité sous des modalités diverses pour 59 % des sujets. Pour ce qui concerne la participation à des ateliers thérapeutiques, 30 % pour ceux qui sont en IME, 84 % pour ceux qui sont en hôpital de jour ».

Il a procédé aussi à l'étude de l'évolution de l'état clinique pendant et à l'issue de la prise en charge : « Aucun des enfants traités en IME, n'est repéré amélioré selon les éléments du dossier examinés en fonction des critères d'appréciation, 60 % d'amélioration selon les mêmes critères pour les enfants suivis en hôpital de jour. La stagnation est de 100 % pour les enfants suivis en IME et de 38 % pour les enfants traités en hôpital de jour ».

Ce travail a aussi le mérite de se pencher sur le vécu des parents :

« L'analyse du vécu des familles quant à l'évolution de leur enfant montre que ce vécu est inchangé dans 80 % des cas pour les familles d'enfants suivis en IME : ce chiffre tombe à 40 % (soit la moitié) pour les enfants traités en hôpital de jour. Le vécu péjoratif et négatif des familles est de 10 % pour les enfants suivis en IME et de 20 % pour les enfants traités en hôpital de jour. Ce chiffre n'a pas manqué de nous arrêter et appelle commentaire.

Il y a apparente contradiction entre l'absence de progrès et la moindre importance du vécu négatif par la famille. Nous pouvons y voir une position passive et résignée dans les modes d'échanges et de perception des mobilisations, comme s'il y avait des situations de deuil figées, avec soumission dépressive à un destin ressenti irréversible. Ces chiffres sont les chiffres bruts d'une enquête pour laquelle peu de matériaux ont été retrouvés dans la littérature pour conduire des études comparatives. Il s'agit d'une voie, parmi d'autres, de recherches utiles à explorer.

Nous avons réservé des items à l'appréciation de la qualité de l'alliance thérapeutique* , entre les institutions d'accueil ou de soins, les enfants et les familles. Cette alliance thérapeutique n'a pu être analysée que très partiellement pour les enfants admis dans les IME par insuffisance de documents exploitables dans les dossiers. Nous avons pu la quantifier avec précision pour les enfants traités en hôpital de jour ».

C'est ainsi qu'il détaille :

Tableau n°3 :

Evolution des familles pendant la prise en charge	**IME**	**Hôpital de jour**
Stabilité :	20	4
Capacité d'accéder à un étayage social		9
Rupture, éclatement	2	10
Perception de l'évolution de l'enfant		
- oscillante		7
- positive		11
- inchangée	8	20
- négative	1	11
qualité de l'alliance thérapeutique*		
- oscillante	3	12
- bonne	1	13
- mauvaise	2	18
- indifférenciée		3

* A noter qu'il ne précise pas ses critères d'évaluation de l'alliance thérapeutique

Pour terminer cette revue française, nous allons nous arrêter un instant sur le travail de Roger Misès et R. Perron (1993) parce qu'ils comparent le devenir des enfants autistes et celui des enfants aux graves troubles du comportement.
Leur population nous apparaît, en termes de diagnostics, assez proche de la nôtre mais probablement pas en termes de gravité. En effet, leur centre possède un internat donc sélectionne de ce fait des enfants particulièrement perturbés qui ont besoin de soins à temps complet et non pas seulement en hôpital de jour.

Avec le soutien logistique de l'INSERM, ils ont donc comparé 2 groupes d'enfants selon les critères de la CFTMEA, l'un de 45 autistes et psychotiques, l'autre de 45 pathologies de la personnalité hors névrose et psychose.
Il s'agit d'enfants longtemps suivis à la Fondation Vallée de Gentilly, en hospitalisation complète ou de jour, présentant donc des troubles particulièrement sévères où des soins en ambulatoire ou à temps partiel s'étaient avérés insuffisants.

Ce travail a l'intérêt de détailler l'évolution de ces enfants à l'adolescence dans de nombreux domaines de la vie quotidienne que nous avons résumée dans le **tableau n°4**.

Dans la perspective de la CFTMEA, ils analysent par ailleurs l'évolution des diagnostics de l'entrée à la sortie :
« Certaines évolutions aboutissent à une pathologie persistante à l'adolescence, mais celle-ci s'exprime sous une forme de gravité moindre.
Ainsi, 3 autismes sur 6 deviennent des pathologies de la personnalité, 12 psychoses déficitaires sur 24 deviennent des déficiences dysharmoniques, tout en progressant sur le plan de l'efficience.
Parmi les 11 dysharmonies psychotiques, 8 deviennent des pathologies limites, 2 parviennent à un mode d'organisation de type névrotique, 1 seul enfant de ce groupe reste dans le cadre initial.

Tableau n°4 :

Situation à l'adolescence	Autismes et psychoses	Pathologies de la personnalité
Langage oral :		
- Pas de langage	12 %	4 %
- Langage pauvre	52 %	20 %-
- Langage quasi normal	36 %	76 %
Troubles psychomoteurs		
- Maladresse	32 %	16 %
- Instabilité	20 %	26 %
Troubles sphinctériens		
- Enurésie diurne	2 %	2 %
- Enurésie nocturne	12 %	8 %
- Encoprésie	4 %	2 %
Autonomie quotidienne		
- Habillage :		
- non	6 %	2 %
- Plus ou moins :	20 %	2 %
- Oui :	74 %	96 %
- Toilette :		
- non :	10 %	2 %
- Plus ou moins :	20 %	2 %
- Oui :	70 %	96 %
- Repas :		
- non :	0	0
- Plus ou moins :	8 %	4 %
- Oui :	92 %	96 %
Autonomie extérieure		
- sort seul à proximité du lieu de vie	56 %	80 %
- déplacement en transport en commun seul	26 %	54 %
- peut faire seul des petits achats	50 %	86 %
Insertion professionnelle		
- milieu normal	13 %	65 %
- milieu protégé	45 %	31 %

Dans l'ensemble, du seul point de vue diagnostique, 26 enfants sur 45 (58 %) sortent à l'adolescence du cadre de l'autisme et des psychoses ; de plus, pour les sujets qui restent dans leur cadre initial, on observe souvent d'importantes transformations dont un repérage purement nosographique ne permet pas d'évaluer.
De plus, chez les sujets entrant dans l'âge adulte, le cadre nosographique offert par la CFTMEA n'est pas toujours pleinement adapté ; il faudrait ici disposer d'une classification des troubles mentaux de l'âge adulte qui s'inspire des mêmes principes, mais soit mieux ajustée à son objet. Ceci vaut, en particulier, pour les pathologies de la personnalité constitutives d'états post-autistiques dont l'originalité mérite d'être soulignée.

Notons que dans le groupe des « pathologies de la personnalité », si 28 enfants sur 45 ont présenté des évolutions positives et plus diversifiées que celles des autistes et des psychotiques, il n'en reste pas moins que 17 d'entre eux parvenus à l'adolescence, restent dans le même cadre nosographique, tout en ayant évolué, pour la plupart, de façon positive ».

Ils concluent cet intéressant travail par des commentaires sur l'efficacité du travail thérapeutique en hôpital de jour ou en internat, qui, certes, ne guérit pas les enfants de l'autisme mais qui leur donne une relative autonomie dans le quotidien et qui atténue considérablement les tableaux de grandes arriérations mentales qu'ils avaient connus dans les hôpitaux psychiatriques.

Ils terminent enfin par des remarques d'ordre psychopathologique :
« Dans ce qui précède, on a déjà souligné les limites d'un repérage purement nosographique, en particulier pour ce qui concerne les adolescents classés, à leur sortie, parmi les pathologies de la personnalité : à l'évidence, leur inclusion dans ce cadre n'est pas toujours définitive car leur avenir dépend, pour une large part, de l'exploitation qu'ils peuvent faire de certaines capacités latentes et de l'effet des remaniements liés à l'adolescence.
Longtemps, la conception prévalente a considéré que les états post-psychotiques n'étaient pas sensibles aux révisions propres à l'adolescence, en dehors de cas rares qui accédaient assez tôt à un processus de réintégration de type névrotique. Cette vision se révèle inexacte, surtout si l'on sait adapter les moyens curatifs aux problèmes qui se posent à cet âge ; ainsi, chez les adolescents que nous avons catégorisés « Pathologies de la personnalité entre névroses et psychoses », on voit souvent se dessiner des remaniements spécifiques pouvant présenter de

notables similitudes avec ceux qu'on rencontre à l'adolescence chez des sujets dont l'histoire n'était pas celle d'une psychose infantile ».

Enfin terminons par une recherche en cours, celle d'Aussilloux et coll. (2001), ce qui nous permettra de voir la démarche scientifique et les instruments utilisés, dans un travail contemporain au nôtre.
Dans l'hypothèse que : « l'évolution de l'enfant autiste est le résultat de l'interaction entre facteurs individuels et facteurs d'environnement », ils réalisent deux évaluations identiques à trois ans d'intervalle.

Il s'agit d'une importante étude française, incluant près de 200 enfants âgés de moins de 7 ans. Ce travail est coordonné par l'équipe de Montpellier de C. Aussilloux mais inclut en fait 49 équipes francophones (dont deux équipes belge et luxembourgeoise). Les critères d'inclusion sont des enfants de moins de 7 ans, présentant des troubles envahissants du développement (CIM 10), suivis actuellement ou antérieurement par les équipes de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et dont les parents ont donné leur consentement.
Sont pris en compte :
- des données rétrospectives (antécédents médicaux, grandes étapes du développement psychomoteur, date de la première consultation…),
- des données sociodémographiques,
- l'intensité des troubles autistiques est mesurée avec la Childhood Autism Rating Scale - CARS (E. Schopler, 1980), à partir d'une séance vidéoscopée,
- le développement psychomoteur et intellectuel par les outils psychométriques classiques, si c'est possible,
- l'adaptation sociale par l'échelle d'adaptation sociale de Vineland (Sparrow et coll., 1984), remplie à partir de l'entretien des parents,
- l'évaluation du langage par l'Autistic Diagnostic Interview – ADI (Le Couteur et coll., 1989), remplie aussi à partir de l'entretien avec les parents,
- enfin des données sur les conséquences du trouble autistique par une adaptation de la classification des déficiences, incapacités et désavantages (Misés, 1994) et une appréciation globale de la sévérité des troubles et des ressources familiales.

4) En résumé :

- Chacune de ces études françaises a finalement peu ou prou confirmé les principaux résultats des études étrangères.

Contrairement aux monographies cliniques, les travaux sur des grandes séries montrent une évolution défavorable à l'âge adulte et des facteurs pronostiques (niveau de développement du langage, retard intellectuel associé) comparables à ceux des études étrangères.

Toutefois, les modes de sélection des sujets ne sont pas toujours bien précisés (notamment en termes de diagnostic) et les perdus de vue sont très nombreux quand les travaux du devenir sont à plus de 10, 15 ans. Ceci est particulièrement le cas pour l'étude de la Salpêtrière qui, en raison même du site de l'étude représente l'image probablement la plus grave des évolutions.

Souvent ces études n'ont pas utilisé de groupe contrôle.

Les analyses statistiques sont peu claires ou inexistantes. Les tests employés dans l'étude suisse ne sont pas toujours clairement exposés et leur multiplication pose le problème des inférences faites à partir de comparaisons multiples.

Enfin beaucoup de ces études utilisent la classification française des troubles de l'enfant et l'adolescent et les diagnostics ne sont quelquefois pas comparables avec les études anglo-saxonnes.

- Cependant selon Fombonne (1995), Aussilloux (2001), on peut retenir, sur des critères d'adaptation sociale, le tableau évolutif suivant :

- **5 à 20 %** des adultes ont une vie sociale normale ou proche de la normale, avec un fonctionnement satisfaisant pour une activité professionnelle ;
- **15 à 30 %** ont une adaptation moyenne, avec une autonomie personnelle et des activités de production dans un cadre protégé ;
- **40 à 60 %** sont limités dans leur vie sociale, ne peuvent effectuer d'activité et doivent vivre dans un cadre protégé, avec des degrés différents dans leurs limitations d'autonomie personnelle.

Les facteurs qui expliquent cette grande diversité du devenir des enfants autistiques à l'âge adulte sont encore très mal connus.

Il y a un accord de la plupart des études générales sur l'importance en tant que facteur prédictif du niveau intellectuel au moment du diagnostic et de l'âge d'apparition du langage.

L'existence d'une déficience intellectuelle précoce, associée à l'autisme, est un facteur de mauvais pronostic à la fois sur le plan de l'efficience intellectuelle ultérieure et sur le plan de l'adaptation sociale.

- Si l'on fait la synthèse des instruments utilisés dans ces études pour évaluer le devenir des différentes catégories d'autistes, on peut dire qu'ils sont de deux ordres. Ceux qui évaluent l'intensité des symptômes et ceux qui évaluent l'adaptation sociale.
Dans les études à cours et moyen terme les instruments utilisés sont des outils assez précis, souvent crées pour évaluer les symptômes autistiques en fonction des théories de leurs auteurs qui sont quasiment tous anglo-saxons.
Nous avons vu que les plus utilisés sont des adaptations françaises de l'ADI, la CARS, l'échelle de Vineland, l'Autisme Diagnostic Checklist. Y sont associés les tests qui mesurent le coefficient intellectuel verbal et non verbal, souvent les échelles de Weschler, quand c'est possible.
Enfin différents tests sont utilisés en fonction de la sensibilité des équipes et de la capacité des enfants à répondre. Les études américaines ajoutent de nombreux autres tests en particulier du langage qui ne nous sont pas familiers.

Les données sur les évolutions à long terme sont plus d'ordre socio adaptatif et en termes de degrés de handicap et d'autonomie.

Si nous voulons évaluer dans notre travail personnel de recherche, les enfants psychotiques sur deux années, il nous faudra utiliser ces instruments ou d'autres qui devront comme ceux-là évaluer à la fois l'intensité des symptômes et l'adaptation sociale.

II - Evolution des troubles graves du comportement de l'enfant:

1) Remarques introductives :

Avec Gérard Schmit et coll. (1998), nous pouvons dire que « La délimitation de la notion de troubles du comportement est assez difficile du fait de l'extension sémantique de l'expression. A vrai dire, tout symptôme s'exprimant par un comportement pourrait entrer dans ce cadre, tel des éléments observables de la crise d'angoisse ou des comportements compulsifs ritualisés qui en sont habituellement arbitrairement exclus. »

Pourtant, nous devons prendre en compte ce groupe d'enfants aux troubles graves du comportement qui représentent un peu moins de la moitié des enfants que nous soignons habituellement à l'hôpital de jour de Maxéville.

Dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent (CFTMEA, Misés, 1990), « les troubles du comportement » peuvent se retrouver dans de nombreuses catégories cliniques pour lesquels la pathologie peut revêtir des expressions comportementales. Ainsi, on retrouve ces troubles dans les psychoses, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité et/ou du comportement pris dans une dysharmonie évolutive, les organisations de type caractériel ou psychopathique, les manifestations réactionnelles, les troubles des fonctions instrumentales : hyperkinèsie, instabilité psychomotrice, les troubles à expression somatique et/ou comportementale : troubles isolés du comportement et dans les variations de la normale : conduites d'opposition.

Pour Schmit (1998) « cette classification privilégie la différenciation des organisations psychopathologiques sous-tendant les troubles du comportement à la description des symptômes comportementaux proprement dit. »

Pour les enfants de l'hôpital de jour, non psychotiques, ils ont tous étés classés dans la catégorie « 3 », c'est-à-dire « pathologie de la personnalité », répartis entre les dysharmonies évolutives, les pathologies narcissiques/anaclitiques/abandonniques et les organisations de type caractériel.

On pourrait s'étonner que nous ayons attribué à des enfants aussi petits (4, 5, 6 ans), des diagnostics d'organisations psychopathologiques aussi graves. Mais les enfants de notre Secteur qui présentent des troubles du comportement « simples » sont suivis en ambulatoire et n'arrivent jusqu'à l'hôpital de jour que des enfants dont le comportement social est déjà particulièrement perturbé avec rejet scolaire précoce.

Pour illustrer ce que nous entendons derrière ces troubles graves et précoces du comportement, voici deux courtes vignettes cliniques :

David T. arrive à Maxéville alors qu'il n'a que 4 ans. L'école n'en veut plus : il n'écoute aucune des consignes de l'enseignante, il est en constante agitation, il a mordu violemment une petite fille sur le visage et a blessé deux autres enfants en les poussant violemment dans la cour. Il présente un retard de langage surtout dans l'expression et si l'on essaye de négocier avec lui quand il a fait une bêtise, il se roule par terre en faisant le mort. L'histoire familiale est évidemment très lourde : la mère a eu un jeune frère de 4 ans qui a été retrouvé attaché, noyé au bord d'une rivière sans que l'on ait retrouvé l'assassin. Elle décrit par ailleurs une enfance difficile auprès d'une mère épileptique et limitée, au comportement éducatif inadapté. Quant au père de David, il a lui-même un père et un grand-père qui ont eu des comportements incestueux avec leurs filles. Les deux parents vivent les troubles du comportement de David comme une fatalité familiale et sont incapables de le canaliser.

François H. a 3 ans quand il arrive à l'hôpital de jour après avoir été pris en charge 2 années par notre centre d'accueil à temps partiel pour tous petits. François et sa maman ont été placés au foyer maternel quand l'enfant avait un an. Cette maman dont la propre mère s'est suicidée par défenestration, devant elle quand elle était enfant, présente une déficience mentale avec un QI au environ de 6O. Elle n'a jamais voulu parler de l'identité du père de François que les services sociaux soupçonnent être le grand-père. Ce grand-père et un de ses amis ont peut-être aussi violé l'enfant quand il était bébé. Malgré le placement au foyer maternel et des soins psychologiques intensifs par l'intermédiaire de notre centre pour tout petits, le lien mère/fils

reste très inadapté, chacun se regarde avec une extrême intensité mais sans pouvoir mettre de mot sur ses sentiments et sans pouvoir vraiment échanger. François n'acquiert pas la propreté, il ne fait quasi aucun apprentissage cognitif, son langage se limite à quelques mots, il somatise beaucoup en particulier au niveau de la peau. C'est dans cet état qu'il arrive à l'hôpital de jour au moment de son placement dans une famille d'accueil, la prise en charge en foyer maternel s'arrêtant à 3 ans et l'ensemble des intervenants ayant estimé que l'enfant ne pouvait pas rester à la seule charge de cette maman qui, de son côté, a intégré un Centre d'Aide par le Travail (CAT) en internat.

Aussi bien David, avec ses troubles du comportement externalisés et asociaux que François avec sa dépression chronique de type anaclitique et abandonnique, tous deux avec une histoire familiale horrible, n'apparaissent pas psychotiques à l'ensemble de l'équipe. Contrairement aux enfants autistiques ou dysharmonieux psychotiques, ils ne fuient pas la relation ni avec les adultes ni avec leurs pairs, n'ont pas de bizarreries de contact, ne recherchent pas activement l'isolement, n'ont pas de stéréotypies motrices.

Il s'agit donc pour nous, derrière cet item de « trouves graves du comportement », de parler de ces enfants au comportement extrêmement perturbé dont les troubles envahissent toute leur vie psychique et sociale mais sans symptôme psychotique évident. Nous verrons dans les études sur le devenir que leur destin en terme d'adaptation psycho sociale n'est quelquefois pas très différent de celui des enfants psychotiques.

Avant d'aborder les études internationales sur le sujet, voyons comment le DSM IV-R classe ces troubles d'autant que les auteurs nord-américains n'utilisent quasiment que cette classification dans leurs articles scientifiques.

Les troubles du comportement de l'enfant sont rassemblés sous la rubrique « déficit de l'attention et comportement perturbateur » (attention-deficit and disruptive behavior disorders) :

- Le trouble de l'attention – hyperactivité (THADA) se caractérise par un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité plus fréquent et plus sévère que ce que l'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire.

- Le trouble du comportement oppositionnel (TO) est un ensemble de comportements négativistes, provocateurs, de désobéissance, et d'hostilité envers les personnes en position d'autorité. Il correspond sur le plan phénoménologique, à l'enfant mal élevé ou désobéissant et/ou des parents ayant du mal à poser des limites.

- Le trouble des conduites (TC) consiste en un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet, avec quelquefois des violations graves des règles établies en famille et à l'école.

Dans le chapitre « adulte », ces troubles se retrouvent sur les rubriques : THADA (qui peut persister à l'âge adulte), troubles du comportement, troubles du contrôle des impulsions et trouble de la personnalité dont la personnalité antisociale.

Schmit et coll. (1998) s'étonnent que soient rassemblés dans la même rubrique, « comme s'il y avait entre eux une continuité clinique et évolutive, le syndrome THADA et de nombreux autres troubles du comportement ». Pourtant ils ont fait un travail de synthèse intéressant qui fait le lien : « La lecture attentive des différents chapitres du DSM IV concernés par les troubles du comportement chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, permet d'en déduire un schéma évolutif, à partir des définitions et des descriptions de ces troubles.

Plus les troubles sont précoces, plus il y a risque qu'ils durent jusqu'à l'âge adulte. Ainsi les troubles qui commencent pendant l'adolescence ont plus de chance de s'amender que ceux qui commencent pendant l'enfance.

Le syndrome THADA pendant l'enfance, s'il est associé au trouble du comportement oppositionnel (TO), a beaucoup plus de risques d'évoluer vers des troubles des conduites (TC) débutant dans l'enfance ou l'adolescence. Ce syndrome THADA présente alors beaucoup plus de risques d'évoluer vers une personnalité antisociale au cours de l'âge adulte. Les symptômes de cette personnalité antisociale s'atténuent cependant avec le vieillissement ».

Et de nombreuses études anglo-saxonnes cherchent à vérifier les liens évolutifs proposés dans le DSM IV entre ces différentes catégories diagnostiques :

2) les études anglo-saxonnes :

En plus de notre recherche sur Medline, nous avons pris l'option de prendre connaissance pour l'année 2002, de tous les articles consacrés à ce chapitre « déficit de l'attention et comportement perturbateur » dans le «Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry », revue officielle de la société de pédopsychiatrie américaine (AACAP), l'équivalent de la « Neuropsychiatrie de l'Enfance et l'Adolescence » pour la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent (SFPEA).

En fait c'est surtout le THADA qui intéresse les psychiatres américains et pour une revue qui présente une trentaine d'articles par numéro, plus de 40 articles cette dernière année, sont consacrés à ce syndrome en particulier de nombreux essais thérapeutiques, des recherches sur des échelles qui évaluent de façon précise les différentes difficultés de ces enfants et quelques articles sur la co-morbidité des troubles et leur évolutivité. Ce sont ces derniers qui nous intéressent pour notre travail.

L'équipe de Joseph Bierderman de l'université de Harvard à Boston a fait de nombreuses recherches à ce sujet :

Dès 1991, Bierderman et coll. entreprenaient des recherches épidémiologiques montrant une co-morbidité de 30 à 50 % entre le THADA et le TO ou le TC.

Dans une impressionnante recherche publiée en 1996 (Bierderman et coll.), ils ont recruté aux consultations de pédopsychiatrie ou de pédiatrie, 140 garçons, « caucasiens », âgés de 6 à 17 ans, avec le diagnostic de THADA, appariés à 120 témoins. Ont été exclus les enfants adoptés, psychotiques, ceux dont le QI était inférieur à 80 et ceux dont les problèmes sociaux étaient les plus sévères.

Ces enfants et adolescents ont été évalués à l'admission dans l'étude et 4 ans plus tard. 91% de la population initiale a pu être suivie pendant ces 4 années, soit 128 sujets. Ils ont été évalués par différents questionnaires et échelles remplis par les parents ou l'enfant dont le « Structured Clinical Interview for DSM III-R = SCID » (long questionnaire nécessitant plusieurs heures d'interview qui évalue toutes les composantes pathologiques du DSM), des échelles évaluant le niveau cognitif (Dont les Wechsler Intelligence Tests), l'échelle globale

de fonctionnement et diverses échelles mesurant les compétences scolaires dont en particulier un test de lecture et d'arithmétique.

L'hypothèse de travail était de voir les liens entre le syndrome d'hyperactivité/inattention (THADA), le trouble oppositionnel avec provocation (TO) et le trouble des conduites (TC).

L'observation de ces enfants pendant 4 ans montre que 65% des enfants avec THADA vont présenter un TO et 32% un TC (et quand ils ont un TC, ils ont presque toujours eu avant un TO).

Le devenir montre une évolution de gravité croissante du THADA seul, ou associé à un trouble oppositionnel (THADA+TO) puis des troubles des conduites (THADA+TO+TC), l'association de ces 3 troubles étant très à risque d'évolution vers des troubles du comportement à l'adolescence et une toxicomanie.

L'étude montre aussi que : plus les troubles oppositionnels puis des conduites arrivent tôt dans la vie des patients et plus l'enfant puis l'adolescent est à risque de troubles sévères alors que les patients qui présentent un THADA seul, ont très peu de risque d'évoluer vers une toxicomanie. En parallèle présenter un THADA seul dans l'enfance et développer ensuite des troubles des conduites à l'adolescence est relativement rare.

Enfin plus les patients présentent l'association des 3 troubles syndromiques et plus ils sont à risque de co-morbidité avec des troubles anxieux et surtout dépressifs à tel point que les auteurs se demandent s'il ne faudrait pas parler de « trouble dépressif et des conduites ».

Or pour ces mêmes auteurs qui ont parcouru la littérature sur la dépression dans l'enfance, ils notent qu'on retrouve souvent une composante bipolaire dans les dépressions sévères de l'enfant et l'adolescent et que les troubles maniaques sont statistiquement associés à des comportements violents et agressifs.

Cette étude nous a particulièrement intéressé. Car bien que ce travail se situe dans une perspective « très américaine » de compilation statistique de symptômes sans aucune interprétation psychopathologique, nous retrouvons bien le profil des enfants de l'hôpital de jour qui peuvent être classés dans la catégorie au pronostic le plus réservé car à l'association symptomatique la plus importante.

Notre point de vue personnel sur ces enfants est beaucoup plus « interprétatif » même si ce sont bien des mêmes symptômes dont il s'agit. Nous dirions plutôt, de façon certes un peu schématique, que ces enfants, aux histoires familiales dramatiques, sont soumis très tôt à des

événements de vie très anxiogènes avec un manque de « holding » parental (au sens Winnicottien) qui les met dans des états d'hyper vigilance anxieuse, où l'Agir remplace souvent la Mentalisation ce qui entraîne des troubles de l'adaptation sociale et de grosses difficultés d'apprentissage qui les mettent en échec, les dépriment, l'agitation maniaque de lutte contre la dépression augmentant encore l'agitation et en parallèle la violence. La prescription de Ritaline est alors bien utile pour canaliser le symptôme « agitation/inattention » mais ne fait pas de miracles. Nous avons le sentiment que ces mécanismes de défense pathologiques se mettent en place très tôt dans la vie de l'enfant et qu'il est ensuite bien difficile d'aider l'enfant à trouver d'autres issues malgré des soins intensifs et quotidiens en Hôpital de jour.

Cette même équipe de Harvard (Wilens et coll., 2002) prônant une prise en charge précoce des enfants présentant un THADA, au vu de la co-morbidité psychiatrique citée ci-dessus et des risques à long terme, propose de comparer les symptômes des enfants diagnostiqués entre 4 et 6 ans encore en Maternelle, avec des enfants de 7 et 9 ans. Les deux groupes de patients proviennent du pool d'enfants évalués à la consultation d'un service de « pédiatrie psycho pharmacologique » d'un centre médical entre 1991 et 1999. L'évaluation de ces jeunes s'est faite par des questionnaires adressés aux mères. Il s'agit d'un questionnaire de symptômes (the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Epidemiologic Version), associé à un questionnaire d'ajustement social, des tests de compétences scolaires dont un test de lecture et de mathématique, une échelle de fonctionnement familial et un index d'évaluation du niveau socio-économique.

Ainsi 165 enfants entre 4 et 6 ans ont pu être comparés à 381 autres jeunes patients de 7 à 9 ans.

En intensité et en nombre de symptômes liés au THADA, il n'est pas noté de différence entre les deux groupes.

Seulement 26% des plus jeunes et 21% des plus âgés ont un THADA isolé. Les autres ont une pathologie associée, le plus souvent un trouble oppositionnel et une dépression avec une tendance vers plus de symptômes bipolaires pour les plus jeunes. Les deux groupes ont de comparables difficultés du fonctionnement social et à l'échelle globale de fonctionnement, les deux groupes sont au niveau de « sévérité modérée ».

Les enfants en Maternelle ont déjà d'importantes difficultés scolaires : 44% ont besoin d'une aide personnalisée, 58% sont en classes spécialisées, 13% ont été maintenus en Maternelle.

Curieusement, ils ne retrouvent pas dans l'échelle de dysfonctionnement familial de perturbations particulières.

Et les auteurs de conclure que puisque le syndrome THADA est déjà complet en Maternelle, il est important de traiter les enfants dès ces âges de 4, 5ans (!!) pour essayer de prévenir les graves conséquences scolaires et sociales de ce syndrome. Ils commentent aussi timidement que l'évaluation de prises en charge psychothérapiques serait intéressante de réaliser…

Toujours cette même équipe (Faraone et coll., 2002) a publié une étude où les auteurs ont étudié, cette fois, tous les enfants présentant un THADA de leur consultation de « pédiatrie psycho pharmacologique » soit 811 enfants (dont quatre cinquièmes de garçons) âgés de 6 à 17 ans. Ils utilisent les mêmes tests que dans l'étude précédente de 2002, ce qui semble correspondre à l'évaluation systématique de tout enfant hyperactif évalué à cette consultation.

Ils confirment les données de leurs études précédentes, c'est-à-dire la continuité symptomatique des troubles du THADA de la petite enfance à l'adolescence, la co-morbidité avec les troubles du comportement et la dépression.

Ils concluent leur article en se centrant cette fois sur les adolescents, confirmant que, contrairement à ce qui était généralement dit, le THADA est loin de s'arrêter au début de l'adolescence et militent pour l'inclusion des adolescents dans tous les essais thérapeutiques.

C'est aussi la position de Rachel Gittelman que nous avons croisée au congrès sur la recherche en pédopsychiatrie à Lille des 5 et 6 décembre 2OO1. Elle suit depuis plus de 25 ans une grande cohorte de garçons de New York et sa banlieue (Gittelman et coll., 1985). Dans sa conférence lilloise, elle confirmait que seuls les jeunes adultes qui ont présenté dans l'enfance l'association d'un THADA et de troubles du comportement (TC) sont à risque de graves troubles du comportement à l'âge adulte avec des parcours sociaux compliqués, plus de risques de toxicomanie, plus d'implications dans des actes criminels et une mortalité plus élevée.

Tous les enfants de sa série ont été traités par des amphétaminiques. Elle a affirmé avec force qu'il faut traiter les adolescents « tant que le symptôme perdure » sinon les difficultés scolaires de ces jeunes s'aggravent rapidement et leurs parcours sociaux se compliquent.

A propos de ces co-morbidités et de leur valeur pronostique, Mac Donald et coll. (1996), remarquent que l'on trouve des résultats différents en fonction des populations de patients étudiés : Si la population de départ ne comprend que des hyperactifs, c'est l'agressivité plus que le trouble de l'attention qui détermine les évolutions les plus défavorables avec des comportements antisociaux. Mais si la population d'origine comprend des enfants aux troubles de l'attention et/ou du comportement, alors aussi bien l'agressivité que l'inattention/hyperactivité sont des symptômes aggravant le pronostic.

Pour confirmer ces faits, ils vont suivre une cohorte initiale de 2734 enfants « à risques » de l'état du Vermont, qu'ils évaluent à T1, à T2 : 3 ans plus tard et à T 3 : 3 autres années après, soit 6 ans à partir du début. Les patients ont entre 10 et 22 ans à la fin de l'étude.

De cette cohorte, ils sélectionnent 3 groupes cibles : un de 116 enfants ne présentant que le THADA, un autre de 278 ne présentant que des troubles des conduites et enfin un troisième de 195 enfants qui ont les deux troubles associés.

Les instruments utilisés sont un peu les mêmes que les études citées précédemment : échelles de symptômes se référant au DSM, échelles de comportement en famille et à l'école et tests cognitifs.

C'est bien le groupe associant les deux syndromes qui présente initialement le plus de problèmes et qui, à 3 et 6 ans, a les scores les plus élevés aux différentes échelles de symptômes et de troubles du comportement, en particulier une beaucoup plus grande fréquence des troubles externalisés, cela aussi bien pour les filles que les garçons et quel que soit l'âge de diagnostic des troubles.

Loeber et coll. (1995) ont suivi pendant 6 ans, 177 garçons, âgés entre 7 et 12 ans à l'entrée dans l'étude.

Ces auteurs s'intéressent au contexte familial, ce qui n'est pas si fréquent dans les études américaines, et trouvent que la maltraitance familiale et le faible statut économique sont des facteurs clés dans la survenue de troubles des conduites chez ces adolescents. Ils montrent aussi que de tous les symptômes du trouble des conduites, c'est l'agressivité physique qui est la plus corrélée à l'aggravation ultérieure de ces troubles des conduites.

Dans la perspective de trouver des traits de personnalité dans l'enfance qui seraient prédictifs de troubles du comportement à l'âge adulte, Cote et Coll. (2002) ont demandé à des enseignants d'évaluer chaque année au Printemps, 1569 enfants d'écoles publiques du Québec et cela pendant toute leur scolarité élémentaire, soit pendant 7 ans (l'équivalent de notre Grande Section de Maternelle, le « Kindergarten » se situant déjà à l'Ecole Primaire). Cet échantillon a été sélectionné à partir d'un score jugé « à risque » de troubles du comportement lors de la première passation.

Les enseignants ont rempli, chaque année, une échelle de comportement social (le Social Behavior Questionnaire) et à l'issu des 7 années, 903 garçons et 931 filles ont répondu à une échelle de symptômes selon le DSM ; 1721 d'entre eux ont alors reçu le diagnostic de troubles des conduites.

Les auteurs à partir de l'échelle de comportement social se sont intéressés à 3 dimensions particulières : l'hyperactivité (mouvements incessants, impossibilité de rester en place), le niveau de peurs (« fearfulness », être effrayé par des nouvelles choses, pleurs faciles, inquiet du moindre changement,...) et l'empathie à l'égard des autres (« helpfulness », être sympathique, aidant envers les enfants malades ou blessés, aider les pairs en difficultés,...).

Leurs résultats montrent que pour les garçons, l'association de l'hyperactivité seule ou associée à l'un et/ou l'autre des 2 autres symptômes (haut niveau de peurs et bas niveau d'empathie) est très à risque de troubles des conduites à l'adolescence. Alors que pour les filles, seule l'association hyperactivité et bas niveau d'empathie est corrélée à un risque de troubles du comportement alors que l'hyperactivité seule ne l'est pas.

L'étude est intéressante parce que, outre le grand nombre de sujets et le suivi longitudinal, elle est l'une des rares études à avoir sélectionné autant de filles que de garçons. Les auteurs s'interrogent sur le facteur « hyperactivité » nécessaire et presque suffisant chez les garçons alors qu'il ne l'est pas chez les filles. Ils n'ont pas vraiment de réponses en dehors du fait qu'il semble que les symptômes d'hyperactivité sont, selon les études de la littérature, beaucoup plus intenses chez les garçons donc sans doute plus invalidants.

Quant à l'évaluation des traitements utilisés dans les « troubles de l'attention et comportement perturbateur », ils se situent surtout au niveau pharmacologique. Outre l'utilisation classique des amphétamines pour les troubles de l'attention/hyperactivité, on peut

noter que les études les plus récentes en psychopharmacologie sont des essais thérapeutiques de neuroleptiques pour essayer de canaliser des symptômes comme l'agressivité et l'impulsivité. Les patients sont souvent nombreux (bien plus que les études sur les autistes, probablement parce que tous les enfants américains sont traités) mais la durée des essais est en général assez courte.

Citons par exemple l'étude de Snyder coll. (2002), étude multicentrique, en double aveugle, placebo versus Risperdone, faite auprès de 110 enfants présentant des troubles du comportement et une déficience intellectuelle (QI entre 36 et 84). 80% de ces enfants ont, selon les auteurs, un THADA associé. L'expérience a été réalisée sur six semaines et montre une amélioration significativement plus importante du groupe d'enfants sous Risperdone aux différentes échelles de symptômes et du comportement.

Schachar et coll. (2002) ont fait une revue de la littérature critique sur les études d'évaluation à long terme des traitements des troubles de l'attention avec hyperactivité. Ils ont retenu les travaux où la sélection des patients s'est faite au hasard (étude randomisée) et où le traitement a été administré pendant au moins 12 semaines. Ils ont compilé ainsi 14 études incluant 1379 sujets. Seules 5 études ont suivi les enfants sur plus de 26 semaines.

Ils n'ont pas pu faire de méta-analyse car les travaux sont trop différents dans la façon d'évaluer les suivis. Ils notent ainsi 25 façons différentes de mesurer l'issue thérapeutique utilisant 26 différents tests !

Les traitements par psychostimulants ont permis de réduire le syndrome hyperactivité/attention (7 études), les troubles du fonctionnement social (6 études) et des symptômes internalisés comme la dépression (2 études). Par contre l'amélioration des performances scolaires semble moins évidente (3 études). Des essais avec des médications autres que les psycho stimulants n'ont pas été faits de manière extensive (3 études). Enfin seules 6 études ont mesuré les effets combinés d'un traitement psychotrope et d'une « intervention comportementale ». Les auteurs concluent à l'insuffisance d'études globales …

Citons enfin l'étude de Wilmshurst (2002) une des rares études où un traitement institutionnel est évalué pour des enfants présentant des troubles du comportement et des émotions. Les patients ont été randomisés en 2 groupes qui ont bénéficié de traitements très différents. Le premier échantillon de 34 enfants a été pris en charge en internat 5 jours par semaine et les

enfants ont bénéficié de thérapies brèves. L'autre groupe de 48 jeunes a bénéficié d'une prise en charge ambulatoire de type cognitif, de l'enfant et des parents, associée à une guidance parentale. L'évolution à un an montre une plus grande diminution des symptômes dans le groupe qui a bénéficié de la prise en charge en internat.

A propos de parents, terminons cette revue anglo-saxonne par un article australien de Harrison et coll. (2002), qui vont interroger par questionnaires 100 mères d'enfants présentant un THADA. Ils cherchent à savoir qu'elles sont les mères les plus en souffrance et si elles ont une dépression associée. Leurs enfants ont entre 5 et 12 ans.Tous ont été traités par psycho stimulants.

C'est, comme on pouvait le supposer, les mères dont les enfants ont les scores de troubles les plus élevés qui sont le plus déprimées et le plus en difficultés. Mais un autre facteur entre en compte : Même à haut niveau de symptômes, les mères, qui ont reçu une guidance et un soutien pédagogique leur expliquant en détails ce qu'est un THADA, sont moins déprimées, attribuent moins les symptômes de leur enfant à une conduite externalisée mais plus à des facteurs internes à l'enfant. Ainsi ces mères qui connaissent bien les symptômes de leur enfant et leur relative non maîtrise de ceux-ci, sont moins en colère contre eux et en parallèle se sentent moins impuissantes et incompétentes. Les auteurs concluent leur article en affirmant que traiter les enfants aux THADA sans une guidance parentale intensive a beaucoup moins de chance de succès à long terme.

3) Les études françaises:

Nous avons déjà cité en introduction de ce chapitre, l'intéressant article de Gérard Schmit et coll. de 1998 qui ont repris les plus importantes études d'alors, qui sont toutes Anglo-saxonnes. S'ils ne présentent pas de cas personnels, ils finissent leur article par un certain nombre de considérations éthiques sur le devenir des troubles du comportement de l'enfant.

Le premier concerne la différence entre médecine prédictive et médecine préventive : « Quoi de plus naturel que de s'intéresser au devenir de nos patients ? Cependant, les études longitudinales abordent la question du devenir à partir de faits établis par des méthodes statistiques. Il s'agit donc de faits statistiques relevant d'une médecine prédictive. Ils

concernent des groupes de patients et non des destins de patients. Or, pour nous, la psychiatrie de l'enfant n'a rien d'une médecine prédictive mais se doit d'être avant tout une médecine préventive. Cette distinction a son importance car une grande partie de l'histoire de la Psychiatrie témoigne des efforts fournis par les praticiens pour s'éloigner du pessimisme prédictif de certains de leurs précurseurs, notamment de ceux qui ont proposé une conception univoquement constitutionnaliste de l'étiologie des troubles mentaux de l'enfant ».

Ils font aussi une autre remarque à laquelle nous souscrivons complètement : « Nous avons été frappés par le fait que, dans les études citées, il est peu tenu compte des variations de contexte culturel et social comme si la croyance univoque dans le potentiel évolutif du symptôme lui-même, étudié comme l'histoire naturelle d'une maladie, sous-tendait la méthodologie ».

Enfin à propos du traitement de ces troubles, ils affirment : « En dépit du pessimisme des études longitudinales, il nous semble que l'action pédopsychiatrique peut favoriser l'infléchissement du développement de ces patients vers une issue plus positive que la chronicisation ou le passage à des troubles de la personnalité durables ».

Ils indiquent aussi, de par leur expérience personnelle, que : « il y a tout intérêt à ce que les troubles du comportement soient traités précocement avant que ne se rigidifient les relations du sujet à son environnement dans un scénario immuable. Les études longitudinales concernent le plus souvent les groupes de patients pour lesquels les troubles du comportement sont déjà solidement installés sans que soient précisés les aléas des étapes ayant précédé cette émergence symptomatique ».

Ils soulignent aussi, un point peu pris en compte dans les études anglo-saxonnes, qu' « il est important que la situation d'ensemble, socio familiale et individuelle, permette l'adhésion de l'enfant et de ses parents à la proposition de traitement et ceci pose la question de l'accès aux soins pédopsychiatriques et surtout des cheminements particuliers présidant à la rencontre entre l'enfant et sa famille d'une part et le système de soins d'autre part ».

Francisco Palacio Espasa de Genève explique, dans un article de 2001, la différence structurelle de la position française voire européenne contraire à la position anglophone qui s'attache à décrire les symptômes et à les traiter.

« La plupart des classifications s'accordent à préciser que les troubles de la personnalité sont très difficiles à mettre en évidence chez l'enfant. Ainsi, dans les pays anglophones, seuls les auteurs d'orientation psycho dynamique comme Paulina Kernberg, en 1992, ont défendu les

notions de troubles de la personnalité chez l'enfant et, à l'intérieur de ceux-ci, les personnalités borderline.

Cependant, dans la littérature francophone en psychiatrie infantile depuis les années 60, apparaît la notion d'état prépsychotique (Lebovici et Diatkine, 1963). Elle sera reprise plus tard par R. Diatkine (1969) se référant à des enfants dont la caractéristique essentielle est une mauvaise organisation défensive de type névrotique, laissant ponctuellement affleurer un fonctionnement de type psychotique. Le terme d' «état prépsychotique » chez l'enfant a été progressivement remplacé par celui d' « état limite » (borderline) ou encore par celui de « dysharmonie évolutive » dans le cadre d'un trouble de la personnalité (Misés, 1990), étant donné que la notion pronostique intrinsèque au terme « prépsychose » ne s'est pas révélée exacte.

En effet, la plupart de ces enfants n'évoluent pas vers des troubles psychotiques, mais vers des troubles de la personnalité de l'adolescent ou de l'adulte, notamment de type borderline. Cependant, sur le plan psycho dynamique, de plus en plus d'auteurs s'accordent à employer ces termes comme un mode d'organisation de la personnalité de l'enfant. De ce fait, la notion de borderline chez l'enfant se rapproche de celle de l'adulte décrite par O. Kernberg (1984) ».

C'est ainsi que dans la classification française (CFTMEA, 1990), les troubles de la personnalité sont classés dans un chapitre particulier où apparaît en tout premier lieu la dysharmonie évolutive.

Nous avons vu que pour Schmit et coll. (1998) « cette classification privilégie la différenciation des organisations psychopathologiques sous-tendant les troubles du comportement à la description des symptômes comportementaux proprement dits. »

Le grand inspirateur de ce point de vue et de cette classification est Roger Misès dont le sujet de prédilection de toutes ses interventions tourne autour de ce concept de dysharmonie évolutive. La synthèse de ses travaux a fait l'objet d'un nodule PUF en 1990.

C'est d'ailleurs un des rares auteurs français à avoir fait une étude épidémiologique du devenir de ces enfants. Nous avons déjà détaillé cette recherche dans le chapitre « autisme », nous n'y revenons pas.

Les auteurs français décrivent dans leurs publications, un ou quelques exemples de suivis en psychothérapie d'enfants « dysharmonieux, limites », souvent sur une assez longue période et expliquent, en termes psychopathologiques, les aléas de la cure en fonction des mécanismes de défense de l'enfant.

Citons par exemple, un récent travail de ce type par Bercier et coll. (2002) qui, à propos de la cure d'un enfant pendant 2 ans, essayant de comprendre ses défenses à l'aide des concepts actuels de vulnérabilité et de résilience.

Mais revenons à l'article Palacio Espasa (2001) dont les considérations sur le fonctionnement de ces enfants nous semblent particulièrement pertinentes : « Chez l'enfant borderline, ce n'est pas l'organisation défensive de nature névrotique qui échoue, mais cela arrive parce que la conflictualité dépressive ne peut se maintenir intériorisée.
En effet, ces enfants présentent des moments où leur fonctionnement névrotique est intact. A d'autres moments, l'intensité de leur conflictualité dépressive est telle, étant donné la profusion des fantasmes de mort et de destruction catastrophique et irréparable des objets, qu'ils ne peuvent que ponctuellement faire recours à des mécanismes de défense de type psychotique qui provoquent des angoisses persécutoires.
C'est de l'ampleur de cette problématique dépressive et des mécanismes de défense archaïques que découle le polymorphisme symptomatique de ces enfants, notamment les symptômes graves comme les inhibitions plus ou moins massives et des passages à l'acte hétéro ou auto agressifs, ainsi que les deux formes cliniques : hypomaniaque ou anaclitique ou faux self ; et désorganisée (dysharmonique) ou schizo-paranoïde. »

Il continue ensuite par des considérations étiopathogéniques qui nous ont particulièrement intéressées car les histoires familiales de ces jeunes patients correspondent souvent à celle des enfants de l'hôpital de jour :
« Les catamnèses, à l'âge de latence et à l'adolescence, des enfants suivis entre 2 et 5 ans dans notre jardin d'enfants thérapeutique nous ont montré que ceux devenus borderline présentaient des troubles de l'attachement lorsqu'ils étaient de jeunes enfants, les défauts d'attachement à la mère, ou l'hyper attachement compensatoire des précédents, découlant d'une conflictualité interactive sévère mère/bébé. Celle-ci était le fruit des projections très négatives des mères sur leur bébé (mais aussi des pères) qui entraînaient des attitudes maternelles de détachement, de rejet, d'hostilité, etc.
En somme, dans les antécédents très précoces de ces cas, nous trouvons fréquemment des troubles de l'attachement, en rapport avec des conflits de la parentalité de type narcissique chez leurs parents, responsables de diverses modalités de dépression ou d'états hypomaniaques avec hyperactivité et instabilité ou d'états hypomaniaques avec

hyperactivité et instabilité chez les bébés. Parfois, la dépression du bébé se manifeste par l'hyper maturité et l'hyper adaptation aux défauts d'empathie maternels ».

Sans avoir le recul de cet auteur, nous avons vu pendant nos 7 années passées à l'hôpital de jour de Maxéville, une vingtaine d'enfants « limites » que nous avons suivi au quotidien pendant 3 ou 4 ans et dont nous avons parfois des nouvelles lors de commissions d'orientation (CDES) ou parce que les parents ou des collègues nous appellent pour nous demander notre avis. Or beaucoup de ces enfants venaient de notre CATTP pour nourrissons et nous connaissions assez bien leur histoire infantile. Ainsi ces parcours observés sur plus de 10, 12 ans et les discussions que nous avons souvent eues avec Me le Dr Françoise Friot, médecin responsable de ce CATTP, nous amènent à penser que les troubles se cristallisent très tôt autour de graves troubles de l'attachement liés à des problématiques narcissiques des parents. Nous pensons que l'on ne réalise souvent pas la violence psychique qu'entraînent ces dysfonctionnements chez le nourrisson. Peut être en avons-nous une idée par l'intermédiaire du contre-transfert des infirmières du CATTP qui reviennent si souvent bouleversées de ce qu'elles ont pu voir et vivre de ces interactions pathologiques lors des visites à domicile de ces familles à problèmes.

Pour terminer sur ces points de vue francophones et sur la problématique dépressive, citons un court mais didactique article de Bernard Golse (1999) où il pose en termes psychopathologiques, les problèmes que pose la conception d'une continuité de la « structure dépressive » au cours des différents âges de la vie. Ces considérations peuvent tout à fait s'appliquer aux enfants aux graves troubles dont nous avons vu que la co-morbidité avec la dépression est très importante. Nous avons vu le sens qu'en donnait Palacio Espasa, mais il y a, à notre avis, d'autres recherches à faire sur ce sujet.

En 2002, Misés et coll. ont apporté des modifications à la première classification française de 1990 et cette nouvelle version est appelée CFTMEA R-2000. Les auteurs précisent : « Il est apparu possible de reconnaître la place prise par des terminologies ou par des modes d'orientation taxinomique qui sont employés dans d'autres classifications – mais cela sans céder sur le maintien des perspectives psychopathologiques. »

Or il se trouve que parmi les innovations de cette nouvelle édition, qui portent sur des aspects cliniques, psychopathologiques et nosographiques, certaines concernent les deux sous-groupes de notre population :

- Dans le chapitre 1, « Autisme et psychoses », pour la sous–catégorie « psychoses précoces », apparaît la dénomination conjointe « troubles envahissants du développement ». Mais les auteurs précisent bien : « L'introduction de cette terminologie est justifiée car, dans l'ensemble, c'est bien la même problématique qui se trouve couverte par les deux termes ; cependant, ceci n'inclut pas une adhésion des pédopsychiatres français aux théories étiologiques réductrices qui ont fait rejeter le concept de psychose, tant par le DSM que la CIM 10. »

- Plus intéressants encore sont les changements apportés au chapitre 3. Antérieurement dénommé « Troubles de la personnalité et troubles évolutifs hors névrose et psychose », il s'intitule désormais « Pathologies limites ». Cela montre bien, à notre avis, la position des auteurs qui souhaitent que le point de vue français sur la psychopathologie de l'enfant reste avant tout un diagnostic de structure.
Et dans ce chapitre 3 est ajoutée la sous catégorie « Pathologie limite à dominante comportementale ». Dans la correspondance avec CIM 10, il est dit que ces troubles recoupent les catégories : F 91 – Troubles des conduites et F 60.2 – Personnalité dyssociale, « sans leur être entièrement assimilables ».
Par contre, les auteurs semblent se ranger à l'avis de la communauté internationale et un chapitre « Troubles hyperkinétiques » est apparu autonome.
Mais il est classé dans la catégorie 7 « Troubles des conduites et des comportements » juste avant les troubles des conduites alimentaires et les conduites suicidaires sans que l'on comprenne trop le rapport entre ces entités. Alors que nous avons vu qu'il y a un lien évolutif entre les troubles hyperkinétiques, les troubles oppositionnels et les troubles des conduites, ce lien n'apparaît pas du tout dans cette façon de classer les symptômes.

Tout cela montre, à notre avis les limites et les avantages de cette position française, avant tout structuraliste. Ainsi parler d'« état limite » pour des enfants qui présentent des troubles du comportement si graves que toute leur vie psychique et relationnelle en est perturbée, nous semble particulièrement judicieux et correspond bien à ce que nous voyons en clinique pour beaucoup d'enfants de l'hôpital de jour.

Mais en même temps, dans certaines circonstances où c'est un symptôme seul qui domine le tableau clinique, on sent bien que les auteurs sont un peu gênés pour placer ces unités. Alors que les auteurs anglo-saxons classent plus facilement une catégorie symptomatique en fonction de ses associations statistiques avec d'autres.

4) En résumé :

- Il existe bien un « océan » entre les USA et la France ou plutôt entre les points de vue des pédopsychiatres anglo-saxons et Français sur les troubles du comportement de l'enfant.
Les premiers s'intéressent avant tout aux symptômes dont l'hyperactivité/inattention est le signe clé. Les études longitudinales se centrent ainsi sur l'évolution de ces symptômes, leur co-morbidité avec d'autres troubles et quelquefois sur l'impact de traitements qui sont surtout médicamenteux.
Les deuxièmes s'intéressent à la structure psychopathologique sous-jacente à ces troubles, essayent de comprendre les mécanismes de défense qu'utilisent ces enfants et le contexte familial dans lequel ils se sont produits pour pouvoir mener des psychothérapies de manière pertinente, psychothérapies qui restent, de manière implicite mais évidente pour les Français, « le » traitement à proposer à tout enfant en graves difficultés psychologiques.

Les premiers présentent de grandes séries de patients analysés en fonction des critères actuels de la Statistique en sciences humaines.
Les deuxièmes présentent surtout des monographies où l'histoire personnelle et familiale est assez détaillée et les suivis entrepris sur de nombreuses années.

- Si nous revenons maintenant à l'évolution des enfants de l'hôpital de jour qui présentent de graves troubles du comportement, que nous les appelions « dysharmonie évolutive » ou bien « THADA +TO + TC + Dépression + Anxiété », leur devenir à moyen et long terme montre pour la grande majorité, une évolution défavorable en terme de co-morbidité psychiatrique et d'adaptation sociale.

- Les instruments utilisés pour l'évaluation de ces troubles sont nombreux et nous devons avouer que nous avons été quelquefois perdu au milieu de toutes ces échelles dont la plupart

nous étaient totalement inconnues, en dehors des questionnaires de Conners donnés aux parents et aux enseignants.
Cependant si l'on résume les informations fournies par ces échelles, elles explorent la présence et l'intensité des symptômes psychiatriques, des troubles cognitifs et des troubles de l'adaptation sociale en famille et en classe. Pour évaluer le devenir des enfants de Maxéville, il nous faudra utiliser les mêmes instruments ou tenir compte de toutes ces dimensions dans les instruments que nous allons utiliser.

III – Facteurs évolutifs communs aux psychoses infantiles et aux troubles graves du comportement. Pertinence d'une évaluation commune :

Cette revue de la littérature des études sur le devenir de l'enfant psychotique et de l'enfant aux graves troubles du comportement, montre qu'ils ont un certain nombre de points communs dans la mesure où, même si la nature des symptômes est fondamentalement différente dans ces deux types de pathologies, leur gravité entraîne de lourdes conséquences sur la vie relationnelle familiale, scolaire puis professionnelle de ces patients.

De ce point de vue, le terme américain du DSM IV (qui est le même que celui de la Classification Internationale des Maladies, CIM 10), de « troubles envahissants du développement » est assez bien vu car il indique que des symptômes psychiques de par leur gravité vont « envahir » toute la vie psychique puis sociale des enfants. Par contre pour les troubles graves du développement, le terme de « dysharmonie évolutive » est, à notre avis, plus parlant pour décrire ces enfants dont les symptômes externalisés vont aussi envahir toute leur vie relationnelle mais aussi affective.

A propos d'une recherche centrée sur le symptôme « trouble de l'adaptation » (adaptative disability) qu'ils pensent être prédictifs de troubles du développement ultérieur, Russel et Coll. (2002) de l'université du Massachusetts vont suivre pendant 3 ans, à partir de l'équivalent de notre Grande Section de Maternelle (Kindergarten), 126 enfants présentant un « comportement perturbateur » (disruptive behavior) appariés à 43 témoins. Les enfants aux

troubles du comportement étant répartis en deux groupes présentant (28) ou non (98), un « trouble de l'adaptation ».

Ce « trouble de l'adaptation » regroupe des difficultés dans la vie de tous les jours liées à une incapacité de l'enfant à acquérir le minimum de compétences requises pour être socialement autonome alors que leur QI le leur permettrait.

Les résultats indiquent que la majorité des enfants au « comportement perturbateur » présentent nettement plus de troubles d'ordre psychologique et social que les témoins. Le sous–groupe associant un « trouble de l'adaptation », a encore plus de troubles tels que l'hyperactivité, une co-morbidité avec des troubles psychologiques aussi bien internalisés qu'externalisés, des acquisitions scolaires moindres.

Dans leur discussion finale sur l'intérêt de ce concept de « trouble de l'adaptation », les auteurs parlent aussi des instruments à utiliser pour avoir une bonne évaluation des difficultés au quotidien de ces enfants. Ils en citent deux : le « Comprehensive Test of Adaptative Behavior » mais aussi l'échelle de Vineland, habituellement utilisée pour l'évaluation des enfants autistes et psychotiques par un questionnaire aux parents sur les compétences de l'enfant.

Ils notent que ces tests mesurent les acquisitions et les compétences nécessaire à l'enfant pour avoir une vie sociale et relationnelle relativement indépendante dans différents domaines de la vie quotidienne tels l'habillage, la toilette, la propreté, l'alimentation, et toutes les compétences motrices et intellectuelles pour être autonome dans les différentes activités du quotidien comme le jeu et les activités collectives.

Les auteurs confirment à la fin de leur article que ces échelles sont, ou peuvent tout à fait, être utilisées pour les enfants déficients et ceux présentant des troubles envahissants du développement.

Cet article nous a conforté dans l'idée qu'il était possible et scientifiquement intéressant d'utiliser des outils identiques pour évaluer les acquis et les compétences au quotidien des enfants présentant les deux types de pathologies.

C'est aussi l'un des rares articles récents américains qui fait le point sur l'environnement des enfants à troubles du comportement et cite quelques études des années 90 où il est noté plus de difficultés familiales de tous ordres que dans la population générale, comme plus de

divorces, plus de violence, plus de pathologies psychiatriques des parents, plus de conduites parentales inadaptées (ou trop sévère ou trop laxiste).

Ce sont bien les mêmes constatations que nous pouvons faire dans notre quotidien clinique et à part quelques rares enfants vus à la consultation du CHU de l'hôpital d'enfants de Brabois - Nancy où les enfants présentaient un THADA, sans autre symptôme associé et cela dans un contexte familial apparemment sans difficulté, la grande majorité des THADA que nous avons pu suivre, sont associés à des troubles du comportement et surviennent dans un contexte familial et relationnel très perturbé.

Pour continuer à étayer l'intérêt scientifique d'une comparaison enfants psychotiques versus enfants aux graves troubles du comportement, nous allons citer deux études qui se situent sur un autre plan : Celui de rechercher rétrospectivement dans le passé des malades mentaux, les signes pré morbides et prodromiques des syndromes apparus ensuite à l'adolescence et à l'âge adulte.

La première étude est celle du travail suisse de Manzano et coll. (1997). Grâce à la stabilité démographique de leur Canton, ils ont eu la possibilité d'étudier les données médicales de patients ayant consulté en tant qu'adultes les Services Universitaires de psychiatrie et ayant consulté comme enfants les Services de psychiatrie infantile 30 ans plus tôt.
Ils ont sélectionné au hasard 143 patients dont les diagnostics DSM III-R sont ceux de schizophrénies (25), troubles anxieux (25), toxicomanies (25), dysthymie (19), troubles de la personnalité (32), paraphilie (comportement pervers-17).

De nombreuses informations ont été retirées de cette étude. Nous voudrions en pointer quelques unes :
- Dans le groupe des schizophrènes, un tiers (36%) avaient eu le diagnostic de troubles envahissants du développement dans l'enfance; mais il est aussi à noter que 76% ont eu des difficultés scolaires, 84% étaient considérés comme ayant un caractère peu sociable et 28% présentaient une agressivité pathologique.

- Dans le groupe des troubles du comportement, 53% présentaient une agressivité anormalement élevée, 37% des difficultés de socialisation, 53% des difficultés d'attention, 37% des troubles de l'apprentissage.

On retrouve là les données vues dans les chapitres précédents sur une certaine continuité des troubles de l'enfance à l'âge adulte tant pour les psychoses que pour les troubles du comportement.

Mais l'on voit qu'un certain nombre de symptômes se retrouvent dans les deux pathologies comme les difficultés d'apprentissage et les difficultés de socialisation même si on peut penser qu'elles ont un sens assez différent pour les deux groupes.

De plus les auteurs ont fait le choix de n'indiquer les symptômes que s'ils étaient présents dans au moins 30% des enfants de chaque groupe. Nous aurions été curieux de savoir combien d'enfants devenus schizophrènes ont été diagnostiqués hyperactifs. Car l'instabilité psychomotrice et l'inattention sont des symptômes que l'on retrouve très fréquemment dans les psychoses de l'enfant. Toutes les études sur le THADA, précisent dans leurs critères de sélection qu'ils ont éliminé les enfants psychotiques, montrant bien par-là, la co-morbidité symptomatique dans les deux pathologies sans dénier le fait que ces symptômes ont un sens et une fonction bien différents dans les deux troubles. Ceci va se confirmer dans l'étude de Schaeffer.

Schaeffer et Ross (2002), de l'université du Colorado, ont demandé à 17 parents volontaires dont l'enfant a présenté un début de schizophrénie à l'adolescence de participer à un entretien semi-structuré sur les diagnostics et traitements proposés à ces adolescents quand ils étaient enfants.

- Au niveau des symptômes sur 17 patients : 11 avaient un retard et des difficultés scolaires, 6 des comportements agressifs, violents, oppositionnels.
- Au niveau des diagnostics principaux ou secondaires : 7 garçons et 2 filles avaient un trouble envahissant du développement, 6 garçons et 2 filles un THADA, 7 garçons et 4 filles des troubles dépressifs ou bipolaires, 1 fille et pas de garçon un trouble oppositionnel.
- Au niveau des traitements : 13 (!!) ont reçu des psycho stimulants, 9 un traitement antidépresseur, 7 des stabilisants de l'humeur et 4 des neuroleptiques.

Dans leur discussion, les auteurs suggèrent un recoupement entre les troubles du comportement et le THADA dans l'enfance et la schizophrénie à partir de l'adolescence.

Mais il nous faut pointer deux faiblesses à cette étude (le faible effectif de patients et l'étude rétrospective) qui nécessitent de rester prudent sur ces découvertes.
Pour finir, les auteurs se posent la question du retard à la mise en place des neuroleptiques en raison des autres médications proposées en particulier les psycho stimulants et se demandent l'impact de ce retard dans l'évolution des troubles chez ces adolescents. Ils suggèrent que la prescription précoce de neuroleptiques permettrait peut-être d'éviter certaine flambée schizophrénique à l'adolescence.

Le but de ce court chapitre n'était pas de démontrer que psychoses et troubles du comportement sont de même nature mais de souligner que la comparaison des enfants de ces deux groupes a un sens.
En même temps, la diversité des pathologies rencontrées à l'hôpital de jour va permettre de mettre à l'épreuve notre hypothèse 5 qui propose que l'alliance parentale soit un des éléments déterminants de la qualité de l'évolution des enfants.

En guise de conclusion, cette revue de la littérature des évolutions de l'enfant psychotique et aux graves troubles du comportement, nous permet de tirer des conséquences pour notre travail de recherche :

Plus que des hypothèses de travail, il s'agit plutôt de constatations :

- Pour qu'elle puisse être comparable aux études actuelles, une recherche qui évalue le devenir à deux ans de ces enfants, devra utiliser les mêmes instruments que ceux décrits dans les protocoles ou peut-être seulement les outils communs aux deux groupes.

- Si de tels instruments n'existent pas, il nous faudra en créer d'autres ou en adapter en tenant compte des critères actuels de la Science pour examiner l'évolution de ces enfants.

- Les critères d'évolution à moyen et long terme de ces jeunes patients sont assez précis et de deux ordres :
Ceux en lien avec l'évolutivité des symptômes psychiatriques et ceux liés à l'adaptation de l'enfant à son milieu, en termes d'acquis et de compétences sociales.

Pour être précis, nous pourrions alors diviser notre hypothèse 1 en deux sous propositions :

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants":

L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'évolution clinique des enfants.

- Hypothèse 1 a : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'adaptation sociale des enfants.

- Hypothèse 1 b : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à la diminution des symptômes des enfants.

Nous espérons que ces revues de la littérature des chapitres 1 et 2 auront permis au lecteur de situer plus clairement le contexte théorique et clinique dans lequel notre recherche a pris ses sources.
Nous pouvons maintenant entrer dans le vif du sujet en commençant par décrire la méthodologie de notre étude.

Chapitre 3 : Méthodologie

I – Population :

1) Critères de sélection du groupe d'enfants :

Alors que nous avions initialement envisagé de travailler l'alliance thérapeutique avec les enfants présentant une psychose ou une dysharmonie évolutive, de plusieurs hôpitaux de jour de la région de Nancy, la lourdeur du protocole difficile à imposer à d'autres équipes, des pratiques cliniques sensiblement différentes (en particulier des entretiens familiaux qui se font avec ou sans un infirmier référent), nous ont amené à opter pour ne prendre comme objet d'études que les enfants de l'hôpital de jour de Maxéville (où nous travaillons), au risque d'avoir une population relativement limitée en nombre mais avec l'avantage d'avoir pour cette population une prise en charge thérapeutique commune, assez homogène donc comparable.

L'étude a commencé en septembre 1998. Septembre est une période favorable pour inclure des enfants dans un protocole car le rythme des admissions et sorties en hôpital de jour suit souvent les rythmes scolaires. Ainsi, beaucoup d'enfants entrent en septembre/octobre, alors que les fins de prise en charge sont programmées souvent en juin/juillet (l'unité est toujours fermée au mois d'août). Les enfants sortants retournent dans le circuit scolaire traditionnel ou plus souvent vont en classe spécialisée ou partent en I.M.E. (Institut Médico-Educatif) ou en I.R. (Institut de Rééducation).

Ainsi, lors du dernier trimestre de 1998 ont été inclus dans le protocole de recherche **tous** les enfants entrés ou présents à cette période à l'Hôpital de Jour. Nous avons pris l'option de sélectionner tous les enfants, quelque soit leur âge ou leur pathologie, pour ne pas introduire un biais de sélection dans le recrutement de notre population, que nous souhaitions la plus représentative possible d'un hôpital de jour de secteur infanto-juvénile.

Ainsi, 43 enfants ont été initialement inclus dans la recherche.

Mais, au bout de la première année, 9 enfants sont sortis et un a déménagé (il n'était bien évidemment pas question de garder des enfants qui n'avaient plus besoin de soins en psychiatrie sous prétexte d'un travail de recherche !).

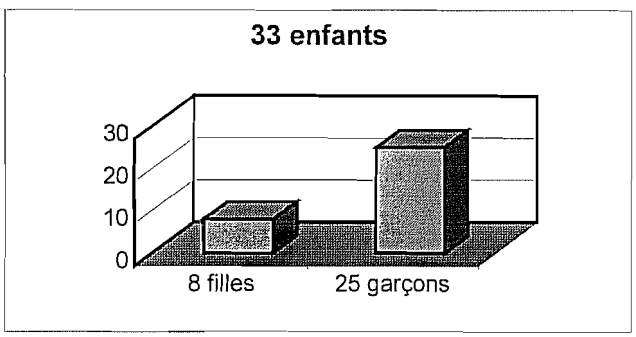
Au total, sont donc restés **33 enfants** et leur famille observés pendant **une période de 2 ans** (± 2 mois en fonction des vacances scolaires de l'été).
En fait, sur les 33 enfants, 4 sont entrés début 1999 mais ont été évalués pendant exactement la même durée de temps, soit 2 ans. Par contre, les 10 nouveaux enfants entrés en septembre 1999 n'ont pu être inclus, faute de temps pour les réévaluer 2 ans après.

En résumé : 53 enfants ont été soignés à l'hôpital de jour de Maxéville entre fin 1998 et début 2001, dont certains sont sortis, d'autres entrés pendant cette période. Ont été gardés pour l'étude les 33 enfants qui étaient présents et ont pu être évalués et réévalués pendant les 2 années complètes de cette étude.

2) **Présentation des 33 enfants :**

Voir tableau n° 5.

a) Répartition par sexe :



L'hôpital de jour de Maxéville ne fait pas exception à toutes les études épidémiologiques sur les troubles du développement de l'enfant (Misés, 1990) : plus des deux tiers de nos patients sont des garçons.

Tableau n°5: Présentation générale des enfants :

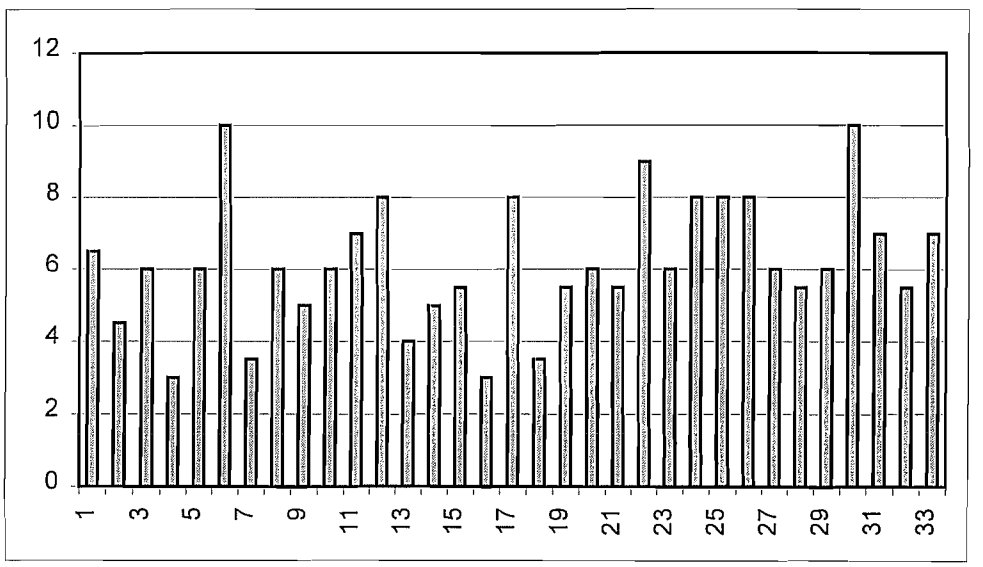
ENFANTS :	NOMS:	SEXE:	RANG DANS LA FRATRIE :	AGE:	DIAGNOSTIC :	
					CIM 10:	CFTMEA:
1	B. Melissa	2	6 sur 6	6,5	92,8	3,00
2	B. Yvan	1	1 sur 2	4,5	84,0	1,00
3	B. Arnaud	1	4 sur 4	6	84,8	1,03
4	C. Franck	1	3 sur 5	3	92,8	3,00
5	C. Camille	2	3 sur 3	6	84,8	1,03
6	D. Michel	1	3 sur 3	10	91,1	3,02
7	D. Nathan	1	2 sur 2	3,5	94,1	3,01
8	F. Kévin	1	3 sur 3	6	84,8	1,03
9	F. Alain	1	1 sur 1	5	91,1	3,02
10	G.J. Eric	1	3 sur 4	6	84,8	1,03
11	G. Kévin	1	1 sur 2	7	84,8	1,03
12	G. Armand	1	2 sur 2	8	84,8	1,03
13	H. François	1	1 sur 1	4	94,1	3,01
14	LAF. Marc	1	1 sur 1	5	94,1	3,01
15	LAI Marc	1	2 sur 4	5,5	84,0	1,00
16	M. Margot	2	1 sur 2	3	84,8	1,03
17	M. Pierre	1	1 sur 1	8	84,8	1,03
18	N. Kévin	1	2 sur 2	3,5	84,8	1,03
19	P. Lilas	2	2 sur 2	5,5	94,1	3,01
20	P. Jim	1	1 sur 2	6	92,8	3,00
21	P. Jules	1	2 sur 3	5,5	84,8	1,03
22	P. Richard	1	2 sur 2	9	84,8	1,03
23	P. Anémone	2	4 sur 4	6	92,8	3,00
24	R. Tom	1	2 sur 2	8	84,8	1,03
25	R. Antoine	1	2 sur 4	8	94,1	3,01
26	R. Jeanne	2	2 sur 2	8	94,1	3,01
27	R. Myriam	2	2 sur 2	6	94,1	3,01
28	S. Arthur	1	2 sur 3	5,5	84,8	1,03
29	S. Gérard	1	2 sur 2	6	91,1	3,02
30	T. James	1	1 sur 3	10	84,8	1,03
31	T. David	1	1 sur 4	7	91,1	3,02
32	V. Anna	2	2 sur 2	5,5	84,8	1,03
33	W. Kévin	1	2 sur 2	7	84,0	1,00

Tous les enfants viennent des environs de Nancy, la plupart des banlieues proches, quelques autres d'un peu plus loin. La famille la plus éloignée habite à 40 Kms de Maxéville.

Tous les enfants viennent en taxi. De temps en temps s'ils le désirent, les parents peuvent conduire eux-mêmes leur enfant et l'accompagner jusque dans l'unité.

Au temps T1, presque tous les enfants étaient scolarisés, au moins à temps partiel. Ceux que nous n'avons pas pu intégrer à l'école sont **Marc, Kévin W** et **Yvan**, en raison de troubles autistiques sévères, **Lilas** et **Kévin N** en raison de leur agitation et de la non-acquisition de la propreté, **Gérard** et **David** en raison de leurs troubles des conduites.

b) Répartition par âge :

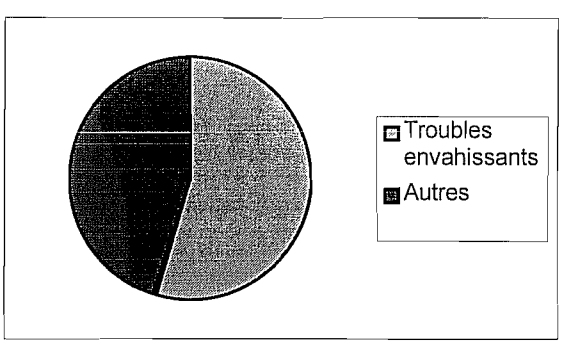


La moyenne d'âge des enfants se situe autour de 6 ans.
Les deux plus âgés ont 10 ans, les deux plus jeunes 3 ans et demi.

c) Répartition par pathologie :

- **Selon la C.I.M. 10 :**

Selon la Classification Internationale des Maladies – 10^{e} édition : C.I.M. 10 (OMS, 1996) :



- 18 enfants présentent des **Troubles Envahissants du Développement (T.E.D.)** (items F 84 de la C.I.M. 10) :

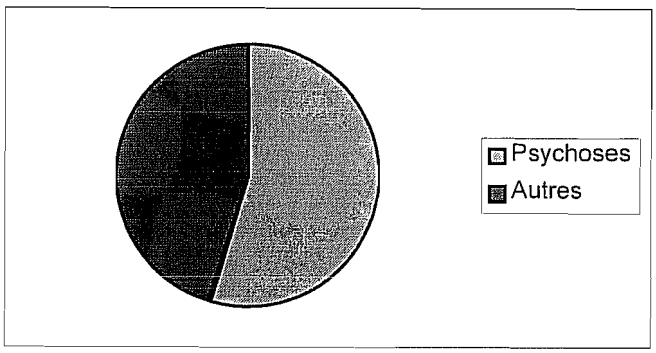
- 3 présentent un autisme infantile (F 84.0)
- 15 d'autres troubles envahissants du développement (F 84.8)

- 15 enfants présentent d'**autres troubles du développement hors T.E.D.** :

- 4 enfants présentent des troubles des conduites (F 91), de type mal socialisé (F 91.1)
- 4 enfants présentent des troubles mixtes des conduites et des émotions (F 92.8)
- 7 enfants présentent des troubles du fonctionnement social, débutant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence (F 94) et plus précisément un trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance (F 94.1) où « la survenue du syndrome est probablement liée directement à une carence évidente, à des abus ou à des mauvais traitements de la part des parents ».

- **Selon la C.F.T.M.E.A. :**

Selon la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent : C.F.T.M.E.A. (Misés, 1990) :



- 18 enfants présentent une **psychose infantile** (item 1 de la CFTMEA) :

- 3 présentent un autisme infantile précoce de type Kanner (1.00)
- 15 présentent une dysharmonie psychotique (1.03)

- 15 enfants présentent une **pathologie de la personnalité** (item 3) :

- 4 des troubles de la personnalité et/ou du comportement pris dans une dysharmonie évolutive (3.00)
- 7 enfants présentent une pathologie narcissique ou/et anaclitique, dépressions chroniques, abandonnisme (3.01)
- 4 présentent une organisation de type caractériel ou psychopathique (3.02)

- **Selon la C.F.T.M.E.A R-2000 :**

Selon la nouvelle version de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent : C.F.T.M.E.A. R- 2000 (Misés et coll., 2002) :

- 18 enfants peuvent être classés dans la catégorie « **Autisme et troubles psychotiques** » (chapitre 1 de la CFTMEA R) :

- 3 présentent un autisme infantile précoce de type Kanner (1.00)
- 15 présentent une dysharmonie psychotique (1.04)

- 15 enfants peuvent être classés dans la catégorie « **pathologies limites, troubles de la personnalité** » (chapitre 3) :

- 4 enfants présentent une dysharmonie évolutive (3.0)
- 7 présentent une pathologie limite avec dominance des troubles de la personnalité (3.1)
- 4 présentent une pathologie limite à dominante comportementale (3.3)

3) Présentation des parents :

a) Les mères :

Voir tableau n° 6.

La moyenne d'âge des mamans est de 33 ans.

Dans trois cas, l'enfant n'est pas élevé par sa mère naturelle.
François vit en famille d'accueil mais voit sa mère toutes les semaines « en milieu neutre », en présence d'une éducatrice. **Lilas** est élevée par sa grand-mère maternelle et son arrière-grand-mère. **Jeanne** est en famille d'accueil depuis qu'elle a dix huit mois et n'a depuis, aperçu sa mère que deux fois lors d'audiences au tribunal pour enfants. Pour **Lilas et Jeanne**, nous n'avons jamais vu les mères naturelles mais vu très régulièrement pour l'une, sa grand-mère et l'autre, son assistante maternelle. C'est donc avec ces deux dames que nous avons mesuré l'alliance thérapeutique en entretien familial.

15 enfants ne vivent pas avec leurs deux parents naturels parce qu'ils se sont séparés (12) ou n'ont jamais vécu ensemble (3).
Les mamans ont souvent « refait leur vie » car seulement 5 enfants vivent avec leur mère seule, les autres ayant eu depuis un (ou des) nouveau(x) compagnon(s). 8 dames ont eu de leur nouvelle union, un ou plusieurs autres enfants.

Tableau n° 6 : Présentation des mères :

ENFANT :	MERE : âge en 1998	MERE : profession
B. Melissa	44 ans	Agent de service
B. Yvan	27 ans	Sans
B. Arnaud	40 ans	Aide soignante
C. Franck	35 ans	Sans
C. Camille	34 ans	Sans
D. Michel	44 ans	Sans
D. Nathan	28 ans	Sans
F. Kévin	31 ans	Vendeuse
F. Alain	28 ans	Sans
G.J. Eric	32 ans	Sans
G. Kévin	33 ans	Agent de service
G. Armand	41 ans	Postière
H. François	22 ans	Emploi protégé
LAF. Marc	32 ans	Sans
LAI. Marc	32 ans	enseignante
M. Margot	25 ans	Auxiliaire de vie
M. Pierre	34 ans	Comptable
N. Kévin	35 ans	Aide soignante
P. Lilas	28 ans	Sans
P. Jim	29 ans	Sans
P. Jules	30 ans	Sans
P. Richard	34 ans	Vendeuse
P. Anémone	44 ans	Agent de service
R. Tom	33 ans	Sans
R. Antoine	29 ans	Sans
R. Jeanne	30 ans	Assistante Maternelle
R. Myriam	26 ans	Sans
S. Arthur	37 ans	Secrétaire de direction
S. Gérard	28 ans	Sans
T. James	42 ans	Ouvrière spécialisée
T. David	27 ans	Sans
V. Anna	40 ans	Institutrice
W. Kévin	32 ans	Esthéticienne

Du point de vue socio-économique,
14 mères sont sans profession mais 10 d'entre elles ont un conjoint qui a un emploi, travail qui n'est cependant pas toujours à temps complet.

- 11 enfants vivent dans un milieu défavorisé (dont 7 familles vivent du RMI- Revenu Minimal d'Insertion),
- 16 foyers sont aux revenus « moyens », sans grosses difficultés financières,
- enfin 7 familles peuvent être qualifiées de « relativement aisées ».

Tous les enfants sont français.
Les parents d'Yvan sont d'origine maghrébine. Ainsi que les mères de Margot et d'Arthur. Ces deux dernières ont gardé très peu de liens avec leur culture d'origine.
Les parents de Melissa sont portugais et le couple parle encore souvent cette langue à la maison mais de moins en moins avec leurs 6 enfants.

b) Les pères :

Voir tableau n°7.

La moyenne d'âge des pères est de 36 ans 1/2.

Le père de **Jeanne** s'est suicidé par noyade alors qu'elle avait moins d'un an.

Celui de **François** est inconnu. La mère n'a jamais voulu révéler son identité, les services sociaux soupçonnent son propre père d'être aussi le père de l'enfant.

La maman de **Lilas** n'a eu qu'une liaison passagère avec un jeune homme qui n'a plus donné de ses nouvelles une fois qu'il a su qu'elle était enceinte.

Tableau n° 7 : Présentation des pères :

ENFANT :	Père :		
	âge en 1998	Profession :	Présence :
B. Melissa	43 ans	Maçon, en invalidité	1
B. Yvan	37 ans	Fleuriste	1
B. Arnaud	33 ans	Graphiste	0
C. Franck	47 ans	Pâtissier	1
C. Camille	45 ans	Peintre en bâtiment	0
D. Michel	40 ans	Représentant	1
D. Nathan	35 ans	Eboueur	1
F. Kévin	33 ans	Ouvrier spécialisé	0
F. Alain	30 ans	Electricien	1
G.J. Eric	35 ans	Carrossier	1
G. Kévin	35 ans	Dépanneur T.V.	0
G. Armand	45 ans	Facteur	1
H. François			0
LAF. Marc	34 ans	Ouvrier	1
LAI. Marc	41 ans	Médecin	1
M. Margot	26 ans	Constructeur de travaux	0
M. Pierre	36 ans	Conseiller financier	1
N. Kévin	34 ans	Enseignant	1
P. Lilas			0
P. Jim	29 ans	Ouvrier	0
P. Jules	35 ans	Représentant	1
P. Richard	33 ans	Contrôleur automobiles	1
P. Anémone	46 ans	Employé communal	1
R. Tom	34 ans	Electro - mécanicien	0
R. Antoine		Mécanicien	0
R. Jeanne	aurait 32 ans	Ouvrier, Décédé à 28 ans	0
R. Myriam	36 ans	Paysagiste	1
S. Arthur	40 ans	Agent hospitalier	1
S. Gérard	28 ans	Ouvrier	0
T. James	44 ans	Cuisinier	1
T. David	33 ans	Régleur sur Presses	1
V. Anna	46 ans	Formateur I.N.R.S.	1
W. Kévin	34 ans	Chef de dépôt	1

4 enfants ont des beaux-pères qui les ont secondairement reconnus. Les mères sont alors très réticentes à révéler l'existence du géniteur d'autant que les enfants étaient tout petits (entre 1 et 2 ans) au moment de la nouvelle rencontre. **Franck** et **Jim** savent tout de même qu'ils ont eu un « autre » papa, même s'ils ne le connaissent pas car ils ont changé de nom vers l'âge de 5 ans.

Gérard n'a vu son père qu'une seule fois à l'âge de 8 ans. **Kévin** ne voit le sien qu'en moyenne une semaine tous les ans. **Arnaud** ne voyait son père que pendant les vacances d'été, mais perdra finalement le contact avec lui à l'âge de 5 ans après un conflit des parents autour du moyen de transport pour l'amener dans le Sud de la France.
Ainsi 8 enfants ne voient jamais leur père naturel ou ne l'ont pas connu. 2 garçons ne le voient que très épisodiquement. Mais 4 ont un beau-père adoptant très présent. **François** et **Jeanne** bénéficient de l'attention soutenue des maris de leur nourrice.

En terme de présence aux entretiens à l'hôpital de jour, cette absence des pères est encore plus importante.
Outre le père décédé, 2 autres inconnus, 8 qui n'ont plus aucun contact avec leur enfant, deux autres pères ne viendront qu'une seule fois à l'entretien d'entrée sans revenir ensuite. Enfin, la mère de **Margot** s'est opposée à ce que nous rencontrions le père. Bien que Margot le voie régulièrement, la mère a reconnu seule ses deux filles et estimait que le père dont elle s'était séparée, n'avait aucune autorité légale et donc aucun avis à donner sur les soins proposés à sa fille. Nous réussirons à la convaincre d'accepter que nous le rencontrions mais ce sera après le temps de la recherche.

Ainsi nous n'avons rencontré que **21 pères sur 33**. En fait même, que **17 pères naturels** si on enlève les **4 beaux-pères adoptants**.

Seulement 15 pères naturels et 3 des quatre beaux-pères sont venus assez régulièrement aux entretiens familiaux. **10 papas (dont 1 beau-père)** ont accompagné leur épouse à tous les rendez-vous.

II- Instruments :

1) Evaluation de l'alliance thérapeutique auprès des parents:

Le choix du questionnaire s'est avéré simple puisque nous avons vu au chapitre 1 qu'il n'existe qu'un seul instrument traduit et validé en français.

C'est la version française du « Penn Helping Alliance questionnaire de Luborsky » (1983, 1985, 1988), que Gerin (1991, 1992) et Dazord (Seulin,1997) ont nommé « **questionnaire des Alliances Aidantes** ». **Voir tableau n° 8**.

Nous avons pu utiliser ce questionnaire grâce à l'aimable autorisation de Me Alice Dazord.

Bien que l'équipe du Script-Inserm ait, lors de leurs recherches (Gerin 1991, 1992), vérifié la fiabilité et la validité inter juges de l'échelle, cet outil n'est pas facile à trouver car il ne figure dans aucune des annexes de cette équipe. Nous avons découvert l'instrument grâce à Me le Docteur Catherine Pichené du Service d'Accueil des Urgences psychiatriques de Nancy, qui l'avait elle-même obtenu du Pr Andréoli, de Genève, qui avait participé à l'une des recherches du groupe (Aapro et coll., 1994).

Me Dazord que nous avons rencontrée à Lyon en 1998, nous a confirmé qu'il s'agit bien de la version utilisée dans les travaux du Script-Inserm.

Mais il serait peut-être temps que des chercheurs français « officialisent » et publient une version utilisable pour tous les cliniciens et chercheurs francophones.

D'autant que la façon de coter l'échelle n'est pas très claire. Gerin (1991) indique une cotation de « –2 à +2 » alors que dans l'ouvrage de Seulin et Dazord (1997) il est noté: « Ces questions autorisent 4 modalités de réponse de 0 = « pas du tout d'accord » à 3 = « tout à fait d'accord ».

Cela nous a obligé à faire deux fois les corrélations statistiques. Comme nous n'avons pas trouvé de différence significative dans les résultats selon l'une ou l'autre façon de coter, c'est finalement le système de « 0 à 3 » qui a été retenu pour toutes les corrélations de ce travail.

Dans la version du Script-Inserm ont été rajoutées 7 questions issues du questionnaire de Barret-Lennard (1962) qui mesure l'authenticité du thérapeute par rapport à son patient. Ce sont, par exemple, des questions comme : « Je dois souvent dissimuler ce que j'éprouve par rapport à lui » ou « J'essaie de lui donner l'impression de l'estimer ou de le comprendre, plus que ce n'est le cas ».

Nous n'aimons pas beaucoup cette formulation qui considère que nous cachons volontairement des choses aux patients. Me Dazord nous avait dit qu'ils n'avaient pas retiré d'informations intéressantes de ces questions rajoutées, ce que confirme la publication de Seulin/Dazord de 1997.

Pendant notre recherche, nous avons utilisé le même questionnaire « original », avec ses 19 questions (Lazignac, 2002) puisqu'il s'agit de la version validée par le Script-Inserm, mais nous n'avons retenu dans nos calculs que les questions d'Alliance Aidante de Luborsky, telles qu'elles se présentent au **tableau n° 8**.

Tableau n° 8 : Questionnaire des Alliances Aidantes de Luborsky :

Nom du patient:

Nom du clinicien : date :

ALLIANCE AIDANTE - VERSION SOIGNANT

Répondez aux questions qui suivent "comme ça vient". C'est ce que vous sentez qui vous est demandé. Répondez en cochant la colonne dont la réponse convient le mieux à la situation

	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
J'aide ce patient				
Ce patient se sent aidé				
Ce patient comprend mieux ce qui se passe en lui				
Ce patient se sent mieux				
Ce patient sent pouvoir résoudre les "problèmes" pour lesquels il a entrepris ces entretiens				
Ce patient sent pouvoir compter sur moi				
Je comprends bien ce patient				
(Ce patient sent que je le comprends)				
Je lui montre bien mon désir qu'il arrive à s'en sortir				
Nous travaillons ensemble, nous "faisons équipe"				
Nous comprenons ses difficultés de la même manière				
Ce patient semble y voir plus clair et devenir plus capable de se débrouiller par lui-même				

Il existe 2 versions du questionnaire des Alliances Aidantes : une pour le patient et une autre pour le thérapeute. Deux problèmes se sont alors posés.

1- Pouvions-nous utiliser la version « patient » auprès des parents ?

Au vu de la formulation du questionnaire, des questions du type « le thérapeute m'aide », « le thérapeute désire que j'arrive à m'en sortir », auraient sans doute amené à penser que nous les considérions comme malades et non comme partenaires. Ensuite, cette formulation de « thérapeute » nous semblait mal appropriée pour parler du médecin responsable de l'hôpital de jour ou du soignant/référent de l'enfant.

2- Ensuite qu'en serait-il de l'anonymat ?

Nous avons vu que les patients répondent aisément au questionnaire à la condition que leurs réponses restent totalement anonymes (Luborsky, 1988). Mais même sans mettre leur nom, les parents auraient-ils vraiment répondu spontanément ?, sachant qu'ils n'ont à faire qu'à un seul médecin responsable de l'unité.

Enfin, il nous a semblé qu'une partie des parents n'avaient pas les capacités cognitives pour pouvoir répondre, de façon pertinente à toutes les questions. Par exemple, 5 mamans ont de grosses difficultés en lecture.

Pour toutes ces raisons, nous avons renoncé à utiliser la « version /patient » dans cette étude.

Mais « n'utiliser que la seule version soignant », n'était-ce pas limiter considérablement l'étude, si l'alliance n'était soumise qu'au seul avis du médecin responsable ?

- C'est pourquoi nous avons décidé de mettre en place un protocole en aveugle :

Après chaque entretien familial, médecin et soignant référent de l'enfant (une douzaine de personnes différentes : infirmières de secteur psychiatrique, éducatrices et moniteur spécialisé, aides-soignantes) ont rempli, sans se concerter, la « version thérapeute » du questionnaire des AA, pour la mère et aussi pour le père s'il était présent.

Nous passions 5 minutes, après chaque entretien, à remplir chacun de notre côté, les questionnaires (qui étaient ensuite rangés dans un placard fermé à clé). Ensuite médecin et soignant échangeaient leurs impressions sur la teneur de l'entretien.

Jamais nous n'avons interprété le moindre résultat du questionnaire pendant les deux ans du protocole.

Ainsi les membres de l'équipe ont compris que leurs réponses resteraient anonymes et n'auraient aucune conséquence sur la vie du Service.

Il était « vital » pour la validité de la recherche que les soignants puissent coter «le plus naturellement possible » ce qu'ils pensaient des parents, même s'il s'agissait de sentiments très négatifs, sans que leur travail soit remis en cause au niveau institutionnel.

Pour être tout à fait honnête, nous devons reconnaître que nous sommes intervenu au début de la recherche afin que toutes les réponses de l'AA soient « cochées ».

En effet, le personnel de l'hôpital de jour n'ayant pas l'habitude d'utiliser des questionnaires de recherche, avait tendance, quand il hésitait sur des items, à ne pas répondre à la question.

Nous sommes donc intervenu pour expliquer aux soignants, « qu'un questionnaire rempli à moitié » n'avait aucune valeur scientifique et qu'il était très important pour la recherche, que chacun vérifie si son autoquestionnaire était complet, avant qu'il ne soit rangé.

2) Evaluation de l'évolution sociale des enfants:

La revue de la littérature nous a montré que pour évaluer de façon pertinente sur deux années des enfants psychotiques ou présentant des troubles du comportement, il fallait tenir compte de leur évolution sociale dans les activités du quotidien, en parallèle de l'évolutivité de la symptomatologie.

Nous avons cherché, dans notre mémoire et dans les manuels consacrés aux échelles en psychiatrie (Barthélemy 1991, Dugas 1994, Guelfi 1997), des instruments qui pouvaient convenir à notre population et qui mesurent les compétences et le comportement dans le quotidien de nos jeunes patients.

- La « Child Behavior Check-List-**CBCL** » (traduction de Fombonne et coll., 1988) est un instrument descriptif des comportements d'enfants de 4 à 16 ans, apportant des informations sur les troubles émotionnels, comportementaux ou sociaux, à partir de l'évaluation par les parents. Or nous ne voulions pas utiliser une échelle remplie par les parents. En effet, la littérature montre (Luborsky 1985, Fenton 2000) qu'il risque d'y avoir un effet de chevauchement qui fausse les résultats, si l'alliance et le devenir sont évalués par la même personne. Puisque nous évaluons l'alliance avec les parents, nous ne voulions pas utiliser un instrument qui ne tiendrait compte que de leur point de vue sur l'évolution.

De plus, selon Dugas (1994), la CBCL est un instrument de dépistage et nous avons craint qu'il ne soit pas assez précis pour notre recherche.

- La « Children Global Assessment Scale-**C-GAS** » (Shaffer et coll., 1983) est l'équivalent pour l'enfant de l'Echelle globale de Fonctionnement de l'adulte. Nous avons vu que des versions très proches de ces deux échelles constituent l'axe V des DSM III et IV (APA, 1989, 1994) et sont aussi utilisées pour le PMSI en psychiatrie. Mais cette façon très « Gestaltiste » d'évaluer le fonctionnement global du patient, pour intéressante qu'elle soit, ne nous semblait pas assez opératoire pour beaucoup enfants de Maxéville, notamment les enfants très psychotiques dont il était à craindre, hélas, que leur niveau de gravité du handicap reste sensiblement le même deux ans plus tard.

Parmi ces quelques échelles d'évaluation « du comportement et des compétences », une est très souvent citée, il s'agit de :

- la « **Vineland** Adaptative Behavior Scale » (Sparrow, 1984) qui est une échelle assez complète qui évalue les comportements adaptatifs de l'enfant dans quatre grands domaines : la communication, les compétences de la vie quotidienne, la socialisation et la motricité fine et globale. Mais elle se remplit par un entretien semi-structuré avec les parents et comme pour la CBCS, nous ne voulions pas de risque de chevauchement. De plus, il est souvent précisé que la Vineland, nécessite « un entraînement préalable » (Dugas, 1984) et nous pensions ne pas être autorisé à l'utiliser pour une recherche publiée, sans avoir la « formation officielle » en Grande-Bretagne. Enfin, nous pensions qu'elle était réservée essentiellement aux enfants psychotiques et nous n'avions pas encore eu l'opportunité de lire, au début de ce travail, l'article de Russel et coll. (2002) dont nous avons décrit la recherche au chapitre 2 et où il est indiqué la possibilité et l'intérêt d'utiliser la Vineland, bien sûr dans les psychoses infantiles mais aussi dans les troubles majeurs du comportement de l'enfant.

« Ne pas avoir utilisé la Vineland » et malgré les réserves que nous venons de faire part, sera à mettre au chapitre « des regrets » qui terminera ce travail de thèse. En effet, cette échelle est très souvent utilisée dans tous les travaux anglo-saxons consacrés à l'évolution des psychoses et « l'utiliser » aurait permis d'éventuelles comparaisons avec les travaux anglo-saxons.

Mais une autre échelle d'évaluation du comportement et des compétences est aussi régulièrement citée, même si elle est beaucoup moins connue, il s'agit de :

- L'inventaire des progrès du développement social – PAC :

Créé par Gunzburg (1969), il a été traduit en français par une équipe belge de Louvain (Magerotte et Fontaine, 1972).

Nous ne connaissions pas cet outil qui est destiné à évaluer le degré de handicap mental dans la vie quotidienne. Il existe une première version pour les enfants de 0 à 3 ans (**PPAC**) une autre pour les enfants à partir de 3 ans jusque 13-14 ans (**PAC-1**) et une troisième (**PAC-2**) pour les adolescents après 13 ans.

Barthélemy et Delord (1991, citant Leveau, 1982), précisent que : «Le PAC n'est pas à proprement parler, une échelle quantitative d'évaluation du comportement. Il fournit cependant aux médecins, psychologues et éducateurs des informations concrètes et chronologiquement répertoriées sur différents secteurs du développement de l'enfant. La lecture du diagramme individuel obtenu permet un contrôle immédiat du niveau d'acquisition et la mise en place d'un programme rééducatif et/ou thérapeutique bien adapté ».

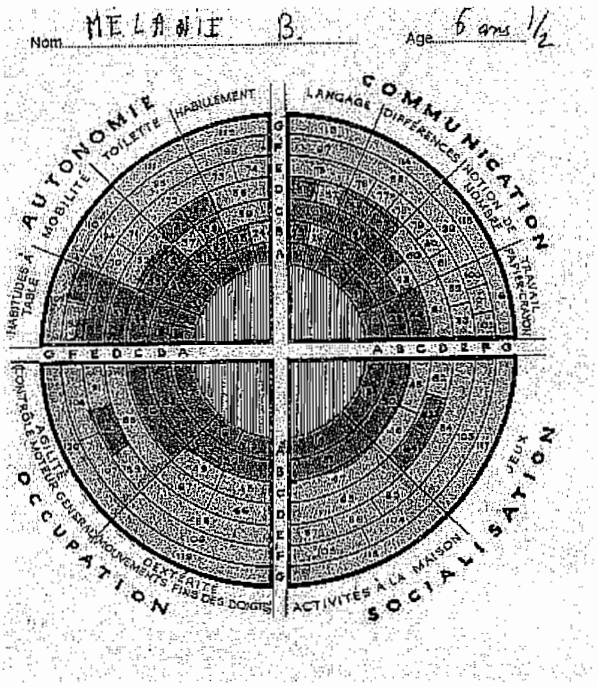
Voir tableau n° 9, page suivante.

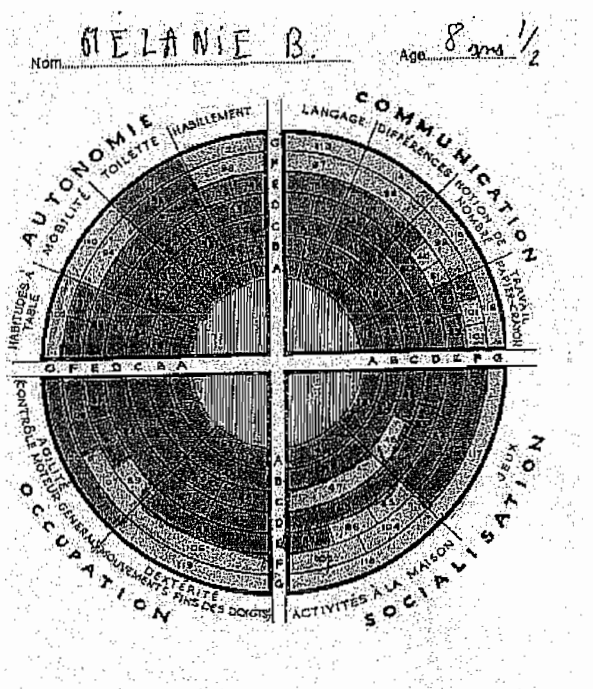
Cette échelle nous est apparue assez complète et présente deux points forts : elle peut être remplie par les soignants d'une équipe indépendamment d'un entretien direct avec les parents (même si quelques items spécifiques de comportement à domicile ont nécessité une réponse de leur part) ; et surtout elle s'utilise pour des enfants qui ont des retards d'acquisition quelle que soit la pathologie sous-jacente.

Sa formulation est quelquefois un peu « vieillotte » mais opératoire et certaines expressions, typiquement belges, ont amusé les équipes au moment des cotations.

Dugas (1994) précise que l'évaluation est moins précise que celle de la Vineland. Mais tous les grands domaines de la vie sociale et des compétences de la vie quotidienne y sont explorés.

Tableau n° 9 : Exemple de présentation du PAC :





- En orange : items acquis (foncé)
- En bleu : items non acquis (clair)

Les PAC sont édités par l'Association Nationale d'Aide aux Handicapés Mentaux de Belgique.

Nous sommes alors allés à Bruxelles, acheter des exemplaires de l'Inventaire ainsi que le manuel de cotation. Dans celui-ci, il est précisé que même si le but premier de l'échelle n'est pas une mesure quantitative, il est toujours possible de sommer les items qui se codent par couleurs « acquis, non acquis » mais qui peuvent se coter en « 0 = non acquis »et « 1 = acquis ».

L'instrument nous a semblé complet, évaluant quatre grands domaines de la vie : Autonomie, Communication, Socialisation et Occupation. **Voir tableau n° 10**.

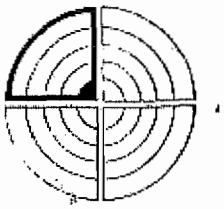
Cependant le PAC a le défaut de ne pas avoir été évalué, ni étalonné sur une population normale. Les niveaux moyens de réussite ont été définis à partir des résultats obtenus par 156 enfants retardés hospitalisés. Cela n'est cependant pas un handicap pour notre étude puisque nous n'avons pas de population de témoins normaux. C'est le temps qui joue, en quelque sorte, le rôle de témoin puisque nous allons comparer un même groupe à deux ans d'intervalle et c'est comme si, virtuellement, nous comparions deux cohortes différentes.

Le PAC 1 nous a ainsi semblé être un bon instrument, validé, assez complet, et qui correspond tout à fait à notre population, assez hétérogène en âges et en pathologies.

Dans ce travail, le PAC 1 a été rempli par l'équipe soignante, lors des réunions de synthèse, sans que le médecin ne donne son avis, pour diversifier les sources d'évaluation. Nous avons considéré que les membres de l'équipe, qui partagent le quotidien des enfants, étaient les mieux placés pour répondre à l'inventaire. Quelques questions ont été posées aux parents lors des entretiens familiaux.

Tableau n°10 : Détails des 120 items du PAC 1 :

AUTONOMIE



Habitudes à table

1.	Emploie une cuiller pour manger sans requérir d'aide.....	A
2.	Boit sans renverser et en tenant le verre d'une seule main..	A
18.	Emploie une fourchette sans difficulté (la nourriture peut être coupée et préparée	
19.	à l'avance	B
20.	Capable de se servir une boisson seul	B
34.	Se sert lui-même et mange sans réclamer beaucoup d'aide	C
51.	Emploie un couteau pour étendre le beurre, la confiture, etc.....	D
69.	Emploie un couteau pour couper sans beaucoup de difficulté	E
92.	Emploie un couteau et une fourchette correctement et sans difficulté	F
93.	Verse des boissons (thé, café, lait) avec un pot ou une cruche	F
109.	Emploie un couteau pour peler un fruit ou couper le pain en tranches	G

Mobilité

3.	Monte les escaliers, les deux pieds ensemble sur chaque marche	A
4	Descend les escaliers, les deux pieds ensemble sur chaque marche	A
20.	Utilise un type quelconque de véhicule de jeu	B
35.	Monte les escaliers, un pied sur chaque marche sans se tenir	C
36.	Descend les escaliers, un pied sur chaque marche sans se tenir	C
52.	Va chez les voisins et dans les environs immédiats	D
70.	Nécessite peu de surveillance quand il joue hors de la maison pendant une heure ou plus	E
71.	Vagabonde sans demander beaucoup de surveillance	E
94.	Va dans le voisinage non surveillé mais sans traverser la rue	F
110.	Va dans le voisinage non surveillé et traverse la rue	G

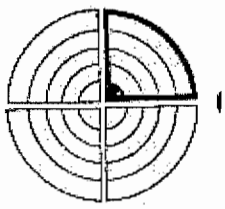
Toilette

5	Va à la toilette sans de fréquents accidents	A
21.	Demande pour aller à la toilette ou y va de lui-même	B
22.	S'essuie les mains convenablement sans grande aide	B
37.	Prend soin de lui-même à la toilette, s'essuie et se lave les mains	C
38.	Se lave les mains avec du savon d'une manière satisfaisante	C
53.	Se lave la figure d'une manière plus ou moins acceptable (pas nécessairement derrière les oreilles)	D
54.	Se brosse les dents	D
72.	S'arrange les cheveux à intervalles réguliers	E
95.	Se lave convenablement et complètement sans grande supervision	F
111.	Prépare tout ce qu'il lui faut pour se laver (par ex. fait couler l'eau pour le bain et rassemble tout le nécessaire : savon, essuie)	G

Habillement

6.	Enlève ses chaussures	A
7.	Participe à son habillage	A
23.	Enlève et met des vêtements faciles	B
24.	Déboutonne ses vêtements à des endroits facilement accessibles	B
39.	Attache et ajuste ses vêtements (boutons, boucles, fermeture-éclair)	C
55.	Se déshabille le soir avec peu de supervision	D
73.	S'habille le matin avec peu de supervision	E
74.	Met lui-même la plupart des vêtements ordinaires	E
96.	Noue ses lacets	F
112.	Noue une cravate (garçon), fait un nœud, par ex. noue un ruban dans les cheveux ou noue un tablier (fille)	G

COMMUNICATION



Langage

8.	Obéit à des ordres simples	A
9.	Comprend des ordres contenant : sur, dans, derrière, sous, au-dessus, devant, au-dessous	A
25.	Raconte des faits d'une manière cohérente	B
26.	emploie des phrases contenant des pluriels, des temps passés, le « je », des prépositions	B
40.	Comprend des questions simples et y répond adéquatement	C
56.	Est capable de définir des mots faciles	D
57.	Emploie des phrases complexes avec : parce que, mais, etc.	D
75.	Est capable d'exécuter un ordre triple : par ex. « mets ceci... puis ... et après ... »	E
97.	Est capable de comprendre des mots indiquant des directions : au-dessus à gauche, en bas à droite, etc.	F
113.	Est capable de répéter une histoire sans beaucoup de difficultés	G

Différences

10.	Est capable de préciser le sexe (par ex. homme, femme, garçon, fille	A
27.	Est capable de trier les couleurs par assortiment	B
41.	Etablit une différence entre : court et long, grand et petit, épais et mince	C
58.	Reconnaît quatre couleurs ou plus et en donne le nom sans erreur	D
59.	Sait distinguer le matin de l'après-midi	D
76.	Montre la « gauche » et la « droite » sur lui-même (bras gauche, oreille droite)	E
77.	Nomme les jours de la semaine et en reconnaît plusieurs	E
78.	Comprend la différence entre : jour et semaine, minute et heure, etc.	E
98.	Lit l'heure jusqu'au quart d'heure	F
114.	Lit l'heure et l'associe à différents événements et actions de la journée	G

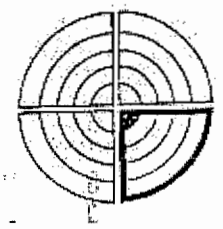
Notion de nombre

11.	Est capable d'établir une différence correcte entre **un** objet et **beaucoup** d'objets	A
28.	Comprend la différence entre **deux** et **beaucoup** d'objets	B
42.	Est capable de compter mécaniquement dix objets	C
43.	Est capable de faire des opérations pratiques jusque 4 (y compris « enlever »)	C
60.	Est capable de sérier des objets d'après la taille, du plus petit au plus grand	D
79.	Est capable de compter mécaniquement 30 objets ou plus	E
80.	Est capable de faire des opérations pratiques jusque 13 ou plus (y compris « enlever »)	E
81.	Est capable de reconnaître la monnaie courante jusque 5 F.B., ou 1 F.F., ou 1 F.S.	E
99.	Est capable d'additionner différentes pièces de monnaie jusque 5 F.B., ou 1 F.F., ou 1 F.S.	F
115.	Est capable de changer 5 F.B., ou 1 F.F., ou 1 F.S.	G

Travail papier-crayon

12.	Tient un crayon et est capable d'imiter des traits verticaux et des ronds	A
29.	Est capable de copier des cercles	B
44.	Dessine un « bonhomme » primitif avec une tête et des jambes	C
61.	Dessine des « bonshommes » et des « maisons » reconnaissables	D
82.	« Ecrit » son nom en imprimés et le reconnaît parmi d'autres mots et noms imprimés	E
83.	Est capable de reconnaître 40 mots usuels ou plus	E
100.	« Ecrit » son nom (en écriture ordinaire)	F
101.	Lit des instructions simples : par ex. dans les transports publics (en plus des mots usuels)	F
102.	Ecrit l'adresse sur une enveloppe d'une manière satisfaisante	F
117.	Lit des choses faciles imprimées (par ex. programme de radio-tv)	G

SOCIALISATION



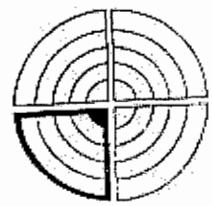
Jeux

13.	Joue **en compagnie** des autres, mais ne coopère pas encore avec d'autres	A
30.	Attend son tour, est capable de « partager » quelquefois	B
45.	Joue en coopération avec « d'autres »	C
46.	Aime amuser les autres	C
62.	Joue à des jeux de compétition (cache-cache, jeu du chat, etc.)	D
63.	Joue des histoires qu'il a entendues	D
64.	Chante, danse sur de la musique, met des disques	D
84.	Joue à des jeux de table faciles (jeu de puce, dominos, jeu de l'oie, etc.)	E
103.	Joue à des jeux de balle faciles avec d'autres (par ex. se passer la balle)	F
117.	Participe à des jeux d'équipe et obéit aux règles	G

Activités à la maison

14. Va chercher et apporte quelque chose sur demande ..... A
31. Aide aux tâches ménagères (par ex. débarrasser la table, balayer, etc.) ..... B
47. Va faire des courses faciles en dehors de la maison C
65. Est envoyé dans les magasins, un adulte l'attend dehors ..... D
85. On peut lui confier de l'argent pour faire une course ..... E
86. Va au magasin et achète les marchandises demandées ..... E
87. Prend de petites responsabilités ..... E
104. Aide à la maison en allant dans différents magasin et en rapportant les articles demandés ..... F
105. Effectue des tâches faciles et routinières sans surveillance, par ex. vider la corbeille à papiers, apporter de l'eau, du lait, le journal ..... F
118. Effectue des tâches routinières plus compliquées sans supervisions, par ex. cirer les chaussures, laver la vaisselle ..... G

OCCUPATION



Dextérité (mouvements fins des doigts)

15. Est capable d'enfiler de grosses perles ..... A
16. Est capable de dévisser des couvercles avec un mouvement de torsion, ou de tourner des boutons de porte ..... A
32. Est capable de couper du papier avec des ciseaux ..... B
48. Est capable d'utiliser d'une manière constructive plasticine, blocs de construction, etc. C
49. Est capable de découper des images, mais pas de façon très précise C
66. Est capable d'enrouler du fil sur une bobine d'une manière assez régulière ..... D
67. Est capable de faire des constructions élaborées avec des matériaux adéquats (briques, matériel de construction, etc.) ..... D
88. Est capable de couper du tissu avec des ciseaux ..... E
106. Est capable d'arranger en piles des papiers, des cartes à jouer, etc., d'une manière convenable..... F
119. Est capable de couper très soigneusement autour d'un contour ..... G

Agilité (contrôle moteur général)

17. Est capable de donner un coup de pied dans une balle sans tomber ..... A
33. Est capable de sauter les pieds joints ..... B
50. Est capable de se tenir sur la pointe des pieds pendant 10'' C
68. Est capable de sautiller les pieds joints ..... D
89. Les garçons emploient un marteau correctement, les filles commencent à coudre. . E
90. Est capable de lancer une balle et toucher une cible de 30/30 cm, placée à 1 m. 50. E
91. Emploie du matériel de terrain de jeux avec assez de sûreté (balançoires, bascules, cordes, etc.) E
107. Emploie des outils, des ustensiles de cuisine, des outils de jardin ..... F
108. Est capable de rester en équilibre sur la pointe des pieds en se penchant en avant... F
120. Est capable de rester en équilibre sur la pointe des pieds en position accroupie .... G

3) Evaluation de l'évolution symptomatique des enfants:

Nous avons effectué la même démarche que pour l'évolution sociale et avons cherché dans les différents manuels, un instrument qui pourrait correspondre à l'ensemble des enfants de notre population.

Peut-être plus encore que pour les échelles d'évaluation globale du comportement et des compétences, les échelles de symptômes visent des patients atteints d'un type particulier de troubles.

Nous avons d'abord exploré du côté des outils évaluant les enfants autistes :

- Nous utilisions déjà, pour les autistes, la « Children Autistic Rating Scale – **CARS** » (Schopler, 1980) qui est un instrument intéressant permettant de classer l'enfant en « non autiste », « autisme modéré » et « autisme sévère » mais trop spécifique pour évaluer autre chose que la pathologie autistique.
- Il en est un peu de même pour l' «Echelle des Comportements Autistiques – **ECA** » (Lelord et Barthélemy, 1988). Bien que les 20 items de cette échelle française, traduite en anglais, puissent en partie s'appliquer à beaucoup d'enfants de notre population. Car ils se regroupent en 7 rubriques, inspirées du DSM-III, correspondant à différents domaines de comportements observés chez les enfants autistes mais certains symptômes peuvent se retrouver dans d'autres pathologies: troubles de la communication verbale et non verbale, réactions affectives inadéquates, troubles de la motricité, troubles de l'attention et des perceptions. Ainsi beaucoup d'items de cette échelle sont intéressants de retenir ; de plus la façon de coter de « 0 à 4 » l'intensité des symptômes nous a semblé très opératoire.

Les échelles d'hyperactivité se centrent sur les troubles du comportement et le syndrome hyperactivité/déficit de l'attention :

- Les échelles de **Conners**, évaluent dans la version revisitée à 48 items (Conners, 1982) : les troubles des conduites, les problèmes d'apprentissage, les manifestations psychosomatiques, l'impulsivité hyperactivité et l'anxiété. Mais elles sont seulement destinées aux parents et aux enseignants.

Enfin les échelles de dépression et d'anxiété ne nous ont pas semblé directement utiles telles quelles. Par exemple :

- Le « Children Depression Inventory – **CDI** » (Kovacs, 1985), échelle la plus utilisée chez l'enfant selon Dugas (1994), est une échelle d'autoévaluation de l'enfant lui-même, utilisable à partir de l'âge de 7 ans. Notre population a une moyenne d'âge de 6 ans à l'entrée et la plupart des enfants ne savaient pas encore lire.
- La « Children Depressive Rating Scale – **CDRS** » (Posnansky, 1979) a l'avantage d'être une échelle d'hétéro évaluation cotée par des cliniciens entraînés, à partir de sources multiples et notamment de l'entretien avec l'enfant. Mais bien des items de cette échelle, tels que : « suicide et idées suicidaires », « idées noires », « pessimisme », ne nous ont pas semblé applicables à beaucoup de nos jeunes patients.

En résumé, si bien des items de ces échelles nous semblaient intéressants dans le cadre de notre évaluation, aucun instrument, dans sa globalité, ne convenait à la variété de pathologies et d'âges de notre population.

En fait, il nous fallait une échelle mixte, évaluant à la fois les troubles du comportement et les symptômes psychotiques, suffisamment sensible pour repérer des évolutions cliniques quelquefois minimes au fil du temps, chez ces enfants si sévèrement perturbés.

Après réflexion et discussion avec notre directeur de thèse, nous avons décidé de créer notre propre instrument d'évaluation des symptômes.

Nous avons dans un premier temps, refait une lecture de tous les compte rendus de synthèse sur 6 mois, pour voir quels étaient les symptômes les plus fréquemment rencontrés en clinique quotidienne.

A partir de cette base, nous avons utilisé la technique du « brainstorming » et avons consacré quelques réunions de l'équipe soignante de Maxéville, à compiler de manière la plus exhaustive possible, l'ensemble des symptômes rencontrés en pratique.

Cette technique a été souvent utilisée dans les recherches du Script-Inserm. Ainsi Dazord (Seulin, 1997) écrit : « Le plus souvent, lorsque l'on cherche à être proche du questionnement clinique des soignants, les échelles existantes sont très insuffisantes…C'est pourquoi il nous est apparu indispensable, pour répondre aux attentes des cliniciens, de ne jamais négliger de prendre en compte leur problématique dans les études évaluatives. Il est tout à fait possible de réaliser des études évaluatives sur les psychothérapies, à la condition de respecter leur spécificité et de ne pas vouloir leur appliquer mécaniquement la méthodologie utilisée pour les essais thérapeutiques ou les enquêtes épidémiologiques ».

Par exemple, à cette époque, certains membres de l'équipe travaillaient les « contenants corporels » dans toute une série d'ateliers thérapeutiques : atelier massage, enveloppements, atelier sport, piscine et jeux d'eau. Et ils tenaient beaucoup à prendre en compte des symptômes psychomoteurs comme « les démarches maniérées », « la marche sur la pointe des pieds », « la tendance à être toujours au sol » et « la non-utilisation de certaines parties du corps ».

Mais dans leur globalité, les signes pathologiques que nous avons retrouvés, correspondent tout à fait à la séméiologie classique des manuels.

Nous avons ensuite repris la lecture de la CFTMEA (Misés, 1990) et de la CIM 10 (OMS, 1996) et classé nos symptômes en 8 rubriques classiques (réactions de retrait, troubles de la fonction langagière, troubles des conduites motrices et de l'image du corps, etc.), soit 45 symptômes en tout. **Voir tableau n°11.**

Cet instrument s'avère assez proche de l'ECA, cité ci-dessus, y compris dans la façon de coter de « 0 à 3 ». Mais les symptômes psychotiques y sont plus détaillés et surtout, de nombreux signes liés aux troubles du comportement y sont ajoutés.

Nous avons appelé cette échelle : « **Maxéville 1998** ».

Le PAC1 étant coté par un consensus de l'ensemble de l'équipe et pour éviter les effets de chevauchement, seuls le médecin et chaque soignant/référent ont rempli de façon indépendante **la Maxéville 1998**.

Comme cet instrument n'est pas encore validé, nous avons décidé, sur les conseils de notre directeur de thèse, de comparer les deux notes et revoir avec le référent s'il y avait plus de 2 points d'écart à un item. La plupart du temps, un tel écart s'expliquait par une erreur de cotation, les points de vue du médecin et du soignant/référent étant souvent concordants.

Cette démarche serait discutable, si nous voulions valider la cohérence inter juges de cette échelle. Mais telle n'est pas notre démarche, nous voulions surtout avoir une évaluation des symptômes, la plus juste possible.

A cette occasion, nous nous sommes aperçu que l'équipe cotait mieux que nous même. En effet, nous avions, par exemple, tendance à ne cocher les symptômes de retrait que pour les psychotiques. Les soignants nous ont alors fait remarquer combien les enfants hyperactifs avaient un « regard inadéquat ou difficile à accrocher », « ne supporte pas les changements ».

Nous avons ainsi réalisé le recoupement des sphères symptomatiques touchées aussi bien dans la dysharmonie psychotique et que dans la dysharmonie évolutive, même si sur le fond, les symptômes ont un sens bien différent dans l'une et l'autre pathologie.

En fait, comme nous avions construit cette échelle, nous partions avec des « a priori » et avions tendance à être plus attentif aux symptômes classiques de la psychose pour les enfants autistes et inversement étions très vigilant à repérer tous les troubles comportementaux dans les dysharmonies évolutives. L'équipe soignante n'avait aucun de ces « a priori », d'autant qu'elle n'a pas l'usage dans son quotidien professionnel de la pratique des questionnaires ni des échelles de diagnostic telle que la SFTMEA que les médecins utilisent tous les jours pour l'évaluation des nouveaux patients.

Ainsi, les soignants, dans leur grande majorité, libres de ces pré requis et « de tout travail de thèse », ont utilisé la Maxéville 1998 de façon très pragmatique d'autant qu'ils connaissent bien les enfants au quotidien.
C'est pourquoi quand il y a eu désaccord entre le médecin et le référent sur certains items, c'est l'avis du soignant qui a prévalu dans la cotation.

Tableau n°11 : Détails de la « Maxéville 1998 » :

ECHELLE DE SYMPTOMESPOUR ENFANTS PSYCHOTIQUES
OU AVEC DES TROUBLES GRAVES DU COMPORTEMENT
« Maxéville1998 »

NOM de L'ENFANT :
Date de Naissance : Date de l'examen :

Examinateur :

Durant ce dernier mois,
avez-vous constaté chez l'enfant :

	points 0 jamais	1 quelquefois	2 souvent	3 toujours
I – REACTIONS DE RETRAIT :				
1 - regard inadéquat ou difficile à accrocher				
2 - indifférence à la présence de l'autre				
3 - difficulté à se séparer de l'adulte (angoisse de séparation)				
4 - recherche l'isolement				
5 - immuabilité, ne supporte pas les changements				
6 - utilisation inadéquate d'objets ou de jouets				
7 - refus de câlins, de l'approche corporelle de l'adulte				
II - TROUBLE DES CONDUITES MOTRICES ET DE L'IMAGE DU CORPS :				
1 - troubles du tonus global (hypo ou hypertonie)				
2 - stéréotypies gestuelles				
3 - démarche anormale, maniérée, marche sur la pointe des pieds				
4 - mauvaise utilisation de parties du corps (hémicorps - bras - jambe)				
5 - tendance à être toujours au sol				
6 - instabilité, agitation psychomotrice				
III - TROUBLES DE LA FONCTION LANGAGIERE :				
1 - pas ou peu d'appétence pour le langage oral				
2 - cris et émissions sonores répétés				
3 - stéréotypies verbales, écholalie, logorrhée				
4 - jargon, discours confus				
IV - TROUBLES D'ALLURE NEVROTIQUE :				
1 - phobies : peurs irraisonnées				
2 - rituels (de rangement, de nettoyage, de lavage)				
3 - obsessions : idées répétitives ou intérêt exclusif en secteur (électricité, ascenseur,...)				
4 - conduites d'inhibition : se met trop à l'écart, timidité excessive, mutisme,...				

V - MANIFESTATIONS DE RUPTURE AVEC LA REALITE :

	jamais	quelquefois	souvent	toujours
1 - bizarrerie de contact				
2 - interprétation persécutive d'événements du quotidien				
3 - ne fait pas la différence entre jeu et réalité (« faire semblant » non acquis, trop pris dans l'histoire d'un conte,...)				
4 - difficultés à sortir d'un jeu ou d'une rêverie imaginaire qui envahit la pensée				
5 - rire immotivé, discordant				

VI - TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES :

1 - troubles du sommeil				
2 - troubles sphinctériens (non acquisition de la propreté , énurésie, encoprésie)				
3 - troubles alimentaires (anorexie, boulimie, bizarreries alimentaires - hyperselection, refus des morceaux, rites alimentaires, ...)				
4 - troubles somatiques mineurs (otites, rhinopharyngite, gastroentérite,...)				

VII - TROUBLES DU COMPORTEMENT :

1 - crises de colères, agitation aiguë				
2 - intolérance aux frustrations (n'accepte pas le refus de l'autre)				
3 - incapacité à respecter les règles du groupe				
4 - incapacité à différer, à attendre son tour				
5 - incapacité à jouer avec les autres				
6 - auto-agressivité				
7 - hétéroagressivité verbale				
8 - hétéroagressivité physique				
9 - difficultés à imiter l'adulte (à faire comme l'adulte)				
10 - mimétisme excessif				

VIII - DEFAILLANCE DE L'INVESTISSEMENT COGNITIF :

1 - troubles de l'attention				
2 - ne peut travailler, apprendre, que sous le regard de l'adulte				
3 - ne peut pas travailler, apprendre, si l'adulte le regarde				
4 - auto-dévaluation, peur de l'échec +++				
5 - impossibilité ou difficultés à laisser une marque, une trace écrite				

4) Evaluation de l'engagement dans le soin des enfants:

En dehors des travaux du Script-Inserm, nous n'avons vu dans la littérature qu'un seul article traitant de l'évaluation empirique des soins institutionnels. L'article porte le titre de : Proposition d'un instrument pour l'évaluation des psychothérapies avec médiations : l'ACESAM (Granberg et coll., 1993). La démarche nous semblait intéressante avec le souci d'évaluer des ateliers thérapeutiques proches de ceux de Maxéville. Nous avons écrit au docteur Granberg qui n'a pas continué sa recherche et l'instrument n'a pas été mis au point.

« Evaluer le soin institutionnel » n'est pas une démarche anglo-saxonne et nous n'avons retrouvé aucune référence en langue anglaise.

Nous sommes alors intéressé de plus près à « l'échelle d'engagement dans le soin » telle qu'elle a été mise au point dans la recherche à l'hôpital de jour pour adulte de la MGEN (Seulin et coll., 1989, 1997).

Dans le but d'évaluer les effets psychothérapiques des soins institutionnels, l'idée de créer cette échelle leur est venue lors de discussions entre chercheurs et cliniciens, ces derniers pensant que, plus que le comptage de la présence des patients aux ateliers, c'était « ce qui se passe » au cours des actes qui leur apparaissait le plus important.

Ils ont alors défini « le soin » comme : « le travail sur la relation soignant/soigné dans l'un quelconque des sous-espaces du cadre institutionnel ».

La principale caractéristique de l'instrument est de définir, à côté des aspects positifs, des paliers négatifs de disqualification ou de destructivité du soin, rarement présents dans les échelles relationnelles (Seulin, 1997). Ainsi l'échelle utilise un gradient qui définit cinq catégories d'engagement, de « –2 à +2 ». **Voir tableau n°13.**

Nous avons pu utiliser cette échelle grâce à l'aimable autorisation de Me Alice Dazord.

Outre son autorisation, lors de notre rencontre de 1998, Me Dazord nous a conseillés de voir avec l'ensemble de notre équipe, si les paliers convenaient pour les enfants. En effet, lors de la vérification de la cotation inter juges, s'ils ont constaté une bonne cohérence de l'équipe c'est probablement, parce qu'ils s'étaient clairement mis d'accord sur les paliers et le sens qu'ils leur donnaient.

Nous avons alors utilisé la même méthodologie que pour l'échelle de symptômes. Nous avons d'abord regardé, dans les comptes rendus de synthèse sur une période de 6 mois, comment les soignants parlaient de l'implication des enfants en ateliers puis nous avons réuni l'équipe soignante pour un « brainstorming » dont le point de départ était la grille de cotation initiale. Par rapport à cette dernière, il y a eu un large consensus des soignants autour du fait, qu'avec les enfants psychotiques, « ne pas participer à l'atelier » dans une attitude trop neutre d'indifférence au monde extérieur, était, du point de vue psychopathologique, plus grave que de disqualifier activement le soin. « Disqualifier » c'est déjà « entrer en relation », même si c'est sur un versant négatif.

Nous avons donc convenu que, contrairement à la grille d'origine, nous coterions «–1 » pour « l'attitude trop neutre » et « 0 » pour « la disqualification du soin par un processus quelconque ». **Voir tableau n°13.**

La plupart des ateliers de l'hôpital de jour s'organisent avec un ou deux soignants responsables (musico thérapeute, art thérapeute, animateurs des différents ateliers thérapeutiques ou cognitifs) et un consensus général de l'Engagement paraissait difficile à réaliser. C'est pourquoi nous avons interrogé chaque soignant /animateurs, de façon individuelle et fait la moyenne des notes en ateliers pour chaque enfant.

Tableau n°12 : L'échelle d'engagement dans le soin :

ECHELLE D'ENGAGEMENT DANS LES SOINS
(version enfant)

NOM DU PATIENT :

DATE DE NAISSANCE :

DATE DE SYNTHESE :

NOMBRE DE ½ JOURNEES DE PRESENCE :

LES APPROCHES PSYCHOTHERAPEUTIQUES	ENGAGEMENT (-2) à (+2)	FREQUENCE / SEMAINE
- ARGILE		
- ATELIER SCOLAIRE		
- ATELIER OUVERT		
- BAIN MASSAGE		
- CONTES		
- CUISINE		
- DIAPO-CONTES		
- EVEIL		
- JARDIN D'ENFANT		
- JARDINAGE		
- JUDO		
- LUDOTHEQUE		
- MUSIQUE		
- ORDINATEUR		
- ORTHOPHONIE		
- PATAUGEAOIRE - JEUX D'EAU		
- PEINTURE		
- PISCINE		
- PONEY - EQUITATION		
- SPORT		
- THEATRE		
- AUTRES		

Tableau n°13 : Manuel de codage de l'échelle d'engagement dans le soin :

CODAGE DE L'ECHELLE D'ENGAGEMENT DANS LES SOINS
(version enfant)

(-2) Incapacité à participer à l'acte soignant :

- par immuabilité autistique (refus,impossibilité de faire quoi que ce soit de nouveau)
- refus de rester dans le lieu
- intellectuellement pas capable de comprendre de qui s'y passe et agitation réactionnelle
- instabilité psychologique actuelle ou autre symptôme empêchant d'entreprendre la moindre activité
- volonté active de « casser » la séance en gênant les autres et transgressant systématiquement le cadre.

(-1) Attitude trop Neutre :

- passivité, peu de prise de parole
- production trop en miroir de l'autre
- production trop neutre

(- 0) Disqualification par un processus quelconque :

- non respect de toutes les règles du cadre
- gêne les autres enfants
- débordé par l'angoisse, l'excitation
- mutisme ou refus partiel de participer.

(+1) Attitude d'Investissement positif :

- demande à aller en atelier (par ses dires ou son attitude)
- plaisir groupal, à être avec les autres
- attention, adaptabilité
- identification (non adhésive) aux autres

(+2) Autonomisation - Individuation :

- tout ce qui est en (+1) et :

- possibilité d'évoquer authentiquement sa souffrance, ses éprouvés
- possibilité de tolérer la frustration
- attitude non agressive par rapport à l'échec.

5) Résumé des modes de cotations des instruments:

Pour éviter les effets de chevauchement entre l'évaluation de l'alliance et celle de l'évolution des enfants et leurs engagements dans le soin, nous avons essayé de diversifier les sources d'informations, ainsi :

- l'alliance thérapeutique avec les parents a été évaluée indépendamment par le médecin et chaque soignant/référent, à l'aide du questionnaire des Alliances Aidantes, à l'issue de chaque entretien familial entre les temps T1 et T2.
- l'évolution sociale des enfants a été réalisée à l'aide du PAC1 au temps T1 et T2, par un consensus de l'ensemble de l'équipe (psychologues et orthophoniste incluses) en dehors de l'avis du médecin.
- l'évolution symptomatique des enfants a été faite grâce à une échelle de symptômes personnelle, la grille Maxéville 1998, reprenant 45 items de la séméiologie classique. Elle a été passée aux temps T1 et T2, indépendamment par le médecin et le soignant/référent. C'est le consensus, entre les deux notes, pondéré par l'avis du soignant qui a été retenu.
- la participation des enfants aux ateliers a été évaluée par une adaptation pour enfants de l'échelle d'engagement dans le soin de Seulin et Dazord. C'est la moyenne des notes indépendantes de chaque responsable d'ateliers qui a été retenue sans que l'avis du médecin intervienne. Les ateliers changeant d'une année sur l'autre, les notes ont été demandées à chaque trimestre, la première puis la deuxième année. C'est la moyenne de l'engagement la deuxième année qui a été finalement retenue. En effet, un différentiel d'engagement entre le début et la fin de l'étude ne nous a finalement pas paru pertinent dans la mesure où les enfants n'avaient plus toujours les mêmes ateliers d'une année sur l'autre.

III - Les hypothèses de travail :

Maintenant que nous venons de détailler nos instruments, nous pouvons reprendre une à une nos hypothèses théoriques pour poser nos hypothèses pratiques de travail.

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants":

L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'évolution clinique des enfants.

- Hypothèse 1 a : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'adaptation sociale des enfants.

= <u>Hypothèse de travail 1 a</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés à l'évolution sociale au PAC. Les notes d'alliance des parents devraient être corrélées au nombre d'items acquis au PAC (PAC au temps T2 moins PAC au temps T2).

- Hypothèse 1 b : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à la diminution des symptômes des enfants.

= <u>Hypothèse de travail 1 b</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés à une plus grande disparition des symptômes à la grille Maxéville 1998. Les notes d'alliance des parents devraient être corrélées au nombre de symptômes disparus (Maxéville 1998 au temps T1 moins Maxéville 1998 au temps T2).

Remarque : La soustraction se fait dans un sens pour l'échelle Maxéville 1998 et dans un autre pour le PAC. En effet ces deux instruments ne mesurent pas la même chose. Du point de vue clinique, on peut espérer avoir moins de symptômes après deux ans de soins (différentiel

mesuré dans le sens T1-T2). Par contre du point de vue de l'évolution sociale, on peut s'attendre à ce que les enfants aient plus d'acquis après deux ans d'autant qu'ils ont grandi. (différentiel mesuré dans les sens T2-T1).

Hypothèse 2 : "Alliance des parents et engagement des enfant dans le soin ":

L'alliance avec les parents devrait être corrélée à l'engagement des enfants dans le soins institutionnel.

= **Hypothèse de travail 2 : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés aux scores des enfants l'échelle d'engagement dans le soin.**

Hypothèse 3 : "Valeur prédictive de l'alliance précoce":

- 3a : La qualité du lien noué avec les parents pendant les premières semaines devrait être prédictive de ce que sera l'alliance pendant la cure de l'enfant.

= **Hypothèses de travail 3 a : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes à la fin des deux premiers mois après l'entrée de l'enfant (T1) devraient être corrélés aux scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes à la fin des deux ans (T2)**

- 3b : Cette alliance précoce avec les parents devrait être prédictive du devenir de l'enfant.

= **Hypothèses de travail 3b : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes (en positif ou en négatif) à la fin des deux premiers mois après l'entrée de l'enfant (T1) devraient être corrélés aux scores (en positif et en négatif) au PAC et à la grille Maxéville 1998.**

En effet, dans toutes les études anglo-saxonnes, l'alliance précoce n'est pas mesurée à la première séance mais autour des troisième à cinquième rencontres avec le thérapeute, pour laisser un minimum de temps pour que se crée le lien (Horvarth 1994, Martin, 2000).

"Attendre quelques semaines" a d'autant plus d'intérêt, dans une institution pédopsychiatrique, que cela correspond aux premières réactions des parents face aux premiers changements des enfants (Bailly Salin, 1980, Geissmann, 1984).

Hypothèse 4 : "Evolution de l'alliance avec le temps":

L'alliance thérapeutique des parents devrait être un processus évolutif avec le temps et l'état clinique de l'enfant.

= **Hypothèse de travail 4 : Les bons et mauvais scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes au temps T1 et T2 devraient être corrélés à des bons et mauvais scores différentiels au PAC et à la grille Maxéville 1998 des enfants.**

Hypothèse 5 : "Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel":

L'alliance thérapeutique avec les parents devrait être corrélée à l'évolution des enfants quel que soit le type de pathologies présentées par l'enfant.

= **Hypothèse de travail 5 : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés avec les scores au PAC et à la grille Maxéville 1998, aussi bien pour les 18 enfants psychotiques que pour les 15 jeunes patients aux troubles majeurs du comportement.**

Chapitre 4 : Résultats, analyses statistique et qualitative, discussion

L'étude statistique a été réalisée grâce à la collaboration active de Monsieur le Professeur Bernard Legras du Service d'Informatique Médicale, Epidémiologie et Statistiques du Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy.

Le logiciel utilisé se nomme SESIM (Saisie et Exploitation Statistiques de Données Médicales), «Mis au point par B. Legras...une de ses particularités essentielles est la possibilité pour le médecin utilisateur de créer et d'adapter aisément des questionnaires définis par des variables codées - de type liste, numérique, calculée, date ou heure - ou textuelles - commentaires courts - » (Escanye et coll., 2001).

I – Résultats et mises à l'épreuve statistique des hypothèses de travail :

1) Résultats globaux :

Il est à noter que nos données ne sont pas normées.
C'est-à-dire que les moyennes que nous allons présenter, ne peuvent être comparées à des études antérieures en terme, par exemple de "bons ou mauvais scores" des parents par rapport à une étude antérieure puisque c'est la première recherche qui évalue l'alliance avec les parents; il en est de même pour la grille Maxéville 1998 que nous utilisons pour la première fois, pour l'adaptation « enfant » de l'échelle d'engagement dans les soins. C'est moins vrai pour le PAC bien qu'il n'ait été évalué que sur un groupe d'enfants handicapés hospitalisés.

L'intérêt de ces chiffres est donc « relatif », c'est-à-dire que se sont les comparaisons des scores des patients entre eux et par rapport à leur moyenne qui vont être étudiés. C'est comme si nous avions travaillé sur les niveaux de 33 enfants d'une même classe, en

comparant les premiers et les derniers et regardé leur parcours pendant deux ans, mais sans que cela nous donne le niveau général de cette classe par rapport aux autres de l'école.

A – L'alliance thérapeutique avec les mères:

Nous avons vu, dans le chapitre méthodologie, que nous avons mesuré l'alliance avec les parents après chaque entretien familial pendant deux années, soit un nombre de données importantes et assez disparates puisque certains parents étaient demandeurs de rencontres très régulières tous les 6 à 8 semaines alors que d'autres ne venaient qu'une ou deux fois dans l'année.
Me Dazord nous a déconseillé d'utiliser toutes ces données qui devenaient trop importantes par rapport au nombre de patients, en l'occurrence 33. Il semblait plus rigoureux de ne tenir compte que de l'alliance précoce, comme c'est généralement le cas dans la littérature (Luborsky 1986, Horvath et Luborsky 1993, Martin et coll. 2000) et de la comparer à l'alliance en fin de protocole.

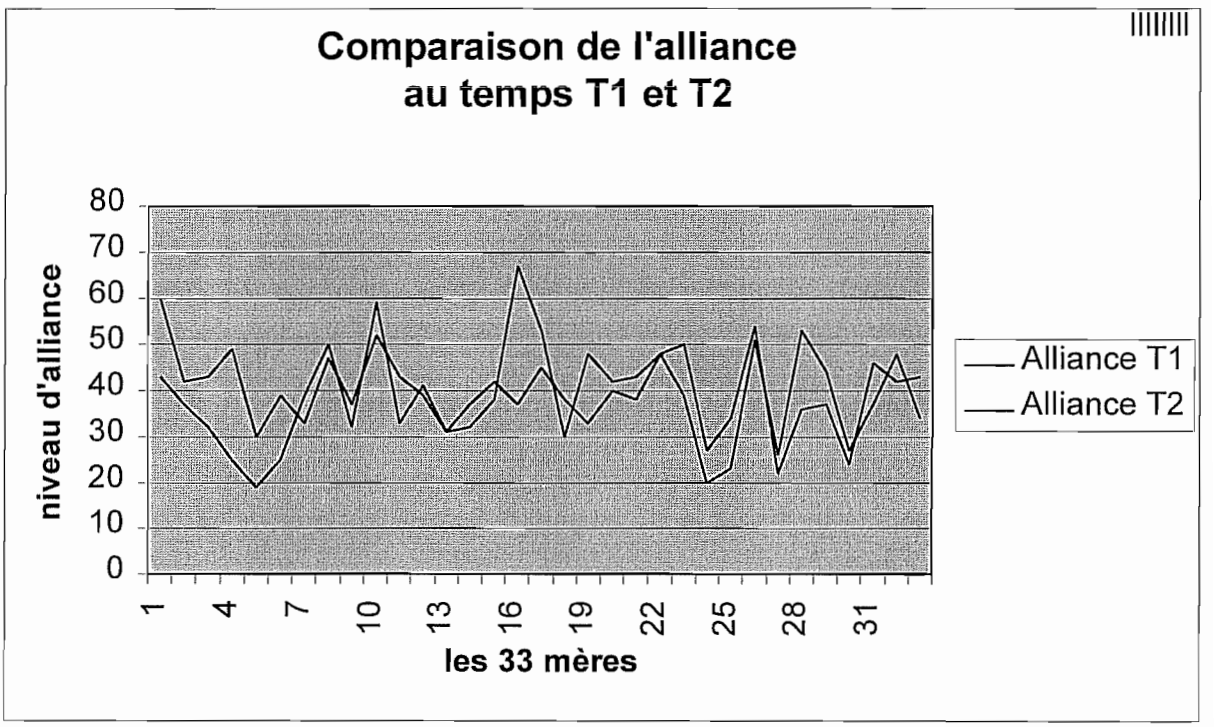
Par ailleurs nous avons vu que la présence des pères aux entretiens, est beaucoup moins fréquente que celle des mères et quand ils viennent, leur présence est moins régulière. Ainsi nous n'avons pu recueillir au temps T1 et T2, que les alliances de seulement 11 pères, soit moins de la moitié de notre effectif et utiliser ces informations partielles risquait de fausser les résultats.

Ainsi de toutes les données d'alliance recueillies pendant deux ans, nous n'avons utilisé pour l'étude statistique que :

-L'alliance "précoce", avec la mère, définie dans ce travail comme l'alliance mesurée après au moins deux mois de présence de l'enfant dans l'institution, aussi appelée "Alliance T1",

- L'alliance mesurée deux ans plus tard, mesurée en même temps que la réévaluation des enfants, aussi appelée "Alliance T2".

Schéma n°1 :



- La moyenne des Alliances avec les mères au temps T1 est de 37,54 /72 (points cumulés du médecin et du référent) (soit une moyenne de 10,43/20)[1]. L'écart type est de 9,27.

- La moyenne des Alliances au temps T2 est de 40,84 /72 (points cumulés du médecin et du référent) (soit une moyenne de 11,34/20). L'écart type est de 10,59.

En deux ans, l'alliance progresse globalement un peu mais la différence des moyennes entre le temps T1 et T2 n'est pas significative.

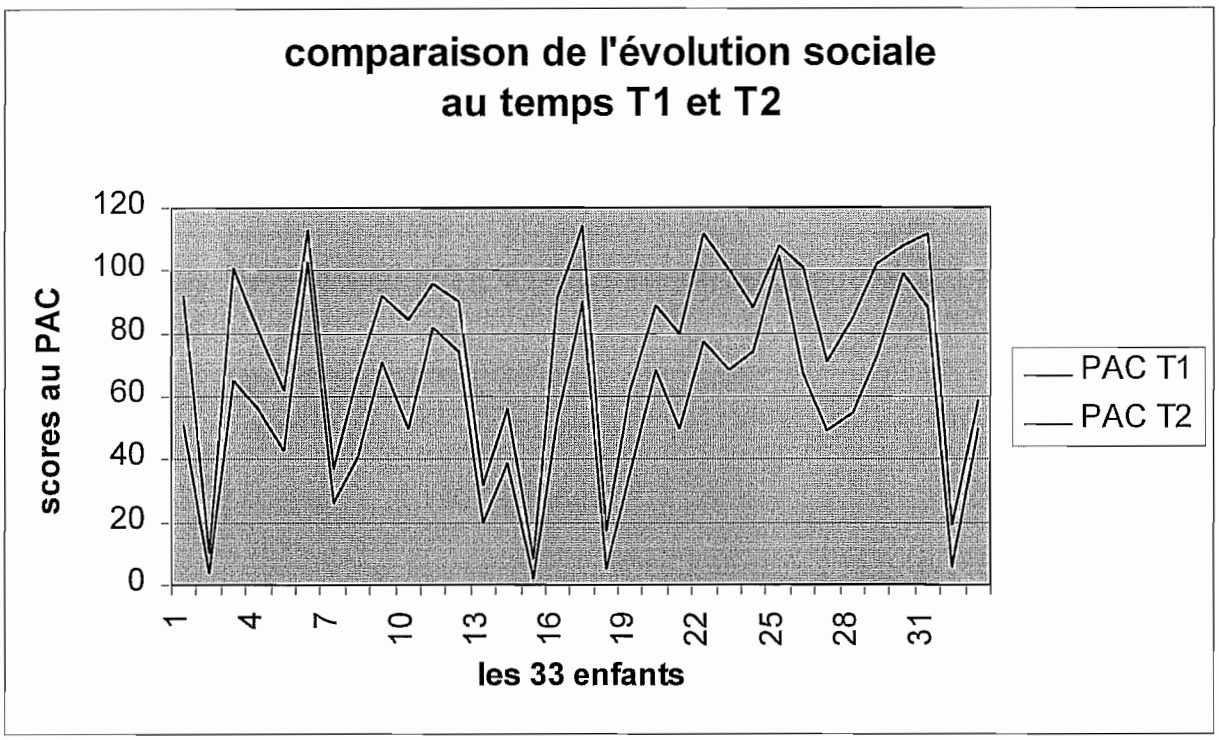
En fait comme le montre le schéma n°1, il y a un certain parallélisme entre les cotations aux deux temps, avec une tendance à l'accentuation des tendances surtout du côté des alliances positives.

13 mamans ont une moins bonne alliance à la fin qu'au début : si on répartit ces mères en trois groupes égaux : on en retrouve 6 dans le groupe des "mauvaises" alliances, 4 dans celui des alliances "moyennes" et enfin 3 dans le groupe des "bonnes" alliances (voir tableau n°14).

[1] Les notes ramenées à 20 n'ont pas été utilisées dans les corrélations statistiques et ne sont là que pour donner au lecteur un « reflet » parlant des moyennes des échelles qui ont toutes des cotations différentes.

B – L'évolution de l'adaptation sociale :

Schéma n°2 :



- La moyenne de l'évolution sociale du PAC au temps T1 est de 55,75 /120 (soit une moyenne de 9,29/20). L'écart type est de 28,28.
- La moyenne de l'évolution sociale du PAC au temps T2 est de 76,93 /120 (soit une moyenne de 12,82/20). L'écart- type est de 31,67.

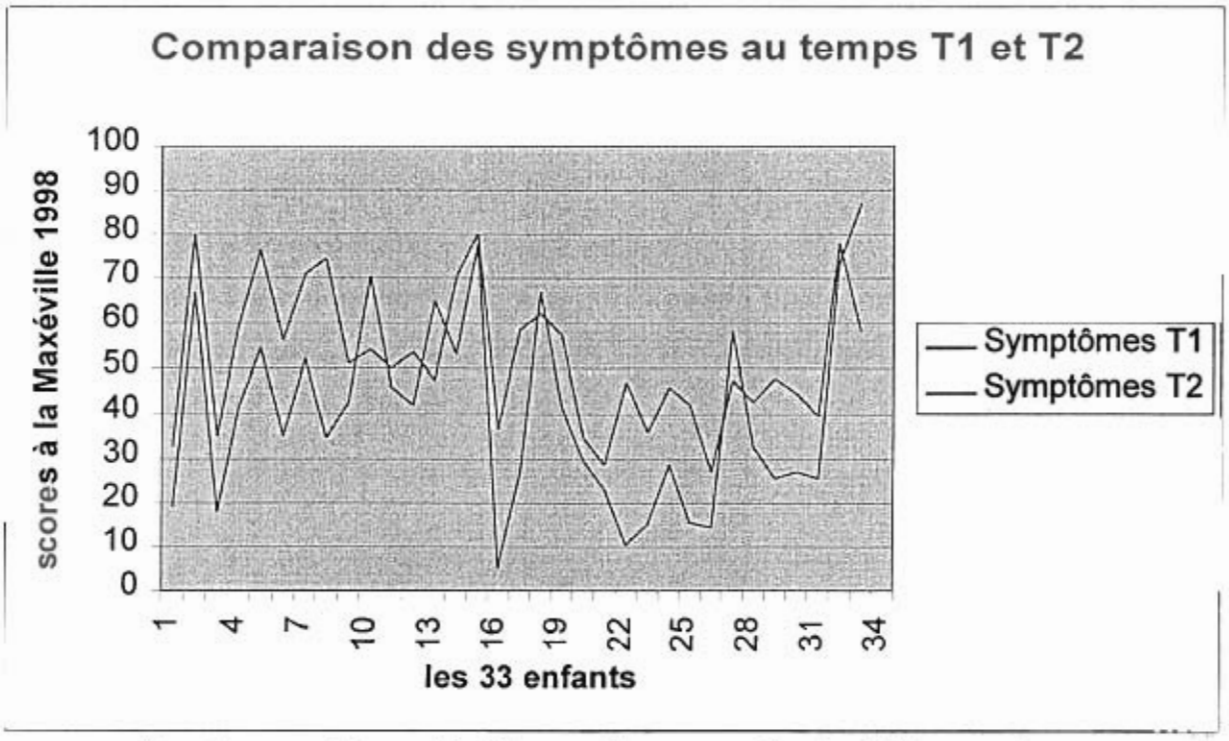
Globalement tous les enfants ont progressé en deux ans. Ce résultat doit être pondéré par le fait que notre population est composée d'enfants dont l'ouverture sociale et les progrès cognitifs se font "avec le temps" et malgré leurs troubles.

3 enfants ont malheureusement très peu évolué. Il s'agit de Marc (patient n°2) et Yvan (n°15) qui présentent, tous deux, une forme sévère d'autisme, ils n'ont pas de langage et un déficit intellectuel majeur. Et d'Antoine (n°25) qui présente des troubles du comportement avec inhibition cognitive et dont l'alliance avec la mère est particulièrement mauvaise.

Ce sont **Margot** (n°16) et **Melissa** (n°2) qui ont progressé le plus vite. C'est avec ces deux mères que nous avons eu les meilleures alliances finales.

C – L'évolution symptomatique des enfants :

Schéma n° 3 :



Attention, ce schéma se lit à l'envers des autres : Plus les chiffres sont bas, moins l'enfant a de symptômes.

- La moyenne des symptômes à la grille Maxéville 1998 au temps T1 est de **52,27** /135 (soit une moyenne de 7,74/20). L'écart type est de 15,3.

- La moyenne des symptômes à la grille Maxéville 1998 au temps T2 est de **40,10** /135 (soit une moyenne de 5,94/20). L'écart type est de 21,6.

Dans cette cotation, la note 0/135 (ou 0/20) correspondrait à l'absence de tout signe pathologique.

Si beaucoup d'enfants perdent (ou diminuent l'intensité) des symptômes, d'autres, hélas, vont garder la majorité de leurs troubles et 5 enfants ont même plus de signes pathologiques qu'à leur entrée.

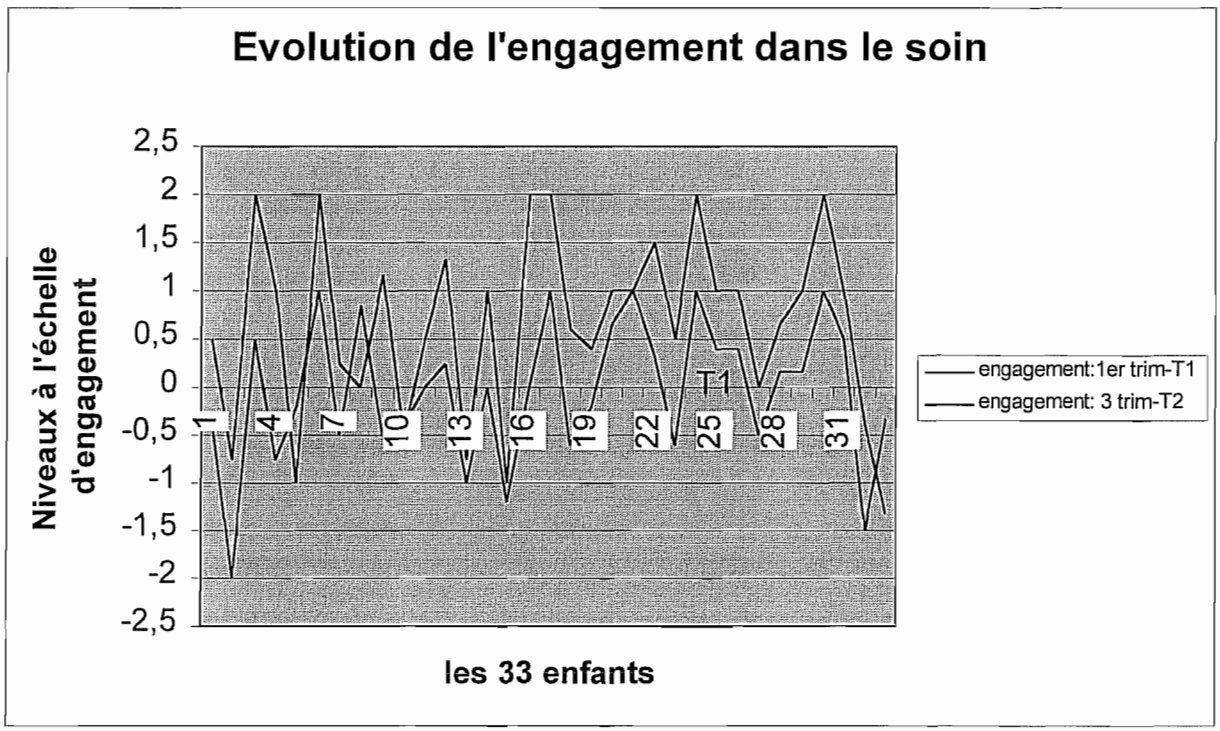
Ainsi deux ans plus tard, les différences se creusent entre les enfants qui ont beaucoup progressé et ceux qui stagnent ou s'aggravent ; ce que montre l'augmentation de l'écart type au temps T2.

C'est **Kévin** W (n°33) qui se dégrade le plus avec une aggravation à la grille Maxéville de 29 points. Avec **Eric** (n°10), ce sont des enfants que nous avions classés « dysharmonie psychotique » et qui malgré le temps et les soins, présentent beaucoup plus de symptômes à type d'évitement, de bouderies négativistes et de ritualisation. Et un observateur extérieur qui les aurait évalués au temps T2, les aurait probablement classés dans la catégorie « autisme avec bon niveau langagier ».

C'est **Margot** (n°16) qui progresse le plus (elle a aussi l'un des meilleurs scores au PAC), c'est aussi avec sa maman que nous avons eu l'une des meilleures alliances.

D – Evolution de l'engagement dans le soin :

Schéma n°4 :



- La moyenne de l'engagement dans le soin au premier trimestre de la première année (T1) est de **-0,04** /-2,+2. l'écart type est de **0,75**.

- La moyenne de l'engagement dans le soin au troisième trimestre de la deuxième année (T2) est de **0,65** /-2,+2. l'écart type est de **0,97**.

En moyenne l'engagement des enfants dans les ateliers est en nette progression. Nous n'attribuons pas cette progression qu'aux enfants mais aussi à l'équipe soignante qui déploie une énergie considérable pour adapter les ateliers aux besoins de nos jeunes patients.

Mais notre population en ce qui concerne les différents niveaux d'engagement apparaît particulièrement hétérogène avec des écarts-types largement plus importants que les moyennes

Seuls 4 enfants ont un niveau d'engagement plus faible à la fin de la deuxième année. Ce sont tous des enfants psychotiques.

On retrouve **Kévin W** et **Eric** dont les symptômes autistiques ont envahi de plus en plus leur vie psychique et sociale.

Les deux autres sont **Camille** (n°5) et **Kévin F** (n°8) qui vont tous deux développer avec le temps une symptomatologie délirante. Camille se construit en faux -self et derrière une présentation de plus en plus charmante avec des phrases stéréotypées du type « Comment allez-vous ? , Je suis charmée de faire votre connaissance ! », elle développe un regard sur le monde clivé, morcelé et paranoïde.

Kévin F quant à lui exprimera au fur et à mesure qu'il sortira de sa "bulle" autistique, des fantasmes de morcellement et d'éclatement, en particulier de la sphère intestinale, très impressionnants.

Ces 4 enfants, avec des troubles psychotiques majeurs, ont eu tendance à exprimer de plus en plus de fantasmes archaïques et des propos délirants en ateliers d'expression, au fur et à mesure qu'ils sortaient de leur "bulle autistique", avec des débordements anxieux qui ont été parfois difficilement contrôlables, amenant le médecin à limiter les indications de ce type d'ateliers pour privilégier les ateliers cognitifs qui n'ont cependant pas eu un impact extraordinaire. L'investissement dans les ateliers a donc été particulièrement problématique pour ces 4 enfants d'où les mauvais scores d'engagement.

Tableau n°14: Données statistiques triées en fonction d'une alliance croissante au Temps 2 :

N°	NOMS :	SEXE :	AGE	CFTMEA:	PERE	ALL T1	ALL T2	T2-T1 PAC :	T1-T2.Max 98	T2,3tr-T1,1tr
24	R. Tom	1	8	1	0	27	20	14	17,5	1
25	R. Antoine	1	8	3	0	34	23	3	26,5	0,6
27	R. Myriam	2	6	3	1	22	26	22	-10,5	0,5
30	T. James	1	10	1	1	24	27	9	17,5	1
5	C. Camille	2	6	1	0	19	30	19	22	-0,8
18	N. Kévin	1	3,5	1	1	38	30	12	-5	0
13	H. François	1	4	3	0	31	31	12	-17,5	0,25
14	LAF. Marc	1	5	3	1	37	32	17	17,5	1
7	D. Nathan	1	3,5	3	1	39	33	11	19	0,75
33	W. Kévin	1	7	1	1	43	34	9	-29	-1
9	F. Alain	1	5	3	1	32	37	21	8,5	0,66
31	T. David	1	7	3	1	46	37	24	14	0,5
15	LAI. Marc	1	5,5	1	1	42	38	6	2,5	0,2
6	D. Michel	1	10	3	1	25	39	10	21	1
12	G. Armand	1	8	1	1	41	39	16	11,5	1,08
23	P. Anémone	2	6	3	1	50	39	32	21	1,1
2	B. Yvan	1	4,5	1	1	37	42	6	13	1,25
20	P. Jim	1	6	3	0	40	42	21	5	0,33
3	B. Arnaud	1	6	1	0	32	43	36	17	1,5
11	G. Kévin	1	7	1	0	33	43	14	4	0,5
21	P. Jules	1	5,5	1	1	38	43	30	5,5	0
29	S. Gérard	1	6	3	0	37	44	29	22,5	0,84
8	F. Kevin	1	6	1	0	50	47	26	40	-0,85
19	P. Lilas	2	5,5	3	0	33	48	26	16	0,6
22	P. Richard	1	9	1	1	48	48	35	36,5	1,17
32	V. Anna	2	5,5	1	1	42	48	13	4,5	1,1
4	C. Franck	1	3	3	1	25	49	25	18	1,75
26	R. Jeanne	2	8	3	0	54	51	34	12,5	0,6
10	G.J. Eric	1	6	1	1	59	52	34	-16,5	-0,1
17	M. Pierre	1	8	1	1	45	53	24	32	1
28	S. Arthur	1	5,5	1	1	36	53	30	10	0,5
1	B. Melissa	2	6,5	3	1	43	60	41	13,5	0,83
16	M. Margot	2	3	1	0	37	67	38	31,5	2

Les doubles barres partagent le groupe en, de haut en bas, les "mauvaises", "moyennes" "et bonnes" alliances à T2

Quand on regarde tous ces résultats et surtout les schémas n°1, 2 & 3 qui les illustrent, on ne peut qu'être frappé par le parallélisme qui existe entre les temps T1 et T2, montrant que l'impact des soins et du temps restent limités sur l'évolution de nos jeunes patients. Les courbes se croisent rarement et les enfants les plus gravement atteints et les plus déficients restent aux niveaux les plus bas, même si la majorité d'entre eux ont fait de réels progrès en deux années. Nous retrouvons là, les données de la littérature, décrites au chapitre 2 (Nordin et Gillberg 1998, Wilens et coll. 2002, Schachar et coll. 2002), qui montrent que les niveaux basaux de développement, entre 3 et 5 ans, sont très prédictifs du devenir des enfants.

Cependant nos hypothèses théoriques et de travail se centrent autour de l'idée que, malgré ce "parallélisme" de destins, la vitesse de progression des enfants est en corrélation avec l'alliance que l'équipe soignante a développée avec les mères.

Nous allons voir maintenant, si ces hypothèses se vérifient.

2) <u>Analyses statistiques des hypothèses</u> :

L'outil statistique utilisé est **le test sur coefficient de corrélation linéaire** (parfois appelé **« r » de Pearson** ou **« r » de Bravais Pearson**) :
C'est un indice qui rend compte numériquement de la manière dont deux variables considérées, varient simultanément. C'est un nombre qui varie entre +1 et –1, la corrélation peut donc être positive ou négative et rend compte de la force de la liaison ; l'absence de toute relation correspond à un r =0.

Ce modèle suppose une certaine linéarité de la corrélation et une distribution gaussienne des x et y. La corrélation linéaire consiste alors à examiner la tendance qu'ont les points d'un nuage à s'aligner selon une droite oblique. Plus les points sont près de la droite oblique et plus le lien entre les caractéristiques est fort (**voir schéma n°5**). Cette oblique s'appelle « droite de régression ».

Hypothèse 1 : "Alliance des parents et évolution des enfants":

L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'évolution clinique des enfants.

- Hypothèse 1 a : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à l'adaptation sociale des enfants.

= **<u>Hypothèse de travail 1 a</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés à l'évolution sociale au PAC. Les notes d'alliance des parents devraient être corrélées au nombre d'items acquis au PAC (PAC au temps T2 moins PAC au temps T1).**

Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 (Moyenne: 40.85, écart-type: 10.43) et le PAC (T2-T1: Moyenne: 21.18, écart-type : 10.34) montre :

- un coefficient de corrélation linéaire **(r) = 0.70**
- un coefficient de corrélation de Spearman (rangs) = **0.69**

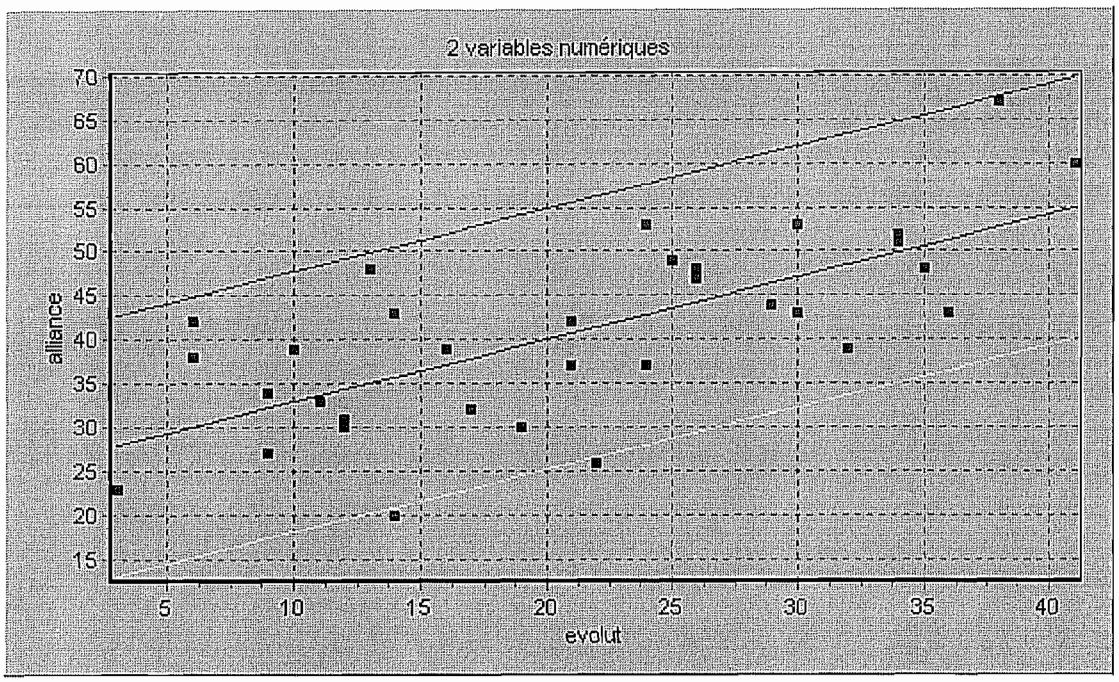
(le fait que ces deux coefficients soient proches indique que la population se répartit de façon Gaussienne)

- la corrélation est très significative : p=0.000004

L'intervalle de confiance de r à 95% = 0.47 - 0.84, c'est-à-dire que sur les 2 droites extrêmes, il y a 95% des valeurs (**voir schéma n°5**). Une telle linéarité des données indique que d'un chiffre au PAC (évolution en x), on peut déduire un score d'alliance (en y) et inversement.

<u>L'hypothèse "1a" est donc vérifiée</u>.

Schéma n°5 :



- Hypothèse 1 b : L'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en hôpital de jour devrait être corrélée à la diminution des symptômes des enfants.

= **<u>Hypothèse de travail 1 b</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés à une plus grande disparition des symptômes à la grille Maxéville 1998. Les notes d'alliance des parents devraient être corrélées au nombre de symptômes disparus (Maxéville 1998 au temps T1 moins Maxéville 1998 au temps T2).**

Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 (Moyenne: 40.85, écart-type : 10.43) et la Maxéville 1998 (T1-T2 : Moyenne : 12.17, écart type : 15.02) montre :

- un coefficient de corrélation linéaire = 0.24

- **la corrélation n'est pas significative**.

L'écart type est plus élevé que la moyenne montrant une très grande dispersion des chiffres ce qui a pu fausser les résultats.

En statistiques, on a alors la possibilité de transformer les chiffres en rangs (la note la plus élevée obtient le chiffre 1, la deuxième le chiffre 2, etc.) et on peut alors comparer les rangs de l'Alliance avec la Maxéville grâce au coefficient de Spearman. Malgré cette transformation statistique la liaison reste non significative.

L'hypothèse "1b" n'est pas vérifiée.

Il n'y a pas, dans notre population, de corrélation entre une bonne alliance et une plus grande amélioration symptomatologique.

Nous pouvons proposer deux hypothèses explicatives à ce résultat :

Ou, il n'y a effectivement pas de lien entre ces deux données, ou, notre échelle de symptômes n'est pas adéquate.

Nous avons vu au chapitre précédent que nous avions pris la précaution de vérifier la validité entre les deux juges et de la corriger si nécessaire. Nous ne pensons donc pas que le problème vienne des juges mais plutôt de l'échelle en elle-même. Peut-être est-elle trop sensible car nous avons donné à tous les symptômes la même valeur puisqu'ils ont la même cotation. Mais peut-être que certains signes psychopathologiques sont plus importants que d'autres et peut-être aurait-il fallu pondérer la cotation ?

De ce point de vue, le PAC est plus opératoire. En effet, tout nouvel acquis implique un niveau de développement supplémentaire, d'où les niveaux A à G du diagramme. Par exemple, la catégorie « habitudes à table », commence par l'item « Emploie une cuiller sans requérir d'aide » pour ce terminer par « Emploie un couteau pour peler un fruit ou couper le pain en tranches ».

Nous n'avons pas pondéré notre échelle de symptômes de la même façon mais nous n'avons pas trouvé de cotation de ce genre dans la littérature ; sauf peut-être l'échelle de G. Haag et coll.(1995) sur la « Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité », où sont décrits, avec beaucoup de minutie, différents degrés d'évolution des formes sévères d'autisme. Mais, outre, qu'elle ne s'adresse qu'aux enfants autistes, la grille ne possède pas d'échelle de cotation chiffrée et ne peut donc pas être utilisée telle quelle, dans une recherche empirique.

Hypothèse 2 : "Alliance des parents et engagement des enfant dans le soin ":

L'alliance avec les parents devrait être corrélée à l'engagement des enfants dans le soin institutionnel.

= **<u>Hypothèse de travail 2</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés aux scores des enfants l'échelle d'engagement dans le soin.**

Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 (Moyenne: 40.85, écart-type : 10.43) et l'échelle d'engagement dans le soin (T2-T1 : Moyenne : 0,63, écart type : 0,67) montre :

- un coefficient de corrélation linéaire = 0,27
- **la corrélation n'est pas significative**.

<u>L'hypothèse 2 n'est pas vérifiée</u>.

Dans notre population nous ne retrouvons pas de corrélation entre l'alliance avec les mères et l'engagement dans le soin des enfants.

Nous pouvons tenter de l'expliquer par deux hypothèses:

Ou, il n'y a effectivement pas de lien entre l'alliance aux parents et la participation des enfants en ateliers, ou, notre système de cotation qui est une adaptation, tenant compte des caractéristiques de l'enfant psychotique, est trop sensible. En effet, la cotation "en négatif" des symptômes psychotiques les plus graves, a peut-être conduit à une trop grande dispersion de notre population comme le montrent les écart types largement supérieurs aux moyennes.

Hypothèses 3 : "Valeur prédictive de l'alliance précoce":

- 3a : La qualité du lien noué avec les parents pendant les premières semaines devrait être prédictive de ce que sera l'alliance pendant la cure de l'enfant.

= <u>Hypothèses de travail 3 a</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes à la fin des deux premiers mois après l'entrée de l'enfant (T1) devraient être corrélés aux scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes à la fin des deux ans (T2)

Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance au temps T2 (Moyenne: 40.85, écart-type: 10,43) et l'Alliance au temps T1 (Moyenne : 37,54, écart type : 9,27) montre :

- un coefficient de corrélation linéaire = **0,47**

- la corrélation est très significative : P = 0,006

<u>L'hypothèse 3a est validée</u>.

Elle confirme l'impression visuelle du schéma n°1 où nous pouvons voir un certain parallélisme entre les alliances T1 et T2.

Les choses semblent donc "se jouer" assez tôt et la relation nouée entre les mères et l'équipe soignante, les premiers mois, semble prédictive du lien qui s'établira au fil des mois et des années.

- 3b : Cette alliance précoce avec les parents devrait être prédictive du devenir de l'enfant.

= <u>Hypothèses de travail 3b</u> : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes (en positif ou en négatif) à la fin des deux premiers mois après l'entrée de

l'enfant (T1) devraient être corrélés aux scores (en positif ou en négatif) au PAC et à la grille Maxéville 1998.

Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 (Moyenne: 37,55 écart-type : 9.14) et le PAC (T2-T1 : Moyenne: 21.18, écart-type : 10.34) montre :

- un coefficient de corrélation linéaire (r) = **0.38**
- un coefficient de corrélation de Spearman (rangs) = **0.34**
- la corrélation est faible mais significative : p=0.03

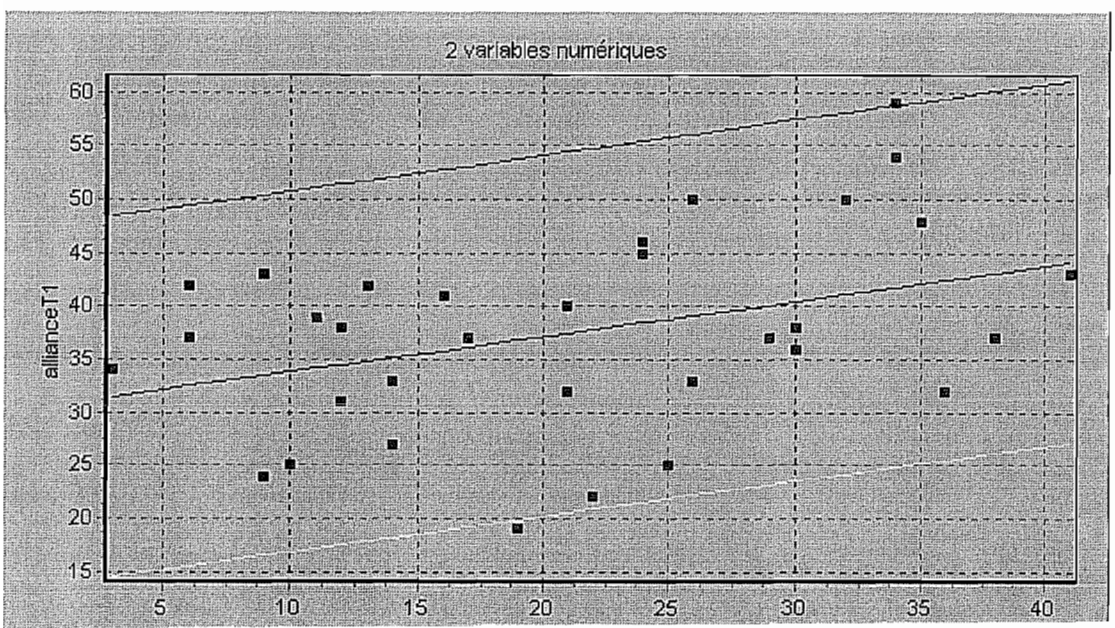
L'intervalle de confiance de r à 95% = 0.03 - 0.64, c'est-à-dire que sur les 2 droites extrêmes, il y a 95% des valeurs (voir schéma n°6). La linéarité des données est moins bonne que les scores au temps T2 puisque 2 chiffres sortent des parallèles.

Pour la Maxéville 1998, on retrouve, comme au temps T2, une absence de corrélation avec l'alliance des mères.

<u>L'hypothèse n°3b est validée, pour l'adaptation sociale</u>.

En parallèle de toutes les recherches anglo-saxonnes (Luborsky 1986, Horvath et coll. 1991, Martin et coll. 2000), l'alliance thérapeutique <u>précoce</u> nouée avec les mères est un facteur prédictif de l'évolution sociale des enfants.

Schéma n°6 :



Hypothèse 4 : "Evolution de l'alliance avec le temps":

L'alliance thérapeutique des parents devrait être un processus évolutif avec le temps et l'état clinique de l'enfant.

= <u>Hypothèse de travail 4</u> : Les bons et mauvais scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes au temps T1 et T2 devraient être corrélés à des bons et mauvais scores différentiels au PAC et à la grille Maxéville 1998 des enfants.

La validité de cette affirmation peut se déduire en partie des hypothèses 1 et 3 :

- Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'évolution symptomatique des enfants.
- En ce qui concerne le lien entre l'alliance et l'évolution sociale au PAC : le lien est très fort avec l'alliance finale (T2) et plus faible mais significatif avec l'alliance précoce (T1) montrant par-là que l'alliance évolue avec le temps et l'état des enfants.

<u>Mais les bons et les mauvais scores d'alliance évoluent-ils de la même façon</u> ?

Pour cela nous avons réparti notre population en 3 sous-groupes de 11 patients en fonction de l'alliance finale (T2) : Bonne, Moyenne ou Mauvaise que nous avons comparé à l'alliance initiale (T1) et au PAC (différentiel T2-T1= gain au PAC, classé en fonction de l'alliance finale). **Voir tableaux n°14 & 15.**

Tableau n°15 :

Niveau d'Alliance T2 :	M & ET Alliance T1:	M & ET Alliance T2 :	M &E T T2-T1 PAC/	Gain d'Alliance entre T1 et T2 :
Mauvaise	**31,45 +/- 7,68**	29,36 +/- 4,98	**13,54 +/-5,76**	**Non sign**
Moyenne	**38,75 +/- 6,84**	40,81 +/- 2,44	**20,36 +/- 10,67**	**Non sign**
Bonne	**42,90 +/- 9,82**	52,36 +/- 6,10	**29,63 +/- 7,89**	**Sign : P= 0,03**

M & ET = Moyenne et Ecart type.

Le test statistique utilisé est le **test de Student Fisher** sur valeurs numériques appariées. Ce test montre s'il y a une différence significative entre les moyennes de deux séries de données.

Ces résultats montrent que seul le groupe des bonnes alliances a augmenté ses scores de façon significative (avec, en parallèle, de très bons scores au PAC des enfants).

Par contre le groupe des mères aux mauvaises alliances a des chiffres qui ont tendance à stagner avec le temps (et les progrès au PAC de leur enfant sont plus modestes).

L'hypothèse n°4 n'est donc que partiellement vérifiée dans notre population :

- Quand l'alliance de départ est de bonne qualité, elle tend encore à s'améliorer avec le temps en parallèle à la bonne évolution sociale des enfants.
- Par contre les mauvaises alliances ont tendance à stagner en parallèle à la faible progression des enfants.

Pour ne pas être complètement pessimiste sur les mauvaises alliances de départ, notons que **Franck** et **Lilas** qui étaient dans le groupe des mauvaises alliances de départ, vont voir les scores de leur mère augmenter au point de passer dans le groupe des meilleures alliances en parallèle d'une excellente progression à l'échelle d'adaptation.

Hypothèse 5 : "Alliance facteur non spécifique du soin institutionnel":

L'alliance thérapeutique avec les parents devrait être corrélée à l'évolution des enfants quel que soit le type de pathologies présentées par l'enfant.

= **Hypothèse de travail 5 : Les scores des parents aux questionnaires des Alliances Aidantes devraient être corrélés avec les scores au PAC et à la grille Maxéville 1998, aussi bien pour les 18 enfants psychotiques que pour les 15 jeunes patients aux troubles majeurs du comportement.**

Nous avons d'abord utilisé de nouveau **le test de Student** pour comparer les alliances du groupe des 18 enfants psychotiques (Moyenne= 40,72, écart-type= 12,36) avec celle des 15 enfants aux troubles du comportement (Moyenne= 41,00, écart-type= 8,40) :
Il n'y a **pas de différence significative** entre les moyennes des scores d'alliance entre les deux groupes.

Puis nous avons fait un test de corrélation linéaire entre les alliances des mères et les évolutions sociales au PAC des 18 enfants psychotiques et une autre corrélation pour les 15 enfants aux troubles du comportement.

Pour les 18 enfants psychotiques: Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 et le PAC montre :

- un coefficient de corrélation linéaire **(r) = 0.69**
- la corrélation est très significative : p=0.004

Pour les 15 enfants aux troubles du comportement: Le test de corrélation linéaire entre l'Alliance T2 et le PAC montre :

- un coefficient de corrélation linéaire **(r) = 0.72**
- la corrélation est très significative : p=0.001

Les corrélations pour ces mêmes deux groupes entre les alliances des mères et les évolutions symptomatiques des enfants à l'échelle Maxéville 1998 restent, comme pour le groupe dans son entier, négatives.

L'hypothèse n° 5 est vérifiée.

Il semble que ce soit plus le niveau d'alliance avec les mères que le type de pathologie des enfants qui détermine leurs progrès sociaux.

Autres résultats :

a- Nous avons voulu voir si l'alliance des parents était liée au sexe des enfants :

Le test de Student ne montre **pas de différence significative** dans les scores d'alliance entre les 8 filles et les 25 garçons de notre population.

Mais il faut rester très prudent pour interpréter cette absence de corrélation qui peut aussi être dû au faible nombre de filles.

b- Nous avons ensuite voulu voir si l'âge des enfants intervenait dans les résultats :

- Nous avons d'abord corrélé les âges de nos jeunes patients dans les scores d'alliance de leur mère :

Le coefficient de corrélation r est de **–0,19**

La liaison **n'est pas significative**.

- Puis nous avons corrélé les âges avec les progrès sociaux au PAC :
Le coefficient de corrélation r est de **–0,0 9**
La liaison **n'est pas significative**.

Le fait que l'alliance ne soit pas en lien avec l'âge des enfants est un résultat important.

En effet, dans la mesure où notre population est assez hétérogène en ce qui concerne l'âge de nos jeunes patients (entre 3 ans ½ et 10 ans), nous pensions que cette hétérogénéité fausserait peut-être les résultats. Par exemple, nous nous étions dit que peut-être les enfants de moins de 5 ans évolueraient plus vite que les enfants de plus de 5 ans et cette différence due à l'âge aurait pu expliquer l'intensité des progrès que nous aurions alors attribuée à tort aux niveaux d'alliance.

Tel n'est pas le cas. L'âge des enfants, dans notre population, n'est pas un facteur qui influence la vitesse de progression des enfants ni l'alliance avec les mères.

c- Niveaux de départ des enfants et alliances basales :

Nous avons vu que les résultats des évolutions de l'Alliance Aidante, du PAC, de la Maxéville 1998 et de l'engagement dans le soin, illustrées par les schémas n°1, 2, 3 & 4, montraient un certain parallélisme entre les temps T1 et T2, indiquant que l'impact des soins et du temps reste limité sur le destin de nos jeunes patients.

Nous nous sommes alors demandés si ce que nous mesurions entre l'alliance et l'évolution, n'était pas un artéfact, un simple « effet de départ », dû aux différents niveaux des enfants à leur entrée.
Les alliances, avec les mères des enfants les moins atteints, ne seraient-elles pas, dès le départ, meilleures?
Car, nous avons vu que, ce sont les enfants les moins troublés qui ont les meilleurs résultats finaux. Ce que nous prenons pour « de bonnes alliances expliquant de bonnes évolutions » n'est peut-être, à l'inverse, qu'un degré de satisfaction des mères dont les enfants sont les moins perturbés ?

Nous avons donc voulu voir le lien initial entre le niveau basal des enfants (PAC au temps T1) et les notes d'alliance attribuées aux mères (Alliances au temps T1).

Nous avons réalisé un nouveau test sur coefficient de corrélation entre les PAC à T1 de nos jeunes patients (moyenne : 55,75 / écart type : 28,28) avec les scores d'alliance de leur mère à T1 (moyenne : 37,54 / écart type : 9,27):

Le coefficient de corrélation r est de **0,30**

La liaison **n'est pas significative**.

Il n'y a donc pas de corrélation significative entre l'alliance basale des mères et l'état clinique initial des patients. Des bonnes alliances ont pu se nouer avec des mères dont les enfants avaient des intensités de troubles très divers.
Cela est en congruence avec le fait que les alliances se nouent quelle que soit la pathologie de l'enfant. Si tel n'était pas le cas, nous aurions alors probablement eu de moins bonnes alliances avec les mères des enfants les plus autistes dont l'évolution est la plus défavorable.

d- La présence des pères:

Nous avons expliqué, au début de ce chapitre, les raisons pour lesquelles nous n'avons pas utilisé les informations trop parcellaires des alliances avec les pères.

Nous avons quand même voulu voir si la présence des 21 pères, même s'ils étaient venus à seulement quelques entretiens pendant les deux années, influençait l'adaptation sociale de leur enfant.

Le test de Student Fischer, comparant les alliances entre le groupe « absence totale du père »(12) et celui « père vu au moins une ou deux fois en deux ans » (21), ne montre **pas de différence significative** entre les 2 groupes.

Ce résultat nous étonne car nous n'avons intellectuellement aucune raison de penser que les pères joueraient un rôle mineur dans la guidance de leur enfant via l'alliance avec l'équipe soignante.

Mais plus que leur présence c'est l'alliance elle-même qu'il aurait été intéressant de comparer.

En effet, un père peut être présent physiquement aux entretiens et en même temps hostile à l'équipe soignante.

Par exemple, le père de **Myriam** (n°27) a toujours accompagné son épouse aux entretiens pendant les deux années. Sa présence était la condition nécessaire pour que la maman vienne en entretiens. Issue d'une famille quart monde, elle a été placée enfant en IME, elle ne sait pas lire, pas conduire de voiture. Très limitée dans sa compréhension, elle a tendance à ressentir tous intervenants extérieurs à sa famille comme des persécuteurs. Le papa est beaucoup moins limité que son épouse et nous avons considéré que l'alliance avec lui était bien meilleure, même s'il restait plus en retrait.

Avec le temps, nous nous sommes rendu compte qu'il était aussi là pour « faire taire » sa femme ou sa fille quand il jugeait qu'elles disaient « trop » de choses.

Un an après la fin de notre étude, Myriam était encore à Maxéville. Elle présentait un retard des acquisitions majeur, lié à une intense inhibition intellectuelle et affective. Chétive, parlant tout bas, toujours réfugiée dans un petit coin du service, pour ne pas être vu mais pour pouvoir écouter tout ce qui se passait et se disait dans l'unité. Il n'y a que dans certains ateliers thérapeutiques, où elle se "montrait autrement". En particulier à l'atelier jeux d'eau, où le fait d'être en maillot de bain et avec une certaine proximité corporelle des autres enfants dans la baignoire, déclenchait des hurlements et des salves de mots orduriers et pornographiques très impressionnants.

Myriam finira par dire à mots couverts à une infirmière que « son papa la touchait », ce qui nous a conduit à faire un signalement judiciaire qui n'a pas abouti à des mesures pénales concrètes dans la mesure où l'enfant n'a pas répété ces propos devant les gendarmes et son comportement dysharmonieux avec un discours limité et stéréotypé, n'a pas été considéré par la justice comme suffisamment fiable. Une mesure éducative à domicile a cependant été ordonnée par le juge des enfants.

Cet incident, nous a d'autant plus interrogé sur le sens à donner à la présence constante du père à tous nos entretiens…

Ainsi, plus que leur présence, c'est vraiment l'alliance qu'il faut mesurer avec les pères. Peut-être aurions-nous dû, "quand même", utiliser les données même parcellaires que nous avions sur les 11 pères venus assez régulièrement en entretiens. Ce manque sera à mettre au chapitre des "regrets" de notre thèse et permettra d'alimenter des pistes de recherches futures.

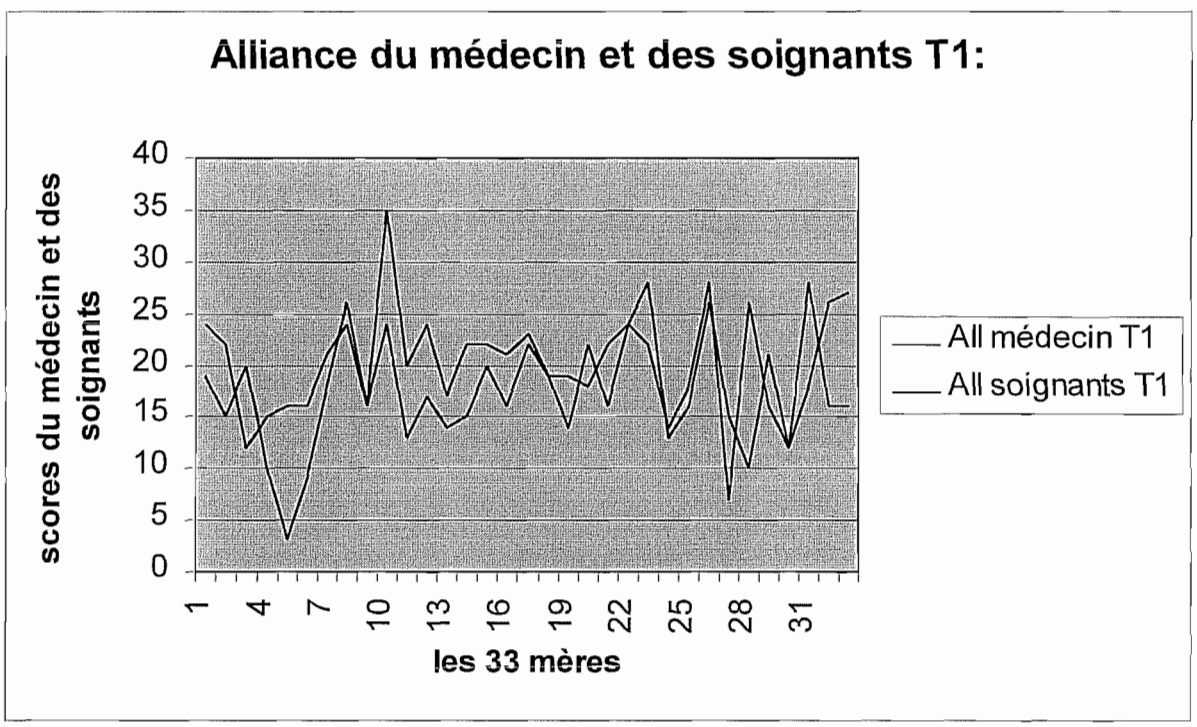
e- Alliance médecin via alliance soignant :

Même si notre but n'était pas d'évaluer la validité inter juges du questionnaire des Alliances Aidantes de Luborsky (déjà réalisée de multiples fois aux USA et confirmée pour la version française par l'équipe du Script-Inserm), nous avons voulu voir les différences de cotation entre le médecin et les membres de l'équipe soignante.

Même si le médecin et l'équipe jugent les mêmes parents dans le même temps et le même lieu, chacun répond aux questions « en son nom ». Puisque les questions appellent une conviction personnelle: « j'aide ce patient », « ce patient sent pouvoir compter sur moi», etc.

Les schémas n°7 & 8 montrent cependant un grand parallélisme entre les deux cotations.

Schéma n°7 :



Au temps TI, les résultats du test sur coefficient de corrélation montrent que les alliances, entre le médecin et chaque soignant (médecin : moyenne=17,96 / écart type=5,91 ; soignants : moyenne= 19,57 / écart type= 5,47) sont :

- proches mais différentes : **r=0,33, P=0,06**

- la corrélation n'est **pas significative** (ce qui veut dire que bien que proches les résultats ne sont pas tout à fait comparables). Le médecin attribue globalement des scores d'alliance plus bas que les soignants.

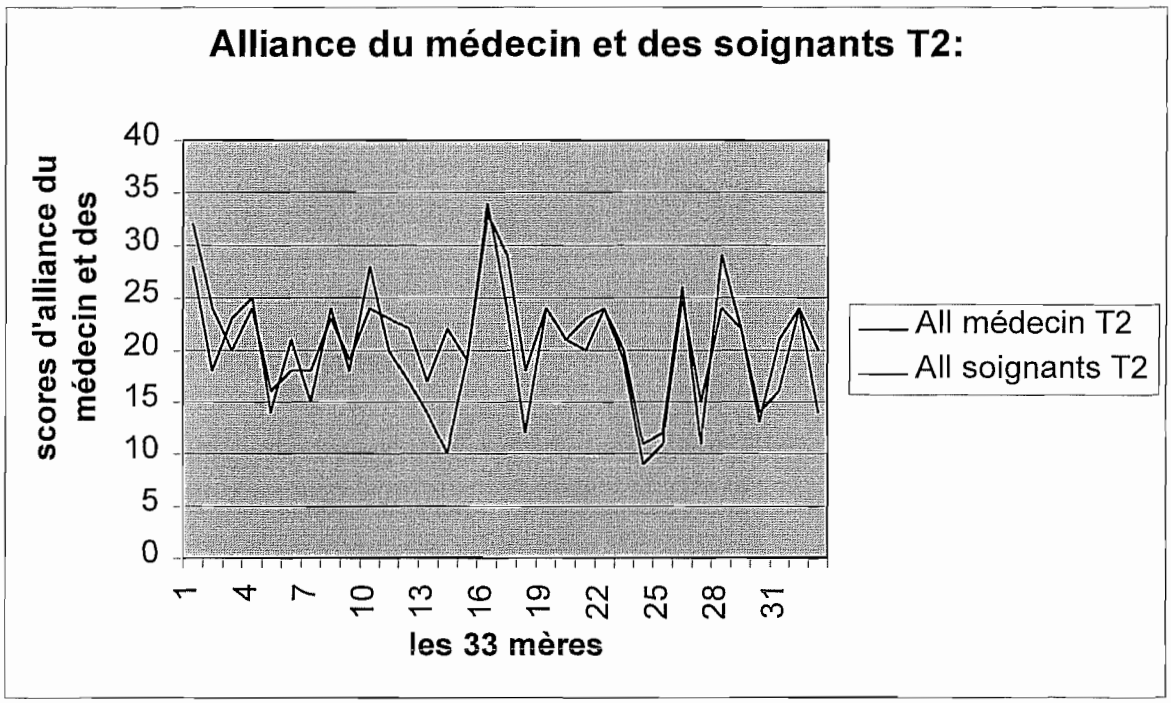
Au temps T2, les résultats du test sur coefficient de corrélation montrent que les alliances, entre le médecin et chaque soignant (médecin : moyenne=20,18 / écart type=5,64 ; soignants : moyenne= 20,66 / écart type= 5,61), sont :

- très très proches : **r=0,77, P=0,0000**

- **la corrélation est significative**.

Ce qui veut dire qu'il n'y a statistiquement plus de différence entre les évaluations du médecin et de chaque soignant à propos de leurs impressions sur l'alliance envers chaque mère.

Schéma n° 8 :



Déjà assez proches au temps T1, les cotations du médecin et de l'équipe tendent à le devenir de plus en plus, avec le temps. Ces résultats sont d'autant plus remarquables que l'équipe soignante est composée de plus de douze personnes.

Cela montre, à notre avis, la pertinence et l'efficacité opératoire de l'outil de Luborsky, pourtant si simple.

La cohérence des points de vue, de plus en plus proches, du médecin et des soignants à T2 vient aussi du fait que nous connaissions de mieux en mieux les familles au fil des deux années.

Nous avons aussi eu des échos complémentaires des comportements parentaux par des travailleurs sociaux intervenant à domicile pour les familles les plus en difficultés et par les enseignants lors des réunions d'intégration scolaire de nos jeunes patients.

C'est aussi un effet de "contre attitudes groupales" car nous avons souvent échangé entre nous, lors de nos réunions hebdomadaires de synthèse, sur chaque dynamique familiale, reflet indirect de l'évolution des enfants (Geissmann, 1984) et dont la connaissance est nécessaire pour adapter notre guidance parentale aux difficultés mais aussi aux progrès des familles. Mais cela a probablement rapproché avec le temps les points de vue de l'équipe, ce qui peut être aussi interprété comme une certaine cohésion de l'équipe pluridisciplinaire qui n'a pas connu pendant cette période de crise institutionnelle majeure.

II - Analyse qualitative: illustration clinique d'une alliance de qualité et d'une alliance insatisfaisante:

1) **Margot M** ou la "meilleure" des progressions:

a- <u>Motif d'admission et contexte familial</u> :

Margot est née un mois en avance, l'accouchement a été provoqué car la mère présentait une hypertension artérielle gravidique.

De retour à la maison après être restée quelques jours à la maternité, *Mme M* dit qu'elle a présenté une dépression et s'est enfermée à la maison dans une relation très symbiotique avec *Margot.* Bien qu'elle ait déjà une fille aînée *A.*, née 4 ans plus tôt.

Après la période d'allaitement qui a duré trois mois, le passage au biberon a été difficile, le bébé a manifesté plusieurs fois des épisodes de reflux gastro-oesophagiens ayant nécessité deux hospitalisations d'une nuit. Il y a eu arrêt total des biberons vers l'âge de 5 ou 6 mois car *Margot* les vomissait encore souvent et l'alimentation semi-liquide des petits pots a été mieux supportée.

La maman a repéré très tôt que son bébé fuyait son regard; elle ne mettait jamais les mains devant ses yeux et ne s'intéressait pas aux jouets accrochés au berceau devant elle. « A cette période, résume *Mme M*, elle ne sortait pas de sa " rêverie ".»

Vers l'âge de 1 an puis 18 mois la petite fille a présenté de nombreux épisodes d'otites séreuses. L'audition a été ensuite vérifiée plusieurs fois entre l'âge de 2 et 3 ans et s'est avérée être finalement tout à fait normale.
A plus de 2 ans d'âge, les difficultés de langage perduraient, ainsi que la peur face à tous les stimulus extérieurs.

L'enfant fuyait beaucoup dans le sommeil. La maman dit que de son côté, elle non plus, ne se sentait psychologiquement pas bien mais n'a jamais consulté de " psy ".

C'est seulement à l'âge de **3 1/2 ans** que l'enfant est adressée par le pédiatre de famille au pédopsychiatre de notre centre pour tout petits. Celle-ci note l'observation suivante:

« C'est une enfant qui n'est pas du tout en relation, qui fonctionne de façon autonome avec un métalangage, une logorrhée incessante, elle a des petits rites obsessionnels, en particulier, elle ne supporte aucune tache, même une tache d'eau; elle veut un bain si elle s'est un tout petit peu salie.
Elle présente surtout des colères intenses qu'elle manifeste à la moindre frustration.

La maman lui a appris l'alphabet ainsi qu'à compter mais cet apprentissage est mécanique. L'enfant est très instable dans ses jeux.
Au cours de la consultation, on note un évitement de la relation à la mère, *Margot* se parle toute seule; on peut distinguer de temps en temps des syllabes ou quelques mots. Elle imite beaucoup les bruits des animaux, elle lape, elle fait la grenouille, au début les parents en riaient beaucoup, actuellement elle est tellement sérieuse dans ses imitations que les parents s'en inquiètent. »

Est mise en place d'emblée une observation à domicile puisque la maman ne pouvait pas se déplacer, n'avait pas de voiture, et il y a eu également une demande de prise en charge en affection longue durée puisque la série des troubles manifestés par *Margot* évoquait des troubles de type psychotique.
Margot a été accueillie au C.A.T.T.P (Centre d'Action Thérapeutique à Temps Partiel) deux demi-journées par semaine, en attendant une place, à temps partiel, à l'hôpital de jour.

Au début de la prise en charge au centre pour tout petits, on note la même symptomatologie qu'en consultation: *Margot* "fonctionne toute seule", est indifférente aux autres, il y a une logorrhée qui n'est pas relationnelle, elle ne peut pas donner dans la relation, c'est-à-dire entrer dans un échange même pour répondre soit à une question soit à un ordre simple. On a l'impression qu'elle ne comprend pas mais, en fait, il s'agit plutôt d'un évitement de la relation. Elle est relativement exigeante vis-à-vis de l'autre. Elle manipule les objets mais ne construit pas.

Par ailleurs, elle est scolarisée à mi-temps à l'école maternelle de son village depuis l'âge de 3 ans. L'école a pris contact avec notre centre car l'attitude globale de *Margot* dans le groupe posait des difficultés à la maîtresse.

Il a fallu tout un temps pour que *Mme M* prenne conscience des difficultés réelles de sa fille, c'est seulement après les 6 premiers mois de prise en charge au moment de l'entrée en hôpital de jour qu'elle semble avoir réalisé que sa fille avait un problème psychologique sérieux. Mais quand l'observation à l'Hôpital de Jour a démarré, *Mme M* a failli à la dernière minute tout annuler, elle avait peur que "tout ça" prenne des proportions trop importantes pour *Margot.*

Dans l'histoire familiale, on note que la maman est née d'un couple d'origine nord africaine qui s'est séparé quand *Me M* avait 9 ans. Bien qu'elle soit l'aînée de 3 filles et la préférée de son père, après la séparation, celui-ci n'a plus cherché à avoir de contacts avec ses filles.

Mr B, le père de *Margot* est né d'une mère elle aussi d'origine maghrébine et d'un père "inconnu". Il a cependant était bien investi ensuite par son beau-père qui ne faisait pas de différence avec le demi-frère né de la seconde union de la mère.

Les familles respectives de *Mme M* et de *Mr B* auraient été très hostiles à l'union du couple pour des raisons d'antagonismes culturels: Mme étant originaire de l'Est, Mr de l'Ouest du pays d'origine.
Mme M a ainsi souhaité que ses enfants portent son nom, afin de les " protéger " des grands-parents paternels. De son côté, *Mr B*, étant né de père inconnu, porte lui aussi le nom patronymique de sa mère. « Pas d'état d'âme donc » dit Madame, « pour qu'*A* et *Margot* portent mon nom. »

Par ailleurs la maman raconte que de son côté, trois générations de femmes ont été en grande souffrance psychosociale :

Elle parle d'abord de sa grand-mère (l'arrière-grand-mère de *Margot*), déjà une *Mme « M »,* par un mariage avec son cousin germain, elle a conservé son nom patronymique. Elle est « morte de chagrin à 30 ans » après le décès d'un fils de 10 ans d'une leucémie et du divorce d'avec son mari: en fait, divorce officieux dans le Maghreb de l'époque: elle est restée à la charge de son ex-époux, de fait bigame, et subit l'hostilité de la nouvelle épouse.
Au décès de sa mère et de son frère, la mère de *Mme M* (la grand–mère de *Margot*) devient la bonne à tout faire de la maison. Elle fuira dès qu'elle le pourra cette maison, émigrera en France, se mariera deux fois, aura 3 filles. Mais du fait de son enfance difficile, la mère de *Mme M* est décrite comme une personnalité chroniquement dépressive bien qu'elle ait fait une "analyse". Elle souhaitera elle aussi que ses filles portent son nom.
Ainsi à partir de la seconde génération, la conservation du nom patronymique, y compris pour la maman de *Margot*, est censée protéger de l'inconstance et/ou de la "dangerosité" potentielle du Père. « Nous sommes une lignée de féministes » dit encore Madame. Elle est la seule de la fratrie des 3 sœurs à avoir des enfants, « deux filles » souligne-t-elle avec une certaine jubilation.

A noter enfin que, malgré cette histoire familiale difficile, toutes les dames de cette famille ont plutôt bien réussi dans leurs études et sont totalement intégrées au monde et aux valeurs occidentales.

b- Evaluation au temps T1:

Capacités de l'enfant:

C'est surtout le retard de langage qui interpelle: souvent, on ne comprend pas ce qu'elle dit. Elle jargonne beaucoup, parle surtout pour elle-même. Mais dès qu'il y a une forme interrogative, elle est bloquée. Si on attend d'elle quelque chose de précis, "ce n'est pas possible". Quand c'est elle-même qui veut ou fait quelque chose, elle peut être beaucoup plus pertinente, elle ne fait plus du tout "vide".

Le graphisme apparaîtra quelques semaines après son entrée, elle ne dessine pas de bonhommes mais des lapins qui vont devenir au fil des mois de plus en plus élaborés.

Au cours de l'observation en groupe de jeunes enfants, *Margot* semble assez indifférente aux autres sauf pour défendre son bien. Elle ne joue pas vraiment avec les autres enfants mais elle "suit le mouvement".

Elle peut rester un long moment à la même activité mais elle construit peu. Elle reste bien assise si elle est occupée. Elle commence à jouer à la poupée de façon plutôt adaptée bien qu'elle la savonne de façon un peu trop "appuyée".

Elle est très souriante mais en fait, elle papillonne beaucoup mais on n'a pas vraiment de relation de proximité avec elle. Elle a un côté "précieux" car sans entrer en contact avec l'autre, elle a besoin d'être près des adultes, des autres enfants; elle fait "poupée", "gravure de mode" car elle a un sourire charmant mais derrière elle ne montre jamais ses affects. Elle embrasse facilement le matin mais en fait, c'est pour qu'on la laisse tranquille ensuite et elle ne fait jamais de câlins. Elle se raccroche à son doudou mais jamais à l'adulte.

Si on lui parle de sa maman, elle tourne tout de suite la tête et ne veut pas répondre. Elle ne semble pas affectée par la séparation avec celle-ci ; elle a été "trop vite" à l'aise dans le service sans aucune angoisse de séparation. Curieusement, la maman n'écoute pas quand on lui parle de sa fille, elle arrive en retard pour venir la chercher le soir, ne reconnaît pas toujours les vêtements de son enfant.

Au niveau alimentaire: elle ne mange pas beaucoup, elle "grignote", souvent ce qu'il y a à table ne lui plaît pas. Mais elle n'est pas trop maigre.
Au fil des mois va apparaître un jeu autour des "bobos". Elle a souvent un "bobo"; elle vient avec des petits bandages comme si elle était blessée alors qu'elle n'a rien. Elle mime aussi des animaux qui ont des bobos. De même à l'atelier contes, pendant la relaxation, elle montre toutes les parties de son corps comme si elle était blessée.

Dans les ateliers thérapeutiques, on note le comportement suivant:
- Jardin d'enfants:
En hyperactivité constante, elle doit remplir son temps +++.Le retard de langage la gêne énormément. Elle fait très vite pour être tranquille pour que l'éducatrice ne s'adresse plus à elle. Rapidement, en quelques semaines va apparaître le graphisme, même un bon graphisme de précision. Ce qu'elle fait est toujours soigné, elle ne dépasse pas dans le coloriage.
Quand il y a un nouvel exercice, on ne sait jamais au début si elle a compris; il faut beaucoup l'aider mais la semaine suivante, elle peut refaire l'exercice même s'il est difficile.
Il faut "différer" car trop prise par ses émotions sur l'instant, elle perd ses moyens.
L'engagement est coté "-1"par le soignant en raison de production trop neutre, trop en miroir des autres, dans une relation d'évitement avec l'éducateur.

- Argile:
Elle ritualise vite ses activités. Le "figuratif" arrivera en quelques semaines montrant une capacité de compréhension évidente. Mais au temps de parole, elle ne peut encore s'exprimer.
C'est là qu'elle montrera pour la première fois une réaction adaptée à une situation relationnelle: Le petit J. l'a ennuyée un jour en séance : « T'es moche, c'est moche ce que tu fais »; après un moment, elle lui a répondu: « petit con ! »
L'engagement est coté "0", "mutisme ou refus partiel de participer" en raison de son incapacité à aborder ses difficultés au temps de parole.

-Théâtre :
Rapidement on s'est rendu compte qu'elle a une capacité théâtrale certaine et un sens de la mise en scène. Le ton est juste mais elle jargonne ++ et elle ne se fait pas comprendre même des autres enfants. La proximité dans le temps et dans l'espace est très difficile à gérer pour elle. Elle répond ou fait quelque chose si on n'est pas trop proche d'elle ou si elle a beaucoup de temps. Quelquefois elle fait même la consigne la semaine suivante!

Elle ne veut pas qu'on mette en scène la relation mère/enfant. C'est seulement sur le tapis rouge de la colère qu'elle a pu exprimer un conflit avec la mère: la mère donne un cadeau, l'enfant ne le veut pas. La mère se fâche, l'enfant finit par accepter le présent, mais la mère se fâche quand même, l'enfant ne comprend pas.

L'engagement est coté "0", en raison du mutisme partiel et du débordement par l'angoisse.

- Sport:

Elle ne semble pas avoir de problèmes psychomoteurs, elle suit les consignes du moniteur. S'il lui dit : « va dans le cerceau rouge », elle court dans tous les sens et elle ne semble rien comprendre. Alors qu'elle suit très bien les consignes collectives mais c'est grâce à l'imitation des autres enfants.

L'engagement est coté "+ 1" en raison de son côté volontaire et son plaisir à participer.

- Orthophonie:

Elle peut s'intéresser à des petits jeux et s'y tenir un peu. Mais souvent, elle fait ce qu'elle veut et ne répond pas aux questions. Curieusement, elle accepte quelquefois de répéter correctement les mots mal prononcés. Dans ce lieu, sa compréhension est celle d'un enfant de 3-4 ans donc presque de son âge. Mais pour une même question, elle peut comprendre ou pas. Comme elle a eu des problèmes d'audition, l'orthophoniste fait l'hypothèse qu'il lui reste des difficultés de perception auditive ce qui nécessite qu'on lui parle avec une intensité assez haute, d'une voix ferme, sinon elle se laisse aller quand la voix est plus douce.

La moyenne de l'engagement dans le soin à T1 est donc de: "-1" (jardin d'enfant) + "0" (Argile) + "0" (théâtre) "+1" (sport) = 0/ 4 = 0. Ce qui la situe à un niveau d'engagement "moyen" entre la 16/ 18ième[•] place sur 33.

Quant à l'évaluation globale de l'équipe, après les deux premiers mois passés à Maxéville, elle se résume ainsi :

Ce qui interpelle c'est le jargon et la mise à distance des affects en particulier vis-à-vis de la mère ce qui amène à penser une problématique relationnelle très précoce. On ne note pas de coupure franche de la communication. On a souvent l'impression qu'elle ne comprend pas

[•] 3 enfants ont la même note.

quand on lui pose une question, elle devient alors sidérée et n'est capable de ne rien répondre ou complètement de travers. Elle en paraît "sotte". Mais en quelques semaines, on s'est rendu compte, en fait, qu'elle "coupe" la communication de façon active, si elle se sent en danger par exemple si elle vit l'autre comme trop proche.

Margot n'est pas une enfant "vide" mais elle fonctionne en mettant à distance la relation affective à l'adulte (pour se protéger psychiquement de fantasmes d'intrusion ?).

La prise en charge en groupe et en ateliers thérapeutiques semble bien lui convenir et on se propose de continuer ces soins pour lui permettre d'étayer son "Moi". Plus forte, elle sera peut être moins distante, moins dysharmonieuse.

Cette impression est confirmée par le bilan psychologique, où l'enfant a montré : « Une alternance dans la relation, de moments de fermeture et d'échanges réels. Le W.P.P.S.I.-R. montre d'excellentes potentialités, non encore actualisées dans le domaine verbal. ce qui signifie que ses difficultés dans le domaine de la communication orale (difficulté d'investissement précoce de la langue maternelle car la mère était dépressive, séquelle de troubles auditifs, pesée des difficultés relationnelles et incapacité de répondre verbalement à une consigne verbale) l'empêchent d'avoir un bon QI verbal (QI Verbal de l'ordre de la déficience intellectuelle légère à 63). Par contre les potentialités sont là (QI performance Normal Fort à 113) ».

-L'adaptation sociale au PAC est de 53/120

Autonomie: 24/40

Communication: 13/40

Socialisation: 6/20

Occupation: 10/20

Ce sont, comme on pouvait s'y attendre chez une enfant au comportement de retrait, les champs de la "communication" et la "socialisation" qui sont les plus touchés.

- L'intensité des symptômes à la grille "Maxéville 1998", se situe à 38/135 (rappelons que l'absence de tout signe pathologique correspondrait à O/135)

Réaction de retrait: 6/21

Troubles des conduites motrices et de l'image du corps: 3/18

Troubles de la fonction langagière: 6/12

Troubles d'allure névrotique: 4/12

Manifestations de rupture avec la réalité: 6/15

Troubles psychosomatiques: 3/12

Troubles du comportement: 5/30

Défaillance de l'investissement cognitif: 5/15

Le maximum de difficultés se situe pour "les troubles de la fonction langagière", "les réactions de retrait" et les manifestations de rupture avec la réalité".

Alliance avec la mère au temps T1 :

Mme M décrit avec une relative clarté les difficultés de *Margot* mais elle les présente parfois de manière à ce qu'elles apparaissent comme des traits de caractère originaux. En dépit de ses inquiétudes pour la santé de sa fille et des diverses difficultés de la petite enfance, elle a « le souvenir d'une enfant facile à vivre, souriante, introvertie, sensible à tout changement, hypersensible et lucide sur la vie »(!?), mais « ça fait partie de son problème » dit-elle avec un sourire un peu discordant.
Elle ponctue ses observations de phrases elliptiques ou d'images déconcertantes dont le sens échappe à l'interlocuteur, ceci avec un relatif détachement affectif.
Sa pose est détendue, son discours relativement familier mais elle apparaît curieusement distante, "coupant" parfois la communication, spécialement lorsqu'on lui demande de préciser sa pensée.
Le papa est peu évoqué, sinon comme quelqu'un de quelque peu velléitaire, laissant les initiatives à Madame : « une qualité qui est en train de devenir un inconvénient » dit-elle.

Malgré ces quelques bizarreries dans le discours et un certain déni des troubles de sa fille, *Mme M* semble nous faire confiance. Le fait que le graphisme soit apparu quelques semaines après l'entrée, lui a montré que notre unité a eu un impact positif sur son enfant. Elle croit beaucoup en sa fille et le bon résultat des tests intellectuels est compris comme une reconnaissance de notre part des capacités de sa fille. Le retour du bilan a eu ainsi une fonction renarcissante sur la mère et peut-être sur la fille. Enfin, elle nous a été très reconnaissante d'être allé à l'école du village lors d'une réunion d'intégration scolaire. Depuis cette rencontre l'institutrice est beaucoup moins anxieuse dans sa façon d'investir *Margot* qui en miroir s'intéresse plus aux activités de la classe.

L'équipe lui attribue ainsi une note d'Alliance Aidante de 37/72, ce qui la situe entre la 14/17^{ième} • place sur 33. Ceci est en concordance avec notre impression clinique de sa possibilité de travailler en confiance avec nous mais en même temps une certaine réserve due à ses réactions quelquefois étranges qui nous font un peu rester sur la défensive.

c- Evaluation au temps T2 :

Capacités de l'enfant au temps T2 :

La levée des symptômes amorcée dès les premiers mois s'est vraiment confirmée au fil des deux années de l'étude.
Elle a pris, avec le temps, la place de "la grande de l'unité": l'organisatrice des jeux, "l'éducatrice", la surveillante des bêtises des autres. On sent comme une envie constante de réparer mais c'est plutôt adapté. *Margot* semble avoir une sensitivité importante et ressent bien les difficultés des autres. Tous les garçons voudraient être "son copain". Elle est à la fois distante et en même temps très attentive aux symptômes des autres enfants, qu'elle essaye d'aider. Par exemple, elle a donné une demi-cuillière de légumes à *V*, petite fille anorexique pour l'aider à manger !
Elle fait un peu plus de câlins, dit bien bonjour le matin en faisant un bisou, on sent maintenant que les membres de l'équipe comptent pour elle.
Au niveau alimentaire, presque toutes ses phobies ont disparu.
A l'école, elle a tous les pré requis pour passer en C.P., elle est même l'une des meilleures de la classe! L'institutrice ne remarque plus de bizarrerie du comportement.

Mais en parallèle de cette ouverture vers le monde, *Margot* exprime de plus en plus d'angoisses de séparation vis-à-vis de sa maman d'autant que celle-ci vient de retrouver un travail et est de ce fait beaucoup moins à la maison.

Sa participation aux activités thérapeutiques à la fin de sa prise en charge, sont celles-ci:

• 4 mères ont eu au temps T1 une note de 37.

- Sport:

Elle est la meilleure du groupe car elle comprend vite. C'est donc une activité où elle est très valorisée. Elle est contente que le moniteur et l'équipe soient fiers d'elle mais sans séduction excessive. Elle y est très volontaire, elle a une rage de se battre impressionnante, elle va jusqu'au bout, elle bat toujours les garçons (enfants maintenant bien plus perturbés qu'elle) qui en sont pantois!

L'engagement est coté "+2", participation active, avec tolérance à la frustration.

- Théâtre:

Elle est longtemps restée accrochée à des jeux d'imitation d'animaux. , on a dû lui dire qu'elle pouvait maintenant faire autre chose. Ses jeux de scène sont devenus assez élaborés: elle mime la maman qui est sous la douche, qui va chercher des médicaments, etc.

Mais en fait, elle parle peu d'elle, ses histoires sont celles de la vie quotidienne mais sans réelle émotion, elle reste assez distante dans cet atelier d'expression.

C'est pourquoi la note d'engagement est de "+1", avec investissement positif mais sans réel engagement personnel qui aurait alors été coté "+2".

- Peinture:

Elle y respecte le cadre ++, ne se met jamais en position de se faire gronder " tout doit être parfait ". C'est le " grand amour " avec le jeune J : Ils font des maisons en miroir : ce sont des maisons roses, bleues, il y a des arcs-en-ciel, des petits cœurs. Ils se tiennent par la main, quelquefois ils se font un bisou, ils font des scénarii communs. Sinon, elle s'occupe assez peu des autres, parle assez peu, fait " bonne élève ", elle a même un côté distancié. Elle peint assez vite, s'assied tranquillement, fait peu d'associations.

L'engagement a cependant été coté "+2" car lors des toutes dernières séances, elle a pu exprimer des sentiments personnels relatifs à sa peur de quitter sa maman.

- Orthophonie:

Elle y a beaucoup progressé. Les tests de pré requis de la lecture sont bien réussis. Le graphisme est bon, la reconnaissance visuelle est bonne, la reconnaissance auditive moins performante mais pas catastrophique. Il lui reste très peu de séquelles de son retard de parole. Ce sont les "cre", les "tre" qui sont quelquefois encore confondus. Elle a beaucoup de plaisir à répéter, à apprendre à parler, peut rester longtemps sur un exercice.

Le tout dernier trimestre de prise en charge, elle est retournée le jeudi à l'école. Il lui restait ainsi 2 ateliers au dernier trimestre T2, où **l'engagement dans le soin est de: "+2" (Peinture) + "+2" (Sport) = 2. La différence entre le premier trimestre T1 et le dernier trimestre T2 = 2 – 0 = 2. Margot est ainsi passée d'un engagement moyen à la meilleure progression et à l'un des meilleurs engagements finaux.**

Nous concluons après deux années de prise en charge :
Les défenses à caractère autistique (au sens d'une carapace contre le monde extérieur) se sont fissurées petit à petit pour disparaître complètement. Derrière la carapace, nous n'avons heureusement pas retrouvé de noyau dysharmonieux psychotique (comme c'est parfois le cas pour d'autres enfants), elle nous apparaît maintenant "comme une enfant normale".
Peut-être est-elle un peu trop contrôlée, maîtrisée, n'exprimant pas beaucoup d'affects personnels. Il lui reste en séquelle de ces années de repli, une volonté actuelle de se montrer forte, "parfaite " avec évitement de tout affect dépressif.
On sent donc un fond de fragilité qui pourra se gérer en suivi ambulatoire, elle continuera sa thérapie. Elle quitte l'Hôpital de Jour après 2 ans de prise en charge à temps partiel pour aller en C.P normal.

-L'adaptation sociale au PAC à T2, est de 91/120:

Autonomie: 31 /40 (+ 7 points)

Communication: 28 /40 (+ 15 points)

Socialisation: 13 /20 (+ 7 points)

Occupation: 10/20 (+ 9 points)

Soit une acquisition de 38 items avec des progrès importants en communication (+ 15), en socialisation (+7) et en occupation (+9).

- L'intensité des symptômes à la grille "Maxéville 1998", se situe à 5/135 soit

Réaction de retrait: 2/21 (- 4)

Troubles des conduites motrices et de l'image du corps: 0/18 (- 3)

Troubles de la fonction langagière: 0 /12 (-6)

Troubles d'allure névrotique: 0/12 (-4)

Manifestations de rupture avec la réalité: 0 /15 (- 6)

Troubles psychosomatiques: 3/12 (- 2)

Troubles du comportement: 0/30 (- 5)

Défaillance de l'investissement cognitif: 2 /15 (- 2)

Soit une disparition de 31 symptômes. Les rares signes encore exprimés "quelquefois", concernent la fonction langagière, l'angoisse de séparation mais on ne note plus aucune manifestation de rupture avec la réalité.

Pour ces 2 échelles, *Margot*, avec *Melissa*, sont les enfants qui ont le plus progressé.

Alliance avec la mère au temps T2 :

Au fur et à mesure que sa fille allait mieux, on a senti les bizarreries et les coupures de la communication disparaître chez la maman, confirmant l'hypothèse de Soulé (1980) que l'autisme de l'enfant provoque précocement chez la mère des mécanismes de défense pathologiques.

Nous avons eu le sentiment que derrière le côté "défensif", nous avions à faire à une jeune femme particulièrement intelligente qui au fur et à mesure qu'elle s'est sentie en confiance avec nous, a pu nous poser des questions particulièrement pertinentes. Par exemple, elle nous a demandé après la première année de soins, comment nous qualifierions les troubles de sa fille. Nous lui avons répondu qu'elle présentait des coupures de la communication et un évitement relationnel que l'on pouvait qualifier de "traits autistiques" même si ce mot lui paraîtrait peut être un peu fort. Elle nous a alors répondu qu'elle avait elle-même la conviction que sa fille était autiste (elle avait lu quelques livres sur le sujet) même si en même temps, elle avait toujours pensé qu'elle s'en sortirait.

Nos échanges se sont alors centrés sur comment aider l'enfant au mieux, malgré ses particularités relationnelles. Nous nous sommes alors rendus compte de la finesse affective avec laquelle cette mère pouvait s'exprimer. Par exemple, à propos de la question: Comment faire obéir et accepter les règles à une enfant en grande détresse psychologique? Elle pouvait alors nous expliquer que: « J'arrive de mieux en mieux à voir, quand elle fait une colère, si c'est un jeu relationnel avec moi et alors je ne lui cède pas ou si elle est dépassée par sa colère et sa peur, alors je n'insiste pas, j'essaye plutôt de la consoler et je reprends les choses plus tard quand ça se présente et que je sens qu'elle est prête. »

Nous avons vu qu'une fois la carapace autistique complètement disparue, étaient apparues des angoisses plus névrotiques comme une angoisse massive de séparation vis-à-vis de la mère (et nous nous souvenions que pendant les premiers mois de soins, le départ ou l'arrivée de la mère ne suscitait apparemment aucun sentiment chez *Margot*. Ces nouvelles angoisses ont d'abord été interprétées par la mère comme une régression. Lors de nos entretiens, elle a pu intellectuellement et intuitivement vite comprendre nos tentatives d'explication à savoir que *Margot* était devenue psychiquement un individu autonome et qu'elle présentait des angoisses de séparation normale, comme le vivent tous les enfants sauf qu'elle passait cette étape avec 3 ans de retard. La maman a alors accepté de ne pas retirer trop vite sa fille de l'hôpital de jour ; *Margot* en faisait pourtant la demande et de grosses colères quand le taxi venait la chercher le mercredi matin. La mère a "tenu bon" (en partie grâce à notre aide et à l'alliance que nous avions nouée pendant ces 2 années) et la crise s'est résolue en quelques mois.

Au moment de se quitter, la maman nous a vivement remerciés de ce que nous avions pu faire pour sa fille. Nous lui avons avoué modestement que peu d'enfants de Maxéville évoluaient aussi vite et aussi favorablement. La volonté de *Margot* à se battre, son intelligence (confirmée par le test psychologique) y étaient pour beaucoup et c'est pourquoi l'enfant avait pu utiliser au mieux les ateliers thérapeutiques de l'hôpital de jour. La maman nous a alors dit: « J'ai toujours cru en ma fille et je savais qu'elle avait de grandes possibilités mais vous avez été là au bon moment et avec le bon type de prise en charge et de cela je vous suis reconnaissante. »

La note d'alliance aidante est maintenant de 67/72, ce qui est de loin la meilleure alliance que nous avons eue avec une mère pendant ces 2 années.

L'évolution très favorable de l'enfant est pour beaucoup dans la confiance que la maman a mise en nous. Mais Ce sont aussi ses capacités intellectuelles et affectives, et ce, malgré sa personnalité particulière, qui ont fait que nous avons pu travailler en étroite collaboration avec un but principal commun : le mieux être de l'enfant.

d- Epilogue - conclusions :

Deux ans après cette étude nous avons eu des nouvelles de *Margot*. Elle est maintenant en CE1, reste une des meilleures élèves de sa classe et nul n'imagine dans son entourage scolaire qu'elle ait pu dans son enfance être soignée dans un centre pédopsychiatrique.
Nous avons eu aussi quelques échos de la maman par l'intermédiaire d'autres familles qui souhaitent nous rencontrer par son intermédiaire, *Mme M* déclarant, quand elle en a l'occasion, « qu'à Maxéville, ils arrivent à guérir certains autistes » !!

On retrouve dans ce cas clinique les deux facteurs fondamentaux pour une évolution favorable de l'enfant autiste que nous avons vu au chapitre 3, à savoir le bon niveau intellectuel et l'apparition du langage avant 5ans.

Le système matriarcal de fonctionnement et le peu de place laissée au père ont été au début un facteur qui a compliqué la situation et qui n'a pas aidé à mettre de distance entre la mère et l'enfant.
Il est cependant à noter que même si nous n'avons pas vu le père à l'hôpital de jour, la mère lui laissera petit à petit prendre une place lors de séances de psychothérapies parent /enfant.
Au cours de ces entretiens, *Mr B* pourra alors exprimer son incompréhension devant les troubles de sa fille, reconnaître qu'il était difficile de se positionner entre sa compagne et *Margot*, tant leur relation lui apparaissait forte et qu'il préférait ne rien dire, qu'il était démuni et que cela avait été très dur de venir aux premières consultations. Le thérapeute note que dès ces premiers entretiens, *Margot* sollicitait beaucoup son papa qui répondait de façon plutôt ajustée aux demandes de sa fille quand *Mme M* lui laissait la place.

Enfin, même si l'histoire finit plutôt bien pour *Margot*, on ne peut que regretter que notre système de prévention des troubles graves de l'enfance ne soit pas encore totalement au point, malgré des interventions psychologiques de plus en plus fréquentes dès la maternité. *Mme M* a présenté une dépression du post-partum qui semble avoir débuté déjà à la maternité mais ne semble pas avoir été dépistée. L'enfant elle-même avait peut-être déjà des troubles de la relation. Il aurait été intéressant de savoir si elle avait bénéficié d'un test de Brazelton pour nourrisson à la maternité. Enfin c'est seulement à l'âge de 3 ans 1/2 quand le retard de langage était déjà bien installé que l'enfant consulte pour la première fois en pédopsychiatrie.

Elle avait du rencontrer déjà beaucoup de médecins: Pédiatre, médecin de PMI ou scolaire, oto-rhino-laryngologiste. Aucun n'avait pensé à proposer un avis "psy"? Ou est-ce que la maman, à l'époque, n'a pas pu entendre cette proposition?

2) Antoine R ou un sentiment de malaise associé à une alliance insatisfaisante avec la mère**:**

a- Motif d'admission et contexte familial :

La grossesse et l'accouchement semblent s'être déroulés sans problème. Le développement psychomoteur dans les premières années n'a pas posé de problèmes particuliers. C'est à partir du Primaire que l'enfant est signalé aux services sociaux par l'intermédiaire de l'école.

Antoine a 8 ans quand il entre à l'hôpital de jour pour des troubles du comportement à type de provocations tant en classe qu'à la maison, associés à des difficultés cognitives avec échec scolaire (il ne sait toujours pas lire après 2 cours préparatoire malgré un niveau intellectuel normal). De par son comportement, il est au bord de l'éviction scolaire. Son institutrice est dans tous ses états car il l'a insultée ++ devant les élèves puis s'est barbouillé de feutre, en écrivant sur lui "pédé".

Antoine est le second enfant d'une fratrie de trois. Les trois enfants sont nés de pères différents. L'aîné, issu d'une première liaison de la maman a été reconnu par son époux actuel, *Mr S* avec qui elle a eu un 3^{ième} fils.
La mère d'*Antoine, Mme S* et son père, *Mr R*, entretiennent des rapports conflictuels et inconstants, insécurisants pour l'enfant. *Antoine* se rend un week-end tous les quinze jours au domicile de son père, séjours émaillés de"crises", voire de violences. Ce père est décrit comme frustre et intolérant à la frustration.

La famille bénéficie d'une mesure éducative en milieu ouvert depuis une année en raison de 2 signalements à propos d'*Antoine* d'abord pour carence de soins puis pour suspicion d'attouchements sexuels (L'enfant ayant tenu en classe des propos très ambigus).

Le travailleur social nous informe qu'il s'agit d'une famille déstructurée, "quart-monde" où la maman, limitée dans son fonctionnement mental, est souvent dépassée et vit les différents services extérieurs comme persécuteurs. Les enfants évoluent ainsi au sein d'un milieu familial relativement frustre auprès d'une mère qui se décrit comme très anxieuse, voire dépressive et qui apparaît tantôt permissive, tantôt culpabilisante et auprès d'un beau-père, *Mr S*, dépeint comme volontiers brutal et incapable d'apporter des réponses éducatives adaptées aux enfants.

b- Evaluation au temps T1 :

Capacités de l'enfant :

L'observation de l'équipe éducative décrit un garçon qui se met souvent en retrait mais qui a vite compris les règles du service et le cadre des ateliers; très réticent à se livrer, il interroge sur le secret des séances et arrive quelquefois à "livrer des petites choses". Il est toujours partant pour les activités mais il se bloque et se fige ++ très facilement.
On note un comportement anorectique et des épisodes d'encoprésie.
Il passe beaucoup de temps à se cacher: derrière les portes, les armoires, s'enferme dans les W.C. En rentrant chez lui, il se cache dans la cage d'escalier de son immeuble.
Il a des comportements de provocation où il entraîne les autres dans des transgressions contre l'équipe jusqu'à ce qu'il se fasse réprimander, alors il pleure comme un tout petit. En fait, il a besoin d'avoir une relation privilégiée avec l'adulte, d'être favorisé et en même temps, il demande qu'on lui rappelle constamment la loi. Quand il a provoqué, il vient quelques temps après demander si on l'aime encore, si on ne lui en veut plus.

Il dégage une tristesse qui donne envie de le consoler mais par moments il en joue. Il a un pouvoir de séduction, dans ses mises en scène, il peut prendre un air triste avec des yeux doux puis changer complètement de registre. Quand il se met en colère, il peut devenir haineux, même son timbre de voix change, il peut passer alors d'un ton"mielleux" à agressif voir insultant.

Dans les ateliers thérapeutiques, on note le comportement suivant:

- Judo:

Il semble avoir bien accroché à cette activité qui est très cadrée et où il n'y a que des hommes. Mais il s'arrange souvent pour faire une bêtise et être réprimandé par le moniteur. Il essaye aussi d'entraîner les autres dans le non-respect des règles.

C'est pourquoi l'engagement est coté "0", c'est-à-dire disqualification active du cadre.

-Théâtre:

Le gros du travail se fait aussi sur le contenant: de seconde en seconde, il cherche la transgression pour vérifier que le cadre est le même et qu'il tient.

Ensuite il accepte de prendre un personnage et de tenir son rôle.

Ses personnages sont ceux d'enfants de 8 ans ou de jeunes adultes, qui font "gosses de rue", ne travaillent pas mais font du moto-cross toute la journée; ses personnages sont généreux...

Pour les mêmes raisons d'attaque active du cadre, l'engagement est coté "o".

- Peinture :

C'est encore le travail sur les limites qui semble avant tout important bien qu'il transgresse beaucoup moins depuis l'arrivée d'un éducateur/homme avec qui il est très séducteur. Il lui a même dessiné un cadeau. Mais la semaine suivante, il l'a provoqué ++ en lui disant: « Tu t'occupes pas de moi... » Dans le transfert, cet éducateur semble mis en position de père ou de beau-père.

Pour les mêmes raisons, les soignants animateurs d'atelier ont coté "o".

- Atelier Scolaire :

Le 1e jour, on a du le traîner jusqu'à sa place, tellement il était terrorisé d'être mis en situation d'apprentissage. Petit à petit, il a accepté de s'asseoir, a mis du temps à faire des petits exercices. Il s'autorise peu à faire quelque chose et a très peur de l'échec. Il est très lent pour travailler et il faut être ferme mais très diplomate en même temps car il est très à fleur de peau. Son niveau est celui d'un début de cours préparatoire.

C'est ce désir de tenter à nouveau les apprentissages malgré ses difficultés qui a été compris par le soignant comme une participation active à l'atelier cotée "+1".

Soit un engagement moyen au temps T1:"0" (Judo) + "0" (Théâtre) + "0" (Peinture) + "+1" (Atelier scolaire) + "+1" (piscine) = 2/5 = 0,4. Ce qui le situe à un engagement moyen/bon (le 11^{ième} sur 33).

De ces premières semaines d'observation, nous faisons le constat suivant:
C'est la problématique abandonnique et le trouble de la personnalité à type de dysharmonie évolutive qui domine le tableau clinique. L'enfant a visiblement une finesse intellectuelle mal exploitée dans son environnement.
"Se livrer, parler de lui" semble pour *Antoine* un désir et en même temps une grande peur. Il n'arrive pas, pour l'instant, à dépasser cette peur et il ne peut alors s'exprimer que par des troubles du comportement qui évoquent un petit enfant abandonnique. Il se livre encore très peu mais met régulièrement en scène des situations où "Il aurait des choses à nous dire mais il ne peut pas...".

-L'adaptation sociale au PAC est de 105/120:

Autonomie: 39 /40

Communication: 28 /40

Socialisation: 19 /20

Occupation: 19/20

Le score global n'apparaît pas mauvais puisqu'il s'agit d'un enfant non psychotique aux capacités langagières potentiellement normales. Ce sont les items "communication" qui sont les plus échoués, reflet du retard scolaire et des difficultés cognitives.

- L'intensité des symptômes à la "Maxéville 1998", se situe à 44/135 (rappelons que 0/135 correspondrait à l'absence de tout symptôme)

Réaction de retrait: 9 /21

Troubles des conduites motrices et de l'image du corps: 0 /18

Troubles de la fonction langagière: 2 /12

Troubles d'allure névrotique: 2 /12

Manifestations de rupture avec la réalité: 2 /15

Troubles psychosomatiques: 5 /12

Troubles du comportement: 14 /30

Défaillance de l'investissement cognitif: 10 /15

avec le maximum de difficultés pour "les troubles du comportement ": 14/30, presque tous les items de cette sous catégorie sont touchés mais avec une intensité moyenne. A noter que la catégorie:"réactions de retrait", symptomatologie habituellement présente

chez les psychotiques, est aussi une sphère atteinte chez *Antoine* (8 items sur 21). Dans ces tableaux de troubles sévères de la personnalité, le champ relationnel est lui aussi touché. Enfin les difficultés d'apprentissage se retrouvent dans la catégorie "Défaillance de l'investissement cognitif" (10 symptômes présent sur 15).

Alliance avec la maman au temps T1:

Il est à noter que nous ne verrons jamais en entretien, et malgré nos sollicitations répétées, ni le père ni le beau-père de l'enfant. *Mme S* ne viendra aux rendez-vous que parce que l'éducatrice du tribunal lui sert de taxi et est là pour lui rappeler les horaires.

Cependant malgré ce contexte "quart monde", *Mme S* participe volontiers aux entretiens. Elle arrive souriante bien qu'un peu tendue. Elle semble avoir compris en partie le travail que l'on peut faire à l'hôpital de jour même si le monde de la psychiatrie lui fait très peur. Voilà plus de deux mois qu'*Antoine* est à Maxéville et elle constate qu'il est plus calme, moins provoquant tant en classe qu'à la maison et attribue cette amélioration à nos soins. Elle constate que l'enfant attend avec impatience son taxi le matin et en est très surprise, lui qui a tant de mal quelquefois à se rendre à l'école.

Elle nous explique qu'en dehors des provocations, c'est l'anorexie qui est le symptôme qui l'angoisse le plus. Elle dit ne plus savoir quoi faire pour l'aider à manger plus et elle a très peur qu'on la considère comme une mauvaise mère qui ne nourrit pas son fils. Elle a en partie conscience qu'il joue de cette inquiétude.

Par ailleurs, elle nous parle des difficultés conjugales avec le père d'*Antoine* quand ils vivaient encore ensemble et son inquiétude quand l'enfant est en week-end chez lui. Elle est beaucoup plus discrète sur le comportement de son mari actuel même si elle reconnaît que les choses ne sont pas simples entre les garçons et leur beau-père. Elle parle aussi de son fils aîné qui vient d'être placé en foyer éducatif ce qu'elle regrette ayant elle-même été placée dans sa jeunesse. En même temps, elle reconnaît que les conflits entre les garçons et leur beau-père ne sont pas faciles à gérer et elle se sent souvent bien dépassée. Elle reconnaît aussi avoir toujours eu du mal à mettre des limites à ses enfants et avoir souvent annulé les punitions qu'elle venait de mettre ne supportant pas de « faire du mal aux enfants ».

Nous discutons alors des limites et de l'intérêt du cadre à poser aux enfants. Nous lui expliquons que si *Antoine* pourra exprimer tout ce qu'il veut en ateliers, il n'est en même

temps pas question "de lui laisser tout faire" et empêcher les autres enfants de travailler. Nous précisons bien que notre travail est aussi de lui permettre de respecter les autres et la loi. La maman se dit satisfaite de cette démarche d'autant qu'elle-même n'y arrive pas.
Malgré ces limites de raisonnement et les choses "qu'elle ne veut pas nous dire", médecin et soignant jugent ces premières rencontres comme plutôt positives et notre impression est que nous pourrions accompagner cette famille à être un peu moins hors la loi.

La note globale d'alliance thérapeutique ainsi attribuée à la mère est de 34/72, ce qui à un niveau d'alliance « moyen faible», au 12ième rang sur 33.

c- Evaluation au temps T2 :

Un an après son entrée à Maxéville, les dysfonctionnements de la famille d'*Antoine*, paraissent de plus en plus flagrants à l'éducatrice du tribunal. Par exemple, la mère continuait à envoyer *Antoine* chez son père le WE alors que les visites avaient été suspendues par le juge des enfants après que le garçon ait raconté que son père avait des relations sexuelles avec sa nouvelle copine, alors qu'il était présent.
Après une période de nette amélioration correspondant aux premiers mois à l'hôpital de jour, *Antoine* a maigri, ses traits sont tirés. Il est de nouveau provoquant avec sa maman d'autant qu'elle est enceinte. De plus, il s'est plaint à l'éducatrice de la violence du beau-père sur lui depuis le départ de son frère aîné en foyer.
L'éducatrice a donc fait un nouveau rapport au juge des enfants qui a finalement décidé le placement d'*Antoine* en centre éducatif avec autorisation de ne retourner chez sa mère et son beau-père qu'un WE sur deux.

Capacités de l'enfant à T2:

Antoine est au centre éducatif depuis un an au moment de l'évaluation au temps T2. Il ne vient plus à Maxéville qu'un jour par semaine, la pédagogie spécialisée étant maintenant assurée par la nouvelle institution.

Depuis son placement, l'équipe le trouve plus détendu, plus souriant, moins à fleur de peau. Il livre un peu plus de choses en ateliers, mais rapidement, à l'emporte pièce. Il est souvent entre

deux portes, dans des petits coins pour dire les choses. Ce sont toujours des "secrets", même s'il s'agit de raconter des événements heureux comme le projet d'aller faire du ski avec le centre.

L'anorexie, l'encoprésie reviennent s'il est contrarié; l'anxiété passe encore beaucoup par le corps.

Il est plus présent dans la vie du service, parle plus spontanément aux éducateurs en particulier à table. Avant "ou c'était la fuite ou c'était le conflit"; maintenant il est bien plus naturel. Ses relations aux soignants sont donc beaucoup plus simples. Par ailleurs, il n'a plus le tic de se frotter à tout bout de champ la main sur le pantalon au niveau de l'entrejambe.

Sa participation aux ateliers thérapeutiques est maintenant la suivante :

- Peinture :

Il prend beaucoup de plaisir à peindre. Il respecte complètement le cadre, il est calme, écoute tranquillement les autres enfants s'exprimer. Il ne transgresse plus, on le sent bien.

Lors d'une séance pendant le temps de parole, il s'est précipité sur un éducateur (seul membre masculin de l'équipe) de façon compulsive et érotisée en essayant de l'embrasser sur la bouche et en lui disant: « Je vais te baiser !». A-t-il vu ou subi une relation sexuelle enfant/adulte ? Cette question nous revient souvent à l'esprit.

Au collage, il découpe des couples qui s'embrassent. Ensuite au temps de parole, il fait celui qui n'a plus de voix et ne peut donc rien en dire.

Il a dit un autre jour qu'il ne savait pas qui, de son père ou son actuel beau-père, était véritablement son père.

A propos d'une peinture d'un garçon qui se prend un coup de couteau, sans que ce soit de sa faute, il a dit: « Un jour y n'aura plus peur de le dire ».

Même s'il participe maintenant avec plaisir à l'atelier sans transgression, il ne peut aller plus loin dans son discours qui reste elliptique, l'engagement est donc coté "+1 " (et non pas "+2" qui correspondrait à "une capacité à évoquer authentiquement sa souffrance").

- Théâtre :

Beaucoup de choses reviennent autour des 2 hommes qui s'alcoolisent (cela nous évoque le père et le beau-père). Ils sont saouls. Ils emmènent les enfants à la piscine. Tout est alors à consonance ambiguë. Par exemple, un des 2 hommes n'a pas de maillot de bain, l'autre lui propose de lui prêter le sien. Le soir, les matelas sont mis par terre, on ne sait pas trop qui dort

avec qui. Le grand lit est fait pour le père et sa femme; finalement le copain demande à l'autre homme de rester dormir avec lui.
Il a mis en scène un repas où la table a l'air d'un phallus érigé, avec un tissu dessus où l'on voit sans voir. Il se passe des choses sous cette table...
Enfin dans un jeu de statues du musico drame (sous induction musicale, on demande aux enfants de mimer ce qu'ils ressentent sous forme de personnages figés), il a mis en scène 3 sujets: le premier est en position d'imploration, l'autre a une main sur le visage pour se protéger, le troisième est comme étranglé, les mains autour du cou. L'effet était très impressionnant et touchant. Il n'a rien pu en dire au temps de parole sauf : « je préfère que mes statues parlent pour moi ». Les soignants présents ont été bouleversés par cette métaphore d'un enfant maltraité.
Pour les mêmes raisons qu'en peinture et pour tous ces non-dits lors des temps de parole, le soignant a coté l'engagement seulement « +1 »

L'engagement à T2 se résume donc à: "+1" (Peinture) + "+1" (Théâtre) = 2/2 = 1 . Soit une progression entre le premier trimestre T1 et le dernier trimestre T2 = 1 – 0,4 = 0,6. Antoine est passé ainsi du 10/11^{ième} au 18/19^{ième} engagement. Ainsi même si sa note progresse, son engagement reste assez moyen et progresse moins vite que l'ensemble des enfants illustrant par-là ses résistances à parler.

A ce temps T2, nous concluons notre observation ainsi:

Antoine continue à nous lancer sur la piste d'éventuels abus sexuels (mais sans rien dire de bien précis ou utilisable pour un nouveau signalement qui conduirait à un procès).
L'ambiguïté (à tout point de vue !) des images paternelles s'exprime de plus en plus. A quel type de père *Antoine* peut-il s'identifier ?
Par contre, il s'adapte très bien à la nouvelle structure éducative où il ne tient pas de propos ambigus ou à connotation sexuelle. Il y respecte les règles du groupe même à l'école.
Mais en classe, il continue à être complètement bloqué tant pour la lecture que pour le calcul. Nous nous risquons à l'interprétation que tant qu'il a "un secret" qu'il ne peut pas livrer, il ne peut être libre psychiquement pour apprendre d'autant que la fonction symbolique de l'écriture est particulièrement importante ("écrire" un signalement au juge…)

-L'adaptation sociale au PAC est de 108/120:

Autonomie: 39 /40 (+ 0 points)

Communication: 31 /40 (+ 3points)

Socialisation: 19 /20 (+ 0 points)

Occupation: 19/20 (+ 0 points)

le score global n'a quasi-pas changé puisqu'il était de 105 deux ans plus tôt. Ce sont les items "communication" qui stagnent puisque l'enfant n'a pas du tout progressé au niveau cognitif. Nous constatons avec tristesse qu'il n'a fait pratiquement aucun nouvel apprentissage scolaire en deux ans.

- L'intensité des symptômes à la grille "Maxéville 1998", de 42 à 15,5 /135 soit

Réaction de retrait: 1 /21 (- 8)

Troubles des conduites motrices et de l'image du corps: 1 /18 (+1)

Troubles de la fonction langagière: 2 /12 (0)

Troubles d'allure névrotique: 2 /12 (0)

Manifestations de rupture avec la réalité: 0 /15 (- 2)

Troubles psychosomatiques: 1 /12 (- 4)

Troubles du comportement: 3 /30 (- 11)

Défaillance de l'investissement cognitif: 4 /15 (- 6)

On constate tout de même une diminution de 30 signes (26,5 si l'on prend en compte la moyenne avec l'avis du médecin) ce qui est loin d'être négligeable puisque cela correspond à la 5^{ième} /33 meilleure diminution symptomatique. Ainsi "les troubles du comportement " passent de 13 à 3/ 30, ce qui se comprend bien dans la mesure où il n'est plus sans cesse à attaquer le cadre. "les réactions de retrait"passent en moyenne de 9 à 1 item sur 21 et s'il garde ses secrets, l'enfant n'est plus fuyant dans le regard, ne passe plus tout son temps à se cacher.

Enfin même s'il n'a pas progressé au niveau des apprentissages, l'intensité des symptômes de la catégorie "Défaillance de l'investissement cognitif" a diminué par deux, Même si cela ne se voit pas encore en pratique, l'enfant est moins terrorisé en situation scolaire, c'est sans doute pourquoi, il ne fait plus"le cirque"en classe.

Alliance avec la maman au temps T2 :

Mme S ne s'est rendue à nos entretiens que si l'éducatrice l'accompagnait. Les multiples tentatives de rendez-vous où elle devait venir par elle-même ou avec son mari se sont toujours finies par des rendez-vous manqués non excusés, ce qui mettait *Antoine* au désespoir. Si l'on téléphonait pour lui rappeler le rendez-vous, elle inventait des excuses plus ou moins loufoques et on entendait en arrière plan, la voix du beau-père hurler : « Ils vont encore nous emmerder longtemps là-haut ? ».

Quand elle était amenée par l'éducatrice, *Mme S* continuait à être souriante et charmante mais il devenait de plus en plus évident qu'elle nous mentait dès qu'une situation l'embarrassait. Il faut dire que ces deux aînés étaient maintenant placés et elle vivait dans la terreur qu'on lui retire le troisième et la petite fille âgée d'un an qu'elle avait eue entre temps. Elle pouvait ainsi raconter combien elle était contente de revoir *Antoine* le week-end, à qui elle faisait les petits plats qu'il aimait et essayait de l'aider pour les devoirs. Alors que l'enfant avait dit dans le même temps à l'équipe: « Quand je rentre le week-end, il n'y a que le chien qui me fait la fête. Ils ont pris ma chambre pour mettre la petite sœur. Je dors sur un matelas dans la chambre de mon petit frère ».
Pendant ces entretiens, *Antoine* n'a jamais pu dire un mot. Même si, avant les rencontres, il demandait souvent à son éducatrice référente d'aborder tel ou tel thème qui lui tenait à cœur. La seule fois où il a dit quelque chose, ses mots ont été : « Il a bien fait de me placer le juge pour enfant, je me plais bien à ... ».

Nos échanges avec les travailleurs sociaux, nous ont confirmé dans l'impression que la maman pouvait tenir des discours très différents, contradictoires, inconstants, en fonction de ses interlocuteurs et des circonstances. On ne pouvait donc jamais être sûr de la véracité d'un événement qui se déroulait à la maison.

L'alliance a donc été jugée particulièrement mauvaise, l'une des plus faibles des 33 mères soit un chiffre de 23 /72 alors qu'elle était de 34 à l'entrée. *Mme S* a été l'une des rares mères où l'alliance s'est considérable dégradée avec le temps en parallèle d'un enfant qui a relativement peu évolué. Ce sont les mensonges répétés de cette maman qui nous ont le plus exaspérés. Voici des exemples de nos sentiments contre transférentiels : « Je ne peux plus la croire! », « Elle se fout vraiment de notre gueule! », « Elle protège son mari contre ses enfants, elle cautionne ainsi ce qu'il fait », « Elle est peut-être un témoin actif de relations incestueuses entre son mari et *Antoine !* », « Ca tombe !, elle avait déjà couvert les

gestes de son ex-mari sur *Antoine* ». Nous nous disions alors qu'il était finalement plus facile de travailler avec des parents agressifs et projectifs mais qui verbalisent leurs sentiments à notre égard plutôt que d'avoir affaire à des parents qui nous font bonne mine mais qui nous mentent.

d- Epilogue - conclusions :

Antoine a été pris en charge à Maxéville encore une année après la fin de cette étude et il continue à venir en psychothérapie une fois par semaine amené par un éducateur du centre.

A la fin de cette troisième et dernière année, la composante dépressive avait quasiment disparu de même que les symptômes psychosomatiques. *Antoine* est maintenant un garçon enjoué, partant pour toutes les activités de groupe et de ce fait en grand décalage avec les autres enfants de l'hôpital de jour aux multiples troubles de la communication. Mais les troubles cognitifs restent majeurs et il n'aborde que très laborieusement la lecture et l'écriture.

Par ailleurs, il est toujours resté sur une position: "j'aurai un secret à dire, mais je ne veux ou je ne peux pas en parler". Il a dit un jour à sa thérapeute : «j'existe à ne rien dire ».

Le placement a beaucoup aidé *Antoine* à prendre de la distance psychique (en même temps que physique) vis-à-vis de sa famille. En parallèle, il a fait un gros travail sur lui-même tant en thérapie, qu'à l'atelier théâtre où il a même pu, à la fin, aborder des thèmes oedipiens plus classiques.
Mais *Antoine* reste fragile et assez compliqué à cerner. C'est probablement lié à une grande ambivalence intérieure, elle-même en lien avec son milieu familial "incestuel" (et incestueux?)
Il dit souvent les choses à mots couverts ou en les déniant après les avoir dits. Il est donc difficile d'y voir clair mais globalement le message est de l'ordre de: "Eloignez-moi de ma famille, ça me protège".
Par ailleurs, le bilan psychologique, réalisé un an avant sa sortie, n'est guère encourageant :
« La passation des tests projectifs (Rorschach - TAT) a été longue et difficile. *Antoine* se dévalorisant ++ et refusant certaines planches du T.A.T.

Le mode d'organisation psychologique reste préoedipien car les principaux blocages se situent aux dimensions génitales avec des problématiques oedipiennes inaccessibles :
-Des fantasmes de réalisations incestueuses, sous-tendant un registre plus archaïque de relation à l'image maternelle,
-Des fantasmes de parricide sur un père qui apparaît déjà affaibli et soumis à une femme castratrice et dominatrice,
-Impossibilité de désexualisation des relations d'objet,
-Thématiques anales.
Par contre, et étant donné le développement psycho sexuel d'*Antoine*, ces comportements peuvent s'envisager dans une dynamique relativement masochiste. Ainsi, la constante dévalorisation renverrait davantage une mise (délibérée) en position de victime et expliquerait également le besoin de s'imposer différentes épreuves et frustrations plus ou moins douloureuses. Cette hypothèse donnerait encore sens à l'attitude parfois intrigante et manipulatrice qu'*Antoine* peut arborer face à l'adulte; attitude qui peut être largement inspirée du mode de communication familial, mais qui peut également signifier la mise en place d'une structure perverse. »

Il continue en ambulatoire sa psychothérapie qui a débuté il y a 3 ans, peut-être un jour y livrera-t-il ses secrets et espérons que ce travail lui permettra de passer à un registre plus névrotique.

Même si la situation familiale d'*Antoine* est particulièrement perturbée, elle n'en est pas moins caractéristique de nombreuses familles "quart monde" que les Secteurs en pédopsychiatrie doivent prendre en charge. Ces situations suscitent d'insolubles débats entre les équipes et nos partenaires de la justice sur la nécessité ou non de retirer les enfants de ces familles, et sur quels critères et à quels moments.

Enfin pour finir plus directement sur notre recherche, les résultats d'*Antoine* illustrent peut-être, ce qui s'est reproduit pour d'autres enfants, c'est à dire l'absence de lien statistique entre l'alliance thérapeutique avec la mère et les échelles symptomatiques (Maxéville 98) et d'engagement dans le soin.
Malgré ses difficultés cognitives et une relation à l'autre qui reste problématique, *Antoine* a fait pendant ces 2 années de soins d'évidents progrès, les troubles du comportement sont beaucoup moins massifs, ce qu'illustrent ces deux échelles. Mais nous avons été contraints de

travailler "sans les parents" d 'autant que l'enfant a fini par être placé. Par contre la stagnation à l'échelle sociale de développement, quel qu'en soit la raison psychologique sous-jacente, semble un excellent reflet de la gravité de la situation générale de l'enfant.

3) Derniers commentaires sur les cas cliniques:

Nous venons de décrire 2 cas cliniques "extrêmes" mais qui montrent bien ce que peut être une alliance satisfaisante ou problématique avec les mères en parallèle de l'évolution des enfants et la façon dont nous avons pu travailler avec eux. Nous espérons que cela a permis aussi au lecteur de comprendre la logique de travail clinique de notre institution et rendre moins aride la lecture des résultats statistiques que nous avons présentés.

Pour **Margot**, les événements évoluent en parallèle: L'enfant a de gros troubles de la communication mais aussi des capacités intellectuelles, de même que sa maman, a elle aussi de bonnes capacités d'analyse même si affectivement la pathologie de sa fille la perturbe. On était donc parti d'un niveau "basal" assez bon malgré la gravité des troubles de l'enfant et au fil de la prise en charge, ce "bon niveau" va permettre une excellente collaboration de la famille avec l'équipe de l'hôpital de jour, ce qu'illustrent les bons scores d'alliance pour la mère et d'engagement dans le soin pour l'enfant en parallèle d'une excellente évolution sociale et symptomatique. Ce cas clinique est donc tout à fait en concordance avec les hypothèses de notre recherche.

Les choses auraient été un peu différentes si nous avions pris le cas de **Melissa**, 2^{ième} meilleure alliance maternelle et 2^{ième} meilleure évolution sociale au PAC. Il s'agit d'une enfant non psychotique qui présente de graves troubles de la personnalité à type d'inhibition affective majeure avec un mutisme sélectif très sévère, un retard global des acquisitions en particulier du langage. La bonne alliance avec la famille, aussi bien la mère que le père (le couple est venu ensemble à tous les entretiens) a permis un bon travail en commun, chez des gens modestes, d'origine portugaise, où l'autorité médicale n'était pas, à priori contestée, ce qui a permis une guidance parentale "simple" sans conflictualité excessive d'autant que l'enfant a fait beaucoup de progrès en 2 ans. Mais si l'inhibition de Melissa s'est levée dans son

quotidien en particulier à l'école, elle a toujours gardé le même comportement infantilisé et niais à l'hôpital de jour même les derniers mois. Elle a ainsi "clivé" son environnement, nous réservant le plus mauvais. C'est sans doute ce mécanisme de défense qui lui a permis alors de progresser mais c'est un peu "frustrant" pour les soignants de ne pas voir ces progrès même si nous avions compris et accepté le chemin qu'avait choisi Melissa pour sans sortir. Mais de ce fait, et en raison de toutes ces résistances au sein de l'institution, l'implication directe dans les ateliers a été très limitée et donc un score à l'échelle d'engagement relativement médiocre ainsi qu'un niveau de diminution des symptômes relativement limités par rapport aux énormes progrès du comportement dans le quotidien que montre le PAC. On ne retrouve donc pas le même parallélisme que pour Margot et cela illustre aussi les résultats négatifs de certaines de nos hypothèses.

En ce qui concerne les plus mauvaises alliances les choses sont un peu en miroir:
Le score d'alliance maternelle le plus mauvais n'est d'ailleurs pas celui de la mère d'Antoine qui n'est qu'à l'avant-dernière place (!) mais celle de la maman de Tom.

L'histoire de **Tom** a déjà fait l'objet d'une publication de notre part (Ramarijoana, Kabuth, 2000) tellement la folie de la mère nous a mis en difficulté. Il s'agit en effet d'une mère psychotique schizo-paranoïde qui nous a constamment soumis à des injonctions paradoxales. Tom souffre aussi d'une dysharmonie psychotique, c'est un garçon, contrairement à sa maman, très peu projectif mais très confus et incohérent. Ce cas pose de nombreuses questions cliniques et éthiques à propos du mode de transmission trans-générationnel de la psychose (Est-il surtout génétique? Ou lié au comportement d'incohérence du parent? Ou à une intrication des deux?) et aux droits des parents psychotiques à élever leur enfant. L'alliance avec la maman a été impossible et les progrès de l'enfant assez limités montrant d'assez mauvais scores à toutes les échelles plutôt en faveur de nos hypothèses.

Mais outre que nous voulions dans les deux exemples cliniques, montrer à la fois un cas de psychose (Margot) et un cas de troubles du comportement, le cas d'**Antoine** nous a paru moins caricatural que celui de Tom et pouvant ainsi mettre en évidence, comme nous l'avons vu, le manque de concordance entre les échelles d'évaluation de l'enfant et l'alliance avec le parent, hypothèses de départ de notre travail.
Antoine a la plus faible évolution au PAC en parallèle du plus mauvais score d'Alliance Aidante de sa maman. Malgré tout, nous avons vu qu'au niveau clinique, beaucoup de

symptômes avaient diminué voir disparu, en parallèle d'un engagement dans le soin pas si mauvais.

Ceci pose la question, outre de la pertinence de nos instruments, de la valeur de certains symptômes psychiatriques par rapport à d'autres et du niveau de gêne qu'ils entraînent dans le quotidien des patients en particulier pour les pathologies mentales lourdes. C'est ce que nous allons essayer de comprendre maintenant dans la discussion de nos résultats en les comparant aux travaux de la littérature.

III – Discussion des résultats, comparaison avec les travaux antérieurs :

1) Alliance avec les mères et évolution sociale des enfants:

Le principal résultat positif de notre recherche se situe dans la forte corrélation statistique entre l'alliance thérapeutique de l'équipe avec les mères, mesurée par la version soignant du questionnaire AA et l'évolution sociale des enfants au PAC (hypothèse 1a).

Ce résultat d'un travail auprès d'enfants semble être en congruence avec la littérature anglo-saxonne sur l'alliance thérapeutique auprès de patients adultes en psychothérapie, que l'on peut résumer en reprenant la synthèse de la méta-analyse de Horvath et Symonds de 1991: « Des associations ont été retrouvées de manière reproductible entre une bonne alliance et une évolution favorable ».

Par rapport à ces travaux nord-américains, la première différence de notre travail est qu'il se situe, non pas lors de psychothérapies mais *dans le cadre d'une institution de soins psychiatriques* et nous pouvons citer de nouveau Alice Dazord (1997) quand elle précise que « nous avons essentiellement travaillé dans des institutions, et il est plus exact de parler de l'évaluation des aspects psychothérapiques des prises en charge que d'évaluation des psychothérapies proprement dites. »
Nos résultats peuvent donc aussi être comparés à ceux de cette équipe de chercheurs français qui ont trouvé des liens entre l'alliance thérapeutique avec les membres des équipes de soins et l'évolution des patients (Gerin et coll.-1992, Aapro et coll. -1994, Seulin et Dazord -1995).

La deuxième originalité de cette étude par rapport à la littérature classique anglophone est que nous avons travaillé *avec des familles - enfant et parent(s)* -. Et même si l'étude dans les 7 centres de consultation pédopsychiatrique de la région Rhône-Alpes (Dazord -1989, -1993, Gerin -1989), posait déjà l'hypothèse que l'alliance avec les parents influence le devenir des enfants, les auteurs n'ont pas mesuré dans cette recherche, l'alliance thérapeutique en elle-même mais plus indirectement le degré d'accord entre parents et soignants lors des tous premiers entretiens sur le type de prise en charge à proposer à l'enfant.

Ce premier travail empirique en hôpital de jour pour enfants semble indiquer que le soin psychothérapique en institution pédopsychiatrique ne fera pas exception aux résultats des travaux antérieurs nord-américains où « l'alliance semble rendre compte de l'évolution clinique des patients d'une manière semblable pour toutes les modalités thérapeutiques. Ce concept serait donc l'un des rares indicateurs communs à tous les types de thérapies. » (Horvath et Symonds 1991).

2) Alliance avec les mères et évolution symptomatique des enfants:

Le principal résultat négatif de notre recherche se situe dans l'absence de corrélation statistique entre l'alliance thérapeutique de l'équipe avec les mères, mesurée par la version soignant du questionnaire AA et l'évolution symptomatique des enfants à la grille Maxéville 1998 (hypothèse 1b).

a- Défaillance de l'échelle ?

Dans le paragraphe I « Résultats » nous avons déjà mentionné une hypothèse explicative, à savoir que l'échelle Maxéville 1998 ne serait pas adéquate. Peut-être est-elle trop sensible. De plus, nous avons donné implicitement à tous les symptômes la même valeur puisqu'ils ont exactement la même cotation. Mais peut-être des signes psychopathologiques sont-ils plus importants que d'autres et peut-être aurait-il fallu pondérer la cotation ?

Peut-être aurait-il fallu faire des corrélations avec chacune des VIII sous rubriques de l'échelle et voir pour chaque type de troubles (les réactions de retrait, troubles des conduites motrices, de la fonction langagière, etc.) si l'alliance avait eu un impact significatif et voir si

les améliorations étaient différentes pour les psychotiques et les enfants présentant des troubles du comportement. Nous aurions alors été très proches de la méthodologie utilisée par le Script-Inserm et certaines équipes américaines. Mais nous ne voulions pas non plus multiplier les corrélations à l'infini comme c'est parfois le cas dans certains travaux que nous avons critiqués au chapitre 1 (Luborsky -1983, Marziali –1984, Aapro et coll. –1994, Seulin et Dazord –1995).

b- Quels sont les symptômes qui diminuent dans les études sur le devenir ?

Notre conviction personnelle reste cependant que s'il y a un fort lien statistique entre l'alliance des mères et le développement social des enfants, alors l'évolution de la symptomatologie devrait aussi être en lien avec l'alliance.
Après avoir "dépassé" la déception de ce résultat négatif et la culpabilité d'avoir utilisé une échelle qui n'est peut-être pas tout à fait adéquate, nous avons de nouveau considéré les études sur le devenir avec un regard encore plus aiguisé sur ce qui était vraiment évalué dans ces études.

Nous avons, au chapitre 1 dans la critique des travaux sur l'alliance, mentionné l'ambiguïté qu'il y a quelquefois dans le terme de"devenir". Parle-t-on du devenir et de l'évolution du patient ou l'évolution de sa thérapie? Dans les échelles d'évaluation de cet "outcome", on retrouve cette ambiguïté où les échelles sont à la fois symptomatiques, du fonctionnement psychosocial global mais aussi sur des critères de non-abandon du suivi ou sur le comptage des rendez-vous manqués. C'est en particulier vrai pour certains symptômes cibles comme « la durée d'abstinence à un toxique », comparés au nombre de séances de thérapie.

Coralie Lazignac (2002) dans sa revue de la littérature sur l'alliance écrit: « les mesures de l'alliance ont été utilisées pour prédire différents types de résultats allant de l'interruption de l'utilisation de drogues à une amélioration de l'adaptation sociale ou à l'évaluation subjective de l'amélioration globale par le patient et le thérapeute. Il ressort que les mesures de l'alliance sont plus efficaces pour prédire les résultats en lien avec la problématique principale de l'individu (comme la cible de la plainte), que pour évaluer l'évolution d'une large série de symptômes. »

Et si l'on regarde de nouveau l'une des premières publications de Luborsky sur l'alliance (1983) sur les 10 patients le plus et le moins améliorés, on voit que le devenir des patients a été évalué par toute une série de petites échelles sur l'amélioration globale, le succès de la thérapie et la satisfaction globale du patient, remplies par le thérapeute, associé à des échelles de symptômes. Et Luborsky note que l'amélioration des symptômes cibles (c'est-à-dire ceux pour lesquels le patient était venu à l'origine consulter, sans qu'il ne précise vraiment lesquels) est corrélée avec une bonne alliance précoce. Et il comprend la satisfaction finale du patient si les maux pour lesquels il était venu consulter, ont nettement diminué. Mais en termes d'amélioration globale psychiatrique à une échelle de santé maladie, il ne retrouve pas de corrélation avec l'alliance. Et même pour les plaintes somatiques, il retrouve une corrélation négative avec l'alliance.

De même Horvath (1998), à propos de la validation de la WAI qui confirmait la valeur prédictive de l'alliance mesurée par cette échelle (versions patients ou thérapeutes), note cependant qu'ils ne retrouvent pas de lien entre l'alliance et les échelles mesurant directement les symptômes psychiatriques, c'est le fonctionnement global des patients et leur qualité de vie relationnelle qui ont surtout évolué.

Revenons aussi sur les publications de l'équipe de Luborsky (Woody et coll.-1983 -1885, Luborsky -1986, Gerstley et coll. -1989) à propos de l'étude sur les 101 toxicomanes où un bon niveau d'alliance à la troisième séance (évaluée par le questionnaire des Alliances Aidantes) s'est avéré être le meilleur facteur prédictif de l'évolution. Les patients ont été évalués, à 7 mois d'intervalle, par l'échelle de dépression de Beck, l'inventaire de la personnalité de Maudsley, l'échelle de symptômes de Hopkins, l'échelle de vie de l'institut Shipley et enfin par l'échelle de sévérité d'addiction, ASI (Addiction Severity Index) .

Woody (1985) a sélectionné de cette cohorte 77 patients présentant une toxicomanie isolée ou une toxicomanie associée à une dépression, ou associée à une personnalité antisociale ou les trois à la fois.

Il note que les patients toxicomanes avec personnalité antisociale s'améliorent moins bien que les autres. Mais s'ils ont en plus une dépression alors ils s'améliorent significativement mieux que les mêmes patients à la personnalité antisociale mais sans dépression. On peut donc supposer que l'échelle de vie, celle de sévérité d'addiction, et dans ce dernier cas, l'échelle de

dépression montrent une amélioration des patients mais pas celle mesurant les symptômes psychiatriques liés à la personnalité antisociale.
Quand il s'agit de troubles psychiatriques tels que la dépression et l'anxiété, on peut constater un lien entre une bonne alliance et une diminution de ces symptômes mais ce n'est pas le cas pour d'autres troubles psychiatriques que l'on dirait, d'un point de vue français, "liés à la structure de la personnalité".

Revenons pour la dernière fois à l'étude des 101 toxicomanes. Gerstley et coll. (1989) retiennent de cette cohorte 48 patients présentant une toxicomanie et une personnalité antisociale. Ils notent que malgré les comportements de rupture et de provocation de ce type de patients, un bon niveau d'alliance en début de traitement reste corrélé à une bonne évolution de la thérapie avec moins d'abandon des soins et une meilleure qualité de vie en termes de vie sociale et de dépendance aux toxiques. Mais ils constatent aussi que pour ces patients particulièrement difficiles, l'alliance, aussi bien cotée par le patient que par le thérapeute, n'est pas en lien avec une réduction des symptômes psychiatriques.

On retrouve le même type de résultats dans les travaux du Script-Inserm comme par exemple dans le travail d'Aapro et coll. (1994) sur 59 patients de la consultation d'un centre de Genève qui présentent des troubles anxio dépressifs sévères, une immaturité et une passivité importante. Parmi les résultats retrouvés, on note par exemple : « En ce qui concerne le patient, l'Alliance Aidante de type 2 est corrélée avec l'évolution globale et avec l'amélioration de l'anxiété ». Mais pour les autres symptômes psychiatriques de telles corrélations semblent moins évidentes ou plus ponctuelles.

Notre résultat négatif entre l'alliance et l'évolution symptomatique est donc peut-être finalement une donnée que l'on retrouve déjà, en tout cas pour les pathologies psychiatriques lourdes. Si l'alliance lors des thérapies semble aider dans l'amélioration de symptômes–cibles précis comme la prise de drogue, la dépression ou l'anxiété et l'aide en parallèle à l'obtention d'un niveau de socialisation meilleure, elle ne semble pas liée à un changement en profondeur des troubles de la personnalité ou des symptômes psychiatriques graves où les niveaux de fonctionnement mentaux sont très archaïques. L'étude de Piper et coll. (1991) a montré, a contrario, qu'un bon score à l'échelle de la qualité des relations objectales est en lien significatif avec un bon score d'alliance.

Cette limitation dans les progrès des patients n'est peut-être pas liée à l'alliance thérapeutique nouée avec les patients mais aux limites actuelles de nos connaissances en psychologie: Il y a des symptômes que la psychiatrie ne sait pas traiter et que l'alliance avec le patient soit bonne ou pas n'y change rien.

Ceci est d'autant plus vrai pour l'enfant psychotique. Comme le montre la synthèse des travaux sur l'évolution à long terme des autistes de Nordin et Gillberg (1998) où un mauvais voire très mauvais devenir en terme d'adaptation sociale est retrouvé pour 60 à 75% de ces patients devenus adultes. Et un devenir plus positif avec un fonctionnement "acceptable" au travail et à l'école (malgré certaines bizarreries comportementales) n'est retrouvé que dans 5 à 15 % des cas.
Leur synthèse indique aussi que beaucoup de programmes thérapeutiques ont montré des effets positifs mais aucun n'a montré une efficacité nettement supérieure à un autre, aucun n'a changé fondamentalement le destin de ces enfants.
Les programmes thérapeutiques qui apparaissent les meilleurs sont ceux qui sont basés sur une bonne connaissance de l'autisme, ont des objectifs « réalistes » et des buts à long terme. Et où le traitement est individualisé et comprend un soutien et une coopération des parents.
Le lecteur se dira peut-être qu'il est paradoxal de souligner ces limites thérapeutiques alors que nous avons présenté avec *Margot*, un cas de "guérison" d'une psychose. Mais ce type de cas est vraiment, dans notre expérience et dans tout ce que nous avons lu, de l'ordre de l'exception qui confirme la règle.

En ce qui concerne cet impact limité des thérapies, il en est probablement de même pour les troubles graves du comportement, même si les choses sont moins claires pour une catégorie diagnostique qui l'est moins dans sa définition.

Dans leur revue de la littérature, Schmit et coll. (1998) notent que: « La lecture attentive des différents chapitres du DSM IV concernés par les troubles du comportement chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, permet d'en déduire un schéma évolutif, à partir des définitions et des descriptions de ces troubles. Plus les troubles sont précoces, plus il y a risque qu'ils durent jusqu'à l'âge adulte. Ainsi les troubles qui commencent pendant l'adolescence ont plus de chance de s'amender que ceux qui commencent pendant l'enfance ».

Cela montre donc implicitement les limites de l'action thérapeutique sur ces enfants. D'autant que beaucoup d'enfants américains sont traités par psycho stimulants et cela ne semble pas changer leur difficile destin si des troubles des conduites sont liés à l'hyperactivité (Bierderman et coll. -1991).

C'est ce que montre aussi la synthèse de Schachar et coll. (2002) où les traitements par psycho stimulants ont permis, dans de nombreuses études, de réduire le syndrome Hyperactivité/attention, les troubles du fonctionnement social et quelquefois des symptômes internalisés comme la dépression. Par contre l'amélioration des performances scolaires semble moins évidente et ces études de traitements sont trop courtes dans le temps pour pouvoir montrer dans quel pourcentage de cas ces thérapeutiques ont été efficaces à long terme.

3) Alliance avec les mères et évolution de l'engagement dans le soin des enfants:

Le deuxième principal résultat négatif de notre recherche se situe dans l'absence de corrélation statistique entre l'alliance thérapeutique de l'équipe avec les mères, mesurée par la version soignant du questionnaire AA et l'évolution de l'engagement dans le soin des enfants mesurée par une version adaptée à l'enfant psychologiquement troublé (hypothèse 2).

Nous avons déjà évoqué l'hypothèse que notre système de cotation, qui est une adaptation, tenant compte des caractéristiques de l'enfant psychotique, soit trop sensible. La cotation "en négatif" des symptômes psychotiques les plus graves, a peut-être conduit à une trop grande dispersion de notre population comme le montrent les écart types largement supérieurs aux moyennes (la moyenne de l'engagement dans le soin à T1 est de -0,04 /-2,+2. l'écart type est de 0,75 et celle du temps T2 est de 0,65 /-2,+2. l'écart type est de 0,97). A partir du moment où les écart-types sont supérieurs aux moyennes, on sait en statistiques (Legras, 1994) que la dispersion de la population va poser problème pour l'interprétation.

Nous avons vu au chapitre 1 que "Evaluer le soin institutionnel" n'est pas une démarche anglo-saxonne et nous n'avons retrouvé aucune référence en langue anglaise.

Nous nous sommes alors intéressé de plus près à « l'échelle d'engagement dans le soin » telle qu'elle a été mise au point dans la recherche à l'hôpital de jour pour adultes de la MGEN (Seulin et coll., 1989, 1995, 1997) dont « la principale caractéristique a été de définir, à côté des aspects positifs, des paliers négatifs de disqualification ou de destructivité du soin, rarement présents dans les échelles relationnelles ». Ce travail montre des résultats par catégories de patients et par activités (par ex les patients névrotiques bénéficient plus des entretiens individuels, les patients dysthymiques du groupe de discussion, etc.)
Comparée à ce travail, notre hypothèse d'évaluer l'engagement dans son ensemble était peut-être trop globaliste. Chaque enfant, en fonction de ses difficultés, bénéficie sans doute plus de certains types d'activités par rapport à d'autres. Mais nous avions pensé, peut-être à tort, qu'un bon niveau d'engagement se refléterait dans une bonne participation à plusieurs ateliers.

Un autre élément qui est peut-être entré en jeu est le fait que les enfants n'étaient pas soignés à la même fréquence. Certains étaient à l'hôpital de jour presque tous les jours alors que d'autres ne venaient qu'une fois par semaine (surtout en fin de prise en charge). C'est pourquoi nous avons calculé et pris en compte la moyenne d'ateliers pour chaque enfant. Mais si un jeune patient était présent presque toute la semaine, et même si l'engagement était bon, il y avait peut-être un ou deux ateliers qui lui convenaient un peu moins bien. Inversement même si l'alliance était de mauvaise qualité avec un enfant, la multiplication d'ateliers fait qu'il y en avait peut-être un ou deux dans lesquels la médiation lui convenait particulièrement ce qui lui permettait de s'y exprimer avec moins de difficultés. Et c'est peut-être pourquoi les scores des moyennes (qui prennent en compte tous les ateliers) ne sont pas assez discriminants pour l'ensemble des enfants.

Cette variété de médiations proposées représente tout l'intérêt de cette prise en charge très spécialisée en unité pédopsychiatrique.
Notre expérience de travail avec ces enfants particulièrement perturbés, nous a régulièrement prouvé qu'il faut faire preuve de beaucoup d'imagination et d'énergie pour lutter contre le vide psychique et la répétition mortifère, principaux symptômes de ces enfants psychotiques ou victimes de carences. Et nous consacrons beaucoup de temps en synthèse pour essayer de comprendre l'enfant afin d'adapter au mieux les médiations qui lui permettront de s'exprimer et de sortir un peu de ces comportements pathologiques. Ainsi nous essayons toujours de proposer "un petit quelque chose de nouveau" s'il nous

semble que "l'enfant n'accroche aucun des ateliers" (C'est pourquoi nous avions initialement évalué l'engagement tous les trois mois).

Enfin et dans cette optique d'un travail très pointu avec l'enfant gravement perturbé psychiquement, on peut se poser la question de la valeur de la cotation de l'engagement malgré le guide que représente la grille de cotation. Par exemple, si un enfant très autiste entre un peu en relation avec un soignant lors de l'atelier musique, la situation sera jugée tellement extraordinaire par rapport à ce que montre l'enfant habituellement que le soignant considérera l'engagement de l'enfant comme "pas si mauvais", même si le niveau d'implication dans la relation n'est pas très élevé. Alors que si un enfant abandonnique s'oppose à la dynamique d'un atelier en y transgressant insidieusement mais de façon très intelligente toutes les règles, le soignant jugera l'engagement très problématique (même s'il sait que cette opposition a un sens thérapeutique) alors que cette non-participation est psychiquement beaucoup plus élaborée que l'incapacité de participer de l'enfant psychotique.
Les soignants tiennent ainsi compte du niveau basal et des capacités de l'enfant pour juger de son engagement, ce qui fausse en partie les résultats.

On ne peut d'ailleurs pas le leur reprocher. Travailler toute la journée avec des enfants aussi perturbés met particulièrement à mal le narcissisme des soignants. Et qu'un tout petit progrès en atelier soit ressenti comme une grande victoire est un mécanisme de défense institutionnel qui permet aux soignants de ne pas sombrer dans la dépression. Mais charge au médecin responsable de l'unité, certes de partager ces joies, de les transmettre aux parents mais sans trop les illusionner sur une guérison qui dans la plupart des cas n'arrive pas et qui engendre ensuite dépression et agressivité chez les parents quand ils réalisent l'intensité des troubles de leur enfant.

Dans ce contexte, les problèmes liés à l'évaluation de l'engagement par les soignants montrent les limites de ce travail où le relevé des données ne s'est pas fait par des juges extérieurs neutres mais par les soignants eux-mêmes qui devenaient pour ce travail, chercheurs.

Cela a été moins gênant pour l'alliance mesurée par le AA puisque c'est la collaboration du point de vue du patient ou du soignant qui est mesurée et nous avons vu qu'avec cet instrument les deux ressentis sont assez symétriques (Luborsky, 1986).

D'un point de vue plus français et en termes psychopathologiques, nous pourrions dire que nous avons mesuré notre propre contre-transfert vis à vis des mères.
On pourrait alors nous faire remarquer que ce contre-transfert se situe du côté des soignants et que c'est notre propre incapacité à travailler avec ces mères que nous avons mesurée et que cette incapacité là doit être travaillée en groupe, c'est tout le sens du travail institutionnel en hôpital de jour pédopsychiatrique (Sibertin Blanc, 2000).
Nous adhérons complètement à ce point de vue et nous consacrons habituellement beaucoup de temps et d'énergie pour que ce travail institutionnel se fasse au quotidien (Kabuth, 2001).

Il nous faut cependant ajouter que le planning des synthèses est réparti sur l'année de telle manière que nous puissions passer environ le même temps de reprise pour chaque famille. Et le dispositif institutionnel est conçu pour que toutes les familles aient la même chance de bénéficier de ce travail d'élaboration des équipes (malgré tout, on parle beaucoup plus des cas les plus difficiles, à l'occasion de nos rencontres informelles dans la journée).
Et malgré ce cadre qui est le même pour tous les patients, notre capacité "à dépasser notre contre-transfert négatif" vis à vis des familles, vient aussi du type de personnalités que nous avons en face de nous. Nous savons par expérience qu'il est plus facile de dépasser les conflits et la haine projective (qu'engendre la maladie mentale de l'enfant) avec certains parents.

Et c'est donc de la personnalité des soignants mais aussi de la personnalité des parents que dépend la capacité de l'équipe à perlaborer son contre transfert négatif. A notre avis (et même si ce n'est pas dit en ces mêmes termes psychopathologiques) c'est exactement ce que mesure l'outil de Luborsky, en lien avec la théorie de Bordin (1979, 1994) sur cette "alchimie" de la rencontre entre un patient et un soignant.

4) Valeur prédictive de l'alliance précoce:

Elle correspond à notre hypothèse 3 et se situe à deux niveaux: La qualité de l'alliance nouée avec les mères est prédictive de ce que sera l'alliance au fil du temps (hypothèse 3a). Et cette alliance précoce est prédictive du devenir de l'enfant dans son adaptation sociale (hypothèse 3b), même si cette prédictibilité est faiblement significative (p=0.03).

Ce résultat est particulièrement concordant avec les études antérieures anglophones puisque nous avons vu que dans presque toutes les recherches, c'est alliance précoce (mesurée lors des 3 à 5 premières séances) qui est la plus fiable pour prédire le devenir des patients (Luborsky, 1983 -1985 -1986 -1996, Horvath -1991, Martin -2000, Despars -2001).
Selon Despars (2000), « les études les plus récentes sur l'évolution de l'alliance soulignent l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute, dans la dimension interpersonnelle ». Notre recherche semble indiquer la même importance, non pas entre "un patient et un thérapeute", mais entre "un parent et les thérapeutes de son enfant".

Ce résultat est aussi en congruence avec les travaux des études cliniques françaises (Bailly Salin –1980, Geissmann –1982) qui ont montré l'importance de la période d'observation, que l'on peut situer dans les premières semaines de la prise en charge institutionnelle, où les premiers changements de l'enfant vont susciter des réactions très fortes chez les parents qui avaient mis en place des mécanismes de défense particuliers pour vivre avec cet enfant différent (Soulé -1980, Geissmann –1982).

5) Evolution de l'alliance avec le temps:

Il peut paraître évident, lors d'un processus psychothérapeutique donc forcément dynamique, que le niveau d'alliance ne soit pas le même tout au long de la thérapie. Mais ce qui est intéressant de montrer c'est de quelle façon il évolue.

Notre hypothèse 4, dans la continuité de la précédente, supposait un certain parallélisme entre les bons et mauvais scores d'alliance de départ et ceux de la fin de l'étude, en parallèle des bonnes et mauvaises évolutions des enfants.
Cette hypothèse s'est construite à partir des données sur la valeur prédictive, "classique" dans la littérature, de l'alliance précoce que nous venons d'évoquer et sur le modèle de l'équipe de Safran et coll. (1990, 1996, 2001) qui ont montré que des dégradations dans l'alliance apparaissent régulièrement au décours des thérapies et ont créé un modèle expliquant les ruptures de l'alliance (par exemple: si des désaccords surviennent en tout début de thérapie, celle-ci a peu de chances de se continuer dans de bonnes conditions).

L'analyse des résultats indique que l'hypothèse 4 n'est que partiellement vérifiée dans notre population :
- Quand l'alliance de départ est de bonne qualité, elle tend encore à s'améliorer avec le temps en parallèle à la bonne évolution sociale des enfants.
- Par contre les mauvaises alliances ont tendance à stagner en parallèle à la faible progression des enfants.

Dans le cas des bonnes alliances, le fait qu'à la fin de l'étude les parents des enfants qui ont très bien évolué, soient contents de la collaboration avec l'équipe peut sembler évident. Et on peut se dire que l'on ne peut pas savoir si l'alliance finale est une cause ou une conséquence de la bonne évolution des enfants.
Par contre que ces bons résultats soient en lien avec l'alliance précoce montrent qu'une relation thérapeutique satisfaisante s'établit assez vite en début de traitement et qu'elle est alors un "catalyseur positif" pour le reste de la cure de l'enfant.

En ce qui concerne les alliances négatives, contrairement à ce que nous avions imaginé au départ, le niveau basal d'alliance ne se dégrade pas avec le temps, il se contente de rester médiocre!
Médiocre mais sans ruptures itératives de soins et c'est peut-être en partie le mérite de l'équipe soignante qui, par le travail quotidien sur son contre-transfert négatif, a permis que les choses ne se dégradent pas avec ces familles souvent si difficiles.

Malheureusement les progrès des enfants dans ce groupe sont plus lents. Ils sont plus lents mais existent quand même, parce que ces enfants ont grandi en deux années et leur évolution sociale a progressé. Dans certaines situations, nous pourrions même dire qu'ils ont grandi "malgré" leurs parents et peut-être aussi "grâce" à l'appui de l'équipe soignante d'où l'importance d'éviter les ruptures de soins et de continuer à travailler avec ces familles malgré parfois nos sentiments de découragement.

C'est peut-être essayer de démontrer une évidence que de vérifier "qu'un bon travail avec les parents permet un bon travail avec les enfants". Mais il est parfois bon de prouver de manière empirique ce que l'on ressent intuitivement comme une évidence.

D'autant que les équipes soignantes, surtout quand elles travaillent dans le cadre d'une institution, ont souvent tendance à mettre les parents à l'écart sans doute pour se protéger de leur agressivité projective dont nous avons vu qu'elle est un des mécanismes de défense classiques mis en place quand on a un enfant très malade psychiquement (Soulé –1980, Mouren – 1982).

Les équipes utilisent alors des arguments pseudo psychopathologiques comme: "l'hôpital de jour est le lieu de soin qui appartient à l'enfant", "il faut préserver le secret des soins", "l'enfant ne pourra évoluer que s'il vit des expériences autres que ce qu'il vit habituellement à domicile", etc.
Ces arguments nous ont toujours semblé défensifs et relativement peu fondés sur le plan de la théorie analytique.
Par ailleurs, nous n'adhérons pas au modèle de pratique clinique de Bettelheim (1967) avec le clivage famille/ enfant tel qu'il l'avait mis en place dans son institution de Chicago, même si nous avons vu qu'il avait d'assez bons résultats à moyen terme.

Voici un petit exemple de ce que nous souhaitons plutôt comme partage avec les parents dans notre travail thérapeutique institutionnel:
A notre arrivée à Maxéville en 1994, nous avons été très surpris de constater que les parents ignoraient ce que faisait exactement leur enfant durant le temps passé à l'hôpital de jour. Et nous nous sommes demandé comment des parents pouvaient envoyer en confiance leur enfant dans un lieu de soins, s'ils ne savaient pas ce qu'il y faisait. Nous avons alors exigé de l'équipe la mise en place d'emplois du temps individualisés pour chaque enfant et qu'il soit mis par écrit dans le dossier médical pour que nous puissions le montrer aux parents lors des entretiens familiaux. Au début l'équipe a mal réagi pensant que ce serait la fin du soin psychothérapique dans l'institution (la garantie donnée à l'enfant, que ce qui se passe à l'intérieur de l'atelier ne soit répété à personne à l'extérieur, est la base de la presque totalité des ateliers à médiation thérapeutique). Mais très vite les soignants se sont rendu compte que les parents ne sont pas spécialement intrusifs et comprennent très bien le principe de la confidentialité à partir du moment où ils sont rassurés sur le sérieux de la prise en charge et sur le fait que l'on a bien proposé les bons ateliers à leur enfant. Ce qui nécessite de leur dire quelques mots sur le comportement général des enfants dans les différentes activités.

Les équipes ont aussi souvent été irritées que nous ne faisions pas, en tant que médecin responsable de l'unité, d'esclandres ou d'injonctions très fermes aux parents (surtout au début de la prise en charge) quand ils ne suivent pas totalement les règles de vie de l'institution (comme par exemple quand ils ne respectent pas les horaires de la prise en charge et amènent l'enfant en retard ou viennent le chercher trop tôt).
Combien de fois avons-nous dû expliquer et ré expliquer aux équipes les mécanismes de défenses pathologiques mis en place par les parents et combien il était important de les comprendre pour les décoder et les faire évoluer "en douceur" plutôt que d'être trop péremptoire et risquer de grandes incompréhensions sur la façon donc nous souhaitons aider l'enfant.

Peut-être que ce difficile travail de médiation au quotidien, que se doit de faire tout médecin responsable d'une unité psychiatrique pour enfants, nous a conduit à choisir ce thème de l'alliance avec les parents.

Les résultats de cette recherche nous confirment sur ce que nous avions intuitivement ressenti, à savoir la nécessité absolue de travailler en étroite collaboration avec les parents.

Nos résultats montrent aussi que "les choses se jouent très vite", dès les premières semaines de soins d'où l'importance d'être, dès le tout début de la prise en charge, particulièrement attentifs aux difficultés des parents et disponibles pour les aider avec la neutralité bienveillante que se doit tout "psy" vis à vis de ses jeunes patients et de leur famille.

Nous pourrions alors paraphraser la définition de Bordin (1975, 1994) dont nous avons déjà évoqué l'apport central de sa généralisation du concept d'alliance en tant que variable commune à tous les types de thérapies qui nécessitent implication et accord entre le thérapeute et le client dans une relation véritablement bidirectionnelle: buts communs, tâches du travail psychothérapique et lien de confiance.
Avec les parents de nos jeunes patients de l'hôpital de jour, nous pourrions alors dire que l'alliance se définit par des buts communs pour aider l'enfant à aller mieux, des tâches pour que le travail psychothérapique institutionnel de l'enfant se déroule dans les meilleures conditions (par exemple accepter que l'enfant manque l'école pour venir au centre, respecter les horaires, accepter la règle de la confidentialité de certains ateliers, assister ensemble aux réunions d'intégration scolaire, etc.) et un lien de confiance aussi bien avec l'enfant que ses parents.

Pour les familles les plus difficiles et en difficultés, nous pouvons particulièrement nous rappeler les remarques de Greenberg et Horvath (1992) à propos de la mise en place d'une bonne alliance précoce: « Cela signifie en clinique, que face à des patients peu enclins à résoudre leurs problèmes, la priorité la plus importante pour le thérapeute serait précisément de leur faire prendre conscience de leurs réticences et de mettre l'accent sur leur stratégie d'évitement, afin de développer leur collaboration active. »

6) L'alliance facteur non spécifique du soin institutionnel:

Nous avons vu que les deux méta-analyses de Horvath et coll. (1991) et celle de Martin et coll. (2000) étaient en concordance pour affirmer que la valeur prédictive de l'alliance précoce

est retrouvée quel que soit le type de thérapie, quelle que soit la durée du traitement, quel que soit le type de patients, leur âge, le mode de prise en charge (ambulatoire ou hospitalisation).

L'alliance avec les parents de nos jeunes patients de Maxéville, serait-elle aussi un facteur non spécifique du soin institutionnel ? C'est-à-dire retrouvée quels que soient la pathologie, l'âge, le sexe des enfants.

a- La première réponse à la question de la non-spécificité de l'alliance est donnée par la validation de la corrélation entre l'alliance et le devenir aussi bien pour le groupe des enfants psychotiques que pour celui des jeunes patients aux troubles graves du comportement (hypothèse 5).

En ce qui concerne les progrès sociaux, l'alliance avec les mamans apparaît ainsi un facteur plus important que le type de pathologie des enfants.

Il faut cependant rester très prudent dans l'interprétation de ce résultat. En effet nous avons simplement séparé notre population entre les psychotiques et les non psychotiques et il se trouve que chacun des deux groupes représente environ la moitié de la population (18 et 15) ce qui permet encore de faire des corrélations statistiques.
Mais il aurait été plus intéressant de sous catégoriser notre population en diagnostics plus précis séparant par exemple les autismes infantiles précoces de type Kanner des dysharmonies psychotiques, les pathologies narcissiques des dysharmonies évolutives. Cela n'a pas été possible en raison du faible effectif de chaque sous-groupe.

Après Antoine (dont nous avons décrit en détails l'histoire clinique), les deux plus faibles progressions de l'évolution à l'échelle du PAC concernent Yvan et Marc Lai, nos deux jeunes patients autistes sans langage. Pourtant les alliances avec ces deux mères n'ont pas été jugées si mauvaises. Et on peut penser que si ce groupe, aux formes particulièrement graves d'autisme, avait été plus grand, c'est la sévérité de la pathologie plus que l'alliance qui aurait déterminé l'évolution sociale.
Cette remarque étant faite, il semble que pour les autres formes de troubles, moins sévères, où les enfants ont un potentiel évolutif, une bonne alliance avec les mères apparaît un facteur prédictif non négligeable.

b- Un deuxième élément pouvant intervenir dans la non spécificité d'un facteur est celui du critère d'âge.

Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre les âges des enfants et les alliances des mères et pas plus que de lien significatif entre les âges et l'évolution sociale de nos jeunes patients.

Le résultat, de l'absence de lien entre l'âge et l'évolution sociale (en dehors de toute considération sur l'alliance) est un peu étonnant. Nous pensions initialement que ce facteur "âge" allait fausser nos résultats c'est-à-dire que nous pensions que les enfants les plus jeunes, traités plus tôt, allaient évoluer plus vite. Ce n'est apparemment pas le cas et cela pourrait paraître décourageant en terme de prévention si le fait de traiter les enfants plus jeunes ne les aide pas à évoluer plus vite.

Mais nous pensons qu'un autre élément entre en jeu ici, c'est celui de l'âge des enfants au moment du diagnostic de leurs troubles. Nous constatons en pratique le fait suivant: Plus l'enfant présente un trouble sévère, par exemple une forme sévère d'autisme sans langage, plus il a de chance d'être diagnostiqué tôt et d'arriver ensuite plus tôt en hôpital de jour. Autrement dit, nos patients les plus jeunes ont tendance à avoir des pathologies plus sévères et leur potentiel de guérison est donc moins large.

A contrario, ce raisonnement doit être relativisé car si ce facteur de "gravité dans la précocité diagnostique" était si important nous aurions eu une corrélation négative entre les âges des enfants et leur évolution, c'est à dire que les enfants les plus âgés auraient dû avoir une meilleure vitesse de progression. La corrélation est bien négative (- 0, 09) mais elle n'est pas du tout significative.

Par ailleurs nous n'avons pas eu de meilleure alliance avec les mères des enfants les plus jeunes. En fait, quel que soit l'âge de leur enfant, nous connaissions les mères depuis environ le même moment et plus que l'âge des patients, c'est sans doute leur niveau de "jeunesse dans la thérapie" qui compte. Dans l'alliance précoce nouée entre les patients et les soignants, c'est le caractère de nouveauté qui semble aider à construire quelque chose d'important. Inversement nous avons vu que Louise Gaston (1991) a montré que pour des patients déprimés âgés, qui avaient déjà l'expérience des "psy", l'alliance précoce avec les nouvelles équipes qui les traitaient, était beaucoup moins prédictive.

Finalement, comme pour les diagnostics, il est malgré tout intéressant de constater dans notre population que le niveau d'alliance avec les mères est un facteur plus important que l'âge pour prédire l'évolution des enfants.

c- Un troisième élément pouvant intervenir dans la non-spécificité d'un facteur est celui du sexe.

Dans notre population, les niveaux moyens d'alliance des mères du groupe des 8 filles et de celui des 25 garçons ne montrent pas de différence significative. Mais si on fait une corrélation entre l'alliance des mères et l'évolution sociale des enfants pour chacun des deux groupes, les coefficients de corrélation sont assez bons dans les deux cas ($r > 0,6$) mais la liaison n'est pas significative pour les filles. L'effectif de seulement 8 filles affaiblit considérablement la puissance de signification du test.

Des études seront à continuer avec un plus grand effectif de filles. Mais il n'y a aucune raison théorique pour penser que l'alliance serait différente entre les parents des filles et ceux des garçons.

d- Bien d'autres facteurs pourraient être pris en compte pour confirmer le caractère non spécifique de l'alliance comme par exemple le statut scolaire des enfants, le niveau socio-économique dans lesquels ils vivent, etc.

Il aurait sans doute été intéressant de voir aussi l'impact sur l'alliance des caractéristiques des mères elles-mêmes: leur âge, leur statut professionnel, etc. Mais nous avons déjà fait beaucoup de corrélations pour vérifier nos hypothèses, il nous a semblé difficile d'en rajouter. Mais ce type de travail pourrait faire l'objet de recherches ultérieures.

Enfin nous ne pouvons que vivement regretter d'avoir eu un trop faible effectif de pères pour pouvoir travailler sur les corrélations entre les alliances de ces pères et l'évolution clinique de leurs enfants.

En raison de toutes les remarques que nous venons de faire ci-dessus à propos du caractère non spécifique de l'alliance, nous ne pouvons que rester très prudent dans notre interprétation et simplement dire que ce premier travail empirique sur l'alliance avec les mères donne une première impression qui est plutôt en faveur de la non-spécificité du lien, comme l'ont montré précédemment les recherches anglo-saxonnes dans les thérapies de patient adulte (Horvath - 1994, Despars -2001).

Ainsi il semblerait qu'un bon niveau d'alliance avec les mères (surtout les premiers mois de la prise en charge) soit nécessaire pour espérer une évolution clinique favorable des enfants quels que soient les caractéristiques et le type de pathologie qu'ils présentent.
Nous voudrions, pour terminer, préciser notre point de vue personnel sur l'importance à accorder aux facteurs spécifiques et non spécifiques qui entrent en jeu dans les soins psychothérapeutiques:
Aussi intéressant que soit le concept du "paradoxe de l'équivalence" (Dazord -1997) sur les effets bénéfiques comparables des diverses approches psychothérapeutiques, nous restons comme Ollendick (1999) assez réservé sur ce type de raisonnement globalisant.

Notre expérience clinique nous a montré que différentes approches psychologiques sont nécessaires pour aborder différents types de pathologies rencontrées chez les enfants et les adolescents.
Nous pensons qu'il serait absurde, par exemple de dire que l'approche psychothérapique doit être la même pour une adolescente anorexique et un jeune enfant autiste sans langage.
Et l'approche des parents est aussi radicalement différente selon le type de pathologies des enfants.

Mais en même temps, le groupe que constituent les "soins psychothérapiques" dans leur ensemble, a des caractéristiques communes à tous les types d'approches. Nous pensons par exemple que "apprendre à maîtriser son contre-transfert vis à vis de ses patients" est un minimum commun indispensable dans la pratique de tout "psy". Et en parallèle, nous pensons que tout "psy" en formation doit pouvoir bénéficier d'une supervision pour comprendre ce processus.

Notre travail est une première étape semblant indiquer que le travail avec les familles ne fait pas exception à la règle qui veut qu'une alliance thérapeutique de qualité soit un facteur commun indispensable à tous les types de psychothérapies, pour espérer une évolution favorable du patient.

Conclusion

Ce travail de thèse s'est inscrit dans la démarche empirique actuelle, plutôt de sensibilité anglo-saxonne, de validation des psychothérapies, qui peut se caractériser globalement comme « la tentative d'étudier les relations entre le processus psychothérapique et l'évolution des patients » (Greenberg, 1992).

Cette étude est la première qui s'est intéressée à la mesure objectivable de l'alliance thérapeutique dans un cadre de soin pédopsychiatrique, en l'occurrence l'hôpital de jour de Maxéville.

Contrairement aux études anglo-saxonnes qui étudient le lien direct entre un thérapeute et son patient, il nous a fallu prendre en compte la particularité du travail en pédopsychiatrie, à savoir le travail conjoint avec les parents et trouver des hypothèses cohérentes par rapport à cette population particulière.

1) Dernier retour sur les hypothèses:

Nous avons alors fait le choix de mesurer l'alliance thérapeutique de l'équipe avec les parents (en pratique, il s'est avéré que cette mesure n'a été possible qu'avec les mères) et essayer de voir si elle avait un impact sur l'évolution des enfants. C'est le sens général de nos 5 hypothèses théoriques et de travail.

Nos hypothèses du lien entre l'alliance et l'évolution n'ont été vérifiées que pour l'évolution sociale des enfants après deux ans.
C'est-à-dire que nous n'avons pas retrouvé de lien statistique significatif entre l'alliance avec les mères et l'évolution des symptômes psychiatriques des enfants (hypothèse 1b) ni avec l'engagement de ceux-ci dans les soins (hypothèse 2).

Par contre nous avons constaté un fort lien entre les progrès de l'adaptation sociale de l'enfant et l'alliance finale avec sa mère (hypothèse 1a) ainsi qu'avec l'alliance précoce de celle-ci, mesurée au début de l'étude (hypothèse 3b).
Cette alliance précoce maternelle s'avère être non seulement prédictive de l'évolution sociale future de l'enfant mais aussi de ce que sera l'alliance au final (hypothèse 3a).

Nous avons alors voulu savoir si l'alliance évoluait de la même façon pour nos 33 mères (hypothèse 4). La vérification partielle de cette hypothèse montre que ce sont seulement les alliances positives qui progressent encore avec le temps alors que les alliances médiocres ont tendance à stagner en parallèle d'une moindre évolution des enfants.

Enfin nous avons voulu voir si l'alliance des mères était influencée par des caractéristiques spécifiques propres à l'enfant (hypothèse 5 et autres mesures). L'interprétation de ces derniers résultats doit être faite avec précaution car la répartition de notre population de 33 enfants en plusieurs sous-groupes plus petits, diminue la puissance de la valeur statistique des liens. Ceci étant dit, le niveau d'alliance avec les mères ne semble pas influencé par la pathologie de l'enfant (18 psychotiques versus 15 enfants aux troubles du comportement), ni par le sexe (25 garçons versus 8 filles), ni par l'âge des jeunes patients.

Ces résultats conduisent donc à penser que l'alliance thérapeutique avec les parents des enfants en soins à l'hôpital de jour, est un facteur non spécifique mais indispensable pour espérer une meilleure autonomie future de nos jeunes patients.

Ce lien favorable ou non avec les parents semble se tisser précocement en début de la prise en charge d'où l'importance pour les équipes soignantes de réfléchir et de mettre en place des stratégies pertinentes pour essayer de créer un lien le plus interactif possible avec ces parents et ceci dès les premières semaines qui suivent l'entrée de l'enfant.

2) Critiques et regrets par rapport à notre travail :

a - Notre principal regret se situe au niveau du choix des échelles d'évaluation des enfants.
Nous avons expliqué dans le chapitre "outils" que n'avons pas trouvé d'échelles symptomatiques validées qui auraient pu convenir à notre population dans son ensemble. C'est pourquoi nous avons créé notre propre échelle. Mais même si elle suit la séméiologie

classique en pédopsychiatrie, l'absence de lien statistique entre l'alliance et l'évolution symptomatique peut mettre en cause sa validité. Ou plutôt le doute subsiste sur l'interprétation de l'absence de lien entre ces deux éléments: N'y a-t-il vraiment aucun lien dans notre population entre l'alliance avec les mères et la fluctuation des symptômes chez les enfants? Ou cette absence de corrélation ne s'explique-t-elle pas par un défaut de qualité de l'échelle ?

Si c'était à refaire nous aurions probablement eu une autre stratégie: Nous aurions utilisé des échelles plus connues et validées comme la Children Autistic Rating Scale = CARS (Schopler, 1980) pour les symptômes autistiques, les échelles de Conners pour l'hyperactivité (Conners, 1982), la Child Depressive Rating Scale= CDRS (Posnansky, 1979) pour la dépression.
Remplir ces échelles dans leur globalité n'aurait pas forcément été possible. Mais nous aurions pu utiliser quelques items ou sous échelles de chaque et faire les corrélations avec l'alliance, non pas sur une note globale de symptômes mais sur plusieurs sous-groupes de signes pathologiques. Cela aurait été plus proche de la démarche scientifique nord-américaine et l'utilisation, même partielle, d'échelles "plus connues"et validées aurait donné plus de consistance aux interprétations.

Nous pouvons avoir le même type de raisonnement pour cette fois, la difficulté d'interpréter l'absence de lien entre l'alliance et l'engagement dans le soin des enfants.
N'y a-t-il pas de lien effectif entre l'alliance des mères et l'engagement des enfants dans les ateliers thérapeutiques? Ou est-ce l'échelle qui pose problème dans sa conception? La moyenne des notes d'engagement dans notre population est inférieure à l'écart type montrant par-là que notre système de cotation est problématique.
Cependant, en ce qui concerne la non validation de l'instrument, nous avons moins de regret pour celui-ci que pour l'échelle symptomatique. En effet il n'existe rien d'équivalent dans la littérature et en voulant pour la première fois évaluer de manière empirique le soin institutionnel en hôpital de jour, il nous fallait bien faire une adaptation de l'unique instrument qui existe chez l'adulte (Seulin, 1997).

Enfin pour les progrès sociaux des enfants, nous ne regrettons pas notre choix quant à l'utilisation du PAC qui s'est avéré être un instrument assez précis et utilisable pour toute

notre population. Mais les références concernant cet instrument sont un peu anciennes (Gunzburg –1969, Magerotte –1972) et sa formulation est un peu vieillotte.
C'est pourquoi, nous regrettons de ne pas y avoir ajouté la "Vineland Adaptative Behavior Scale (Sparrow, 1984), instrument beaucoup plus utilisé et reconnu dans la littérature.
Cependant nous pensions ne pas être autorisé à l'utiliser sans avoir fait la formation à Londres. Nous nous sommes rendu compte ensuite qu'elle était utilisée dans d'autres recherches sans que les équipes aient eu forcément la formation "officielle".
Ensuite l'outil est conçu de telle manière que le clinicien doit obtenir les informations par un entretien semi-structuré avec les parents. Or nous ne voulions pas que toutes les informations sur l'évolution des enfants viennent des parents alors que c'est avec eux que nous mesurons l'alliance. Mais si nous avions couplé la Vineland au PAC, nous aurions des informations venant à part égale des parents et de l'équipe.
Enfin et surtout, nous pensions qu'elle ne pouvait être utilisée qu'avec les enfants psychotiques. Nous n'avions pas encore lu au début de notre recherche en 1998, l'article paru en 2002 de Russel et coll. dans lequel ils montrent qu'ils ont utilisé avec succès la Vineland pour des enfants présentant des troubles de l'adaptation à type de comportement perturbateur.

b – Une deuxième critique plus générale sur le fond nous semble être l'origine des informations.
En effet, en dehors de quelques items du PAC qui ont été complétés après un entretien avec les parents, l'ensemble des questionnaires a été rempli par les soignants.

Nous avons cependant pris la précaution de diversifier les sources d'informations au sein du groupe des soignants afin que ce ne soient pas uniquement une ou deux mêmes personnes qui cotent tous les instruments.
Ainsi ce ne sont pas les mêmes personnes qui ont rempli le PAC et l'échelle symptomatique, l'engagement dans le soin et l'échelle d'alliance. De plus deux échelles, le questionnaire des Alliances Aidantes et la grille Maxéville 1998, ont été remplis au même moment mais indépendamment par le médecin et le référent de l'enfant.

Mais il paraît dommage que les parents (et pourquoi pas les enfants eux-mêmes, mais cela aurait été beaucoup plus difficile) n'aient pas eu la possibilité de remplir leur propre échelle.

Nous avons pensé que certaines mères seraient incapables de répondre au questionnaire des AA et d'autres auraient pu penser que l'anonymat de leurs réponses n'aurait pas été respecté dans le cadre d'une petite unité comme l'hôpital de jour de Maxéville. Enfin les parents auraient coté en pratique leur alliance avec qui? Le médecin? L'équipe dans son entier? Ou simplement le soignant référent?

Il s'agit, malgré tout, d'un vrai manque de ce travail et avoir l'avis direct des parents aurait été très intéressant même si nous avons vu que pour les patients adultes, les résultats des versions soignants et soignés du questionnaire des Alliances Aidantes étaient toujours en miroir (Luborsky, 1986).

En fait si ce dernier questionnaire nous semblait délicat à utiliser dans le cadre de l'hôpital de jour, c'est aussi parce qu'il n'existe pas encore de version spécifique pour les parents, ni d'ailleurs de version directe pour enfant.

Nous avons rempli les questionnaires AA pendant deux ans après chaque entretien familial et ceci pour la mère, le père (s'il était présent) et l'enfant.
C'est une importante source d'informations qui représente plus de 1000 questionnaires complétés.
Pour être cohérent avec nos hypothèses et ne pas trop multiplier les données d'alliance, nous nous sommes limités à utiliser les questionnaires d'AA uniquement avec les mères et seulement au temps T1 et T2.
Mais il aurait été intéressant pour compléter notre hypothèse 4 sur "l'évolution de l'alliance au cours du temps", de prendre aussi en compte des données intermédiaires comme par exemple l'alliance après un an de soins.
Il aurait aussi été très intéressant de prendre en compte les données de l'alliance directe avec les enfants et de la comparer avec celle de leur mère et avec les données sur leur évolution.

c – Problème de l'effectif de notre population.

Une étude prospective qui a évalué 33 enfants à 2 ans d'intervalle, nous semble être un travail scientifique d'un niveau très défendable.

D'abord parce que nous avons vu au chapitre 1 que la plupart des travaux nord-américains sur l'alliance thérapeutique étaient des études sur 6 mois /un an.
Ensuite les premiers travaux des différentes équipes ne comprenaient souvent que 10-20 patients même si ensuite, une fois que les échelles et les équipes étaient bien rodées, ces travaux ont inclus un effectif de patients quelquefois beaucoup plus important.

De plus, nous avons sélectionné au temps T1 tous les enfants de l'hôpital de jour soit 43 jeunes patients et si 10 sont sortis du protocole, c'est uniquement parce qu'ils sont sortis de l'hôpital de jour pour rejoindre un autre établissement. On peut donc penser que notre effectif de 33 est tout à fait représentatif des enfants habituellement soignés dans notre unité, même si ceux-ci n'ont pas été sélectionnés par un protocole de "randomisation".

Mais une trentaine de patients reste un chiffre trop faible si l'on veut ensuite faire des sous catégories. Une telle étude aurait été de bien meilleure qualité si elle avait été multicentrique et aurait compris au moins une centaine de jeunes patients et autant de mamans.

Cela aurait peut être aussi permis d'inclure plus de pères.
Notre idée de départ était d'évaluer l'alliance avec chacun des 2 parents et c'est pour nous un gros regret de ne pas avoir eu un nombre suffisant de pères pour pouvoir comparer leurs alliances avec l'évolution de leur enfant.

3) Pistes de recherche sur l'alliance en pédopsychiatrie:

Cette première étude avec des enfants et leurs mères ouvre de nombreuses pistes de recherches possibles.

Notre première impression d'une alliance avec les parents, facteur non spécifique de la relation thérapeutique se confirmera-t-elle sur un nombre plus important de patients?
Quelles sont les caractéristiques spécifiques liées à la personnalité des enfants, à leur âge, à leur pathologie qui influencent la qualité de l'alliance avec les mères?
Quelles sont les caractéristiques spécifiques des mères elles-mêmes qui influencent cette relation soignant /soigné?

Il serait aussi intéressant de comparer les niveaux d'alliance des enfants à ceux de leur mère et voir si les concordances ou les divergences des points de vue influencent la relation thérapeutique de l'enfant avec son "psy". On peut aussi supposer que les facteurs en jeu sont différents pour un enfant ou pour un adolescent.

Certaines interrogations et voies de recherche seront les mêmes en pédopsychiatrie et en psychiatrie d'adultes :
Despars et coll. (2001) ont résumé ainsi ces perspectives de recherche: « Malgré l'importance accordée à cette relation thérapeutique, les facteurs qui favorisent le développement de l'alliance précoce suscitent toujours des interrogations. Les paramètres impliqués dans le développement de l'alliance précoce sont-ils les mêmes que ceux de l'alliance tardive? Existe-t-il des facteurs communs ou spécifiques aux différentes formes de traitement ?
Les études les plus récentes sur l'évolution de l'alliance soulignent l'importance de la relation entre le patient et le thérapeute, dans la dimension interpersonnelle. Dans quelle mesure, par exemple, les deux partenaires doivent-ils se coordonner ou faire preuve d'un ajustement mutuel pour qu'un lien de confiance émerge ? ».

De même, pour Bachelor (2000) «il sera nécessaire de mettre en évidence les variables propres au sujet capables de prédire la qualité de la relation, mais surtout, il sera important d'un point de vue clinique, de définir les attitudes spécifiques du thérapeute qui influent sur l'évolution de la qualité de la relation ».
Quels sont les facteurs liés à la personnalité du thérapeute et à celle du sujet pouvant favoriser l'alliance ou la rendre problématique ?

Par exemple nous avons vu qu'une bonne alliance avec les mères s'établissait précocement. Cela se confirmera-t-il sur des plus grandes populations?
Quelles conduites à tenir pratiques seraient alors à mettre en place par les soignants pour améliorer la qualité de cette alliance précoce?

D'un point de vue plus personnel, nous avons le projet de continuer à travailler sur les données collectées lors de cette étude et non encore utilisées, en particulier les informations concernant les alliances avec les enfants et les niveaux intermédiaires pour les mères.

Une partie de la rédaction de cette thèse s'est faite en Californie durant la deuxième moitié de l'année 2002. A la suite de notre travail sur l'alliance en pédopsychiatrie, nous sommes allés pendant un an dans l'unité de recherche en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent du professeur Hans Steiner à l'université de Stanford, Palo Alto, Californie.

Le PR Steiner a été intéressé par notre travail et a souhaité commencer à Stanford une recherche sur l'alliance en pédopsychiatrie.
Il lui a semblé important d'avoir "enfin" une version du questionnaire utilisable chez l'enfant et nous a demandé d'essayer d'en réaliser une adaptation à partir du questionnaire des Alliances Aidantes.
Nous avons alors demandé à Lester Luborsky l'autorisation d'adapter la version "patient"de son questionnaire.
Nous avons ensuite créé à partir du questionnaire original, une version pour enfant (utilisable seulement pour des enfants âgés de plus de 11 ans) et en miroir d'une version pour parents dont nous sommes en train de tester les validités.

De retour en France, nous avons le projet de réaliser une adaptation française de ces nouvelles versions enfant et parent.

Nous espérons que ce travail de thèse, première étape d'un travail francophone sur l'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie, aura intéressé le lecteur et lui donnera peut-être l'envie de se joindre à nous pour de futures recherches…

Bibliographie

1. AAPRO N., DAZORD A., GERIN P., COULON N., SCARIATI G., LASTRICO A., ANDREOLI A.
Psychothérapies dans un centre universitaire de formation : étude des facteurs de changement.
Psychothérapies, 1994 **; 4 : 183-188**

2. ABRAHAM G., VLATKOVIC D.
L'alliance thérapeutique
Psychothérapies, **1993** ; 1 : 35-39

3. ACKERMAN S.J., HILSENROTH M.J., BAITY M.R., BLAGYS M.D.

Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment.
J. Pers. Assess., **2000** ; Aug; 75 (1): 82-109

4. ADRIEN J.L., BARTHELEMY C., SAUVAGE D., LELORD G.
Troubles de la communication des enfants autistiques sans langage.
Aspects descriptifs et évaluatifs.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. ; **1986** ; 34 (2-3) : 93-98

5. ADRIEN J.L.
Intérêt des évaluations psychologiques dans les troubles graves du développement.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. ; **1986** ; 34 (2-3) : 123-125

6. AGNEW-DAVIES R., STILES W.B., HARDY G.E., BARKHAM M., SHAPIRO D
Alliance structure assessed by the Agnew Relationship measure (ARM).
Br. J. Clin. Psychol., **1998** ; 37 (2): 155-172

7. ALEXANDER L.B., LUBORSKY L.

The Penn Helping Alliance Scales
In: Greenberg (L), Pinsof (W): The Psychotherapy Process: A Research Handbook
New York, Guilford Press, **1986** ; 325-366

8. American Psychiatric Association (APA)
Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders, DSM-III, 1980, and third edition revised, DSM-III-R, 1987.
APA, Washington D.C., Trad. Fr. Masson, **1989**

9. American Psychiatric Association (APA)
Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders DSM IV.
APA, Washington D.C., Trad. Fr. Masson, **1994**

10. **ANDRUSYNA T.P., TANG T.Z., DERUBEIS R.J., LUBORSKY L.**

The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy.
J. Psychother. Pract. Res., **2001** ; Summer; 10 (3): 173-178

11. AUSSILLOUX Ch., ROQUES F., CHAILLAN M.A.
Diversité des incapacités et des désavantages consécutifs à l'autisme infantile et aux psychoses précoces.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.,1993 **; 41 (1-2) : 106-109**

12. AUSSILLOUX Ch., BAGHDADLI A., BURSZTEJN C., HOCHMANN J., LAZARTIGUES A.
Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme : caractéristiques initiales d'une cohorte de 193 enfants autistes de moins de sept ans.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2001 **; 49 : 96-107**

13. AUSSILLOUX Ch., ROQUES F., CHAILLAN M.A.
Diversité des incapacités et des désavantages consécutifs à l'autisme infantile et aux psychoses précoces.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1993 **; 41 (1-2) : 106-109**

14. AUSSILLOUX Ch. et Coll.
Etude des facteurs prédictifs de l'évolution des troubles autistiques chez le jeune enfant autiste.

Rev. Fr. Psychol. Med., janvier 2000 **; 34 : 163-170**

15. AUSSILLOUX Ch., BAGHADADLI A., BURSZTEJN C., HOCHMANN J., LAZARTIGUES A.
Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme : caractéristiques initiales d'une cohorte de 193 enfants autistes de moins de sept ans
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2001 **; 49 : 96-107**

16. BACKHAM M., AGNEW R.M., CULVERNELL A.
The California Psychotherapy Alliance Scales: A pilot study of dimensions and elements.
Br. J. Med. Psychol., **1993** ; 66: 157-165

17. BACHELOR A. et Coll.
L'alliance thérapeutique : le point de vue des clients.
Psychothérapies, **1993** ; 3, 171-178

18. BAILLY–SALIN M.J.
Relations avec les familles
In : Misés (R.) et coll.
La cure en Institution - l'enfant, l'équipe, la famille.
Les éditions ESF, PARIS, **1980** ; 77-101

19. BANTMAN P.
Alliance thérapeutique avec la famille et hospitalisation
Synapse, **1997** ; 135, 1-5

20. BANTMAN P.
Alliance thérapeutique avec la famille
Soins Psychiatr. , **2000 ;** Jan-Fév (206) : 7-10

21. BARBER J.P., DIGUER L.
Développements récents de la recherche en psychothérapie aux Etats-Unis.
Perspect. Psychiatr., **1993**; 32, 37/II: 134-141

22. BARBER J.P., CRITS-CHRISTOPH P., LUBORSKY L.

Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy
J. Consult. Clin. Psychol., **1996**; 64 (3): 619-622

23. BARBER J.P., CONNOLLY M.B., CRITS-CHRISTOPH P., GLADIS L., SIQUELAND L.
Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms.
J. Consult. Clin. Psychol., **2000**, Dec; 68 (6) : 1027-1032

24. BARBER J.P., LUBORSKY L., GALLOP R., CRITS-CHRISTOPH P., FRANK A., WEISS R.D., THASE M.E., CONNOLLY M.B., GLADIS M., FOLTZ C., SIQUELAND L.
Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study.
J. Consult. Clin. Psychol., **2001** Feb.; 69 (1): 119-124

25. BARBER J.P., STRATT R., HALPERIN G., CONNOLLY M.B.
Supportive techniques: are they found in different therapies.
J. Psychother. Pract. Res., **2001** Summer; 10 (3): 165-172

26. BARKLEY R.A., SHELTON T.L., CROSSWAIT C. et Coll.

Preschool children with disruptive behavior: three-year outcome as a function of adaptive disability
Develop. Psychopathol., **2002**; 14, 45-67

27. BARRETT-LENNARD G.T.

Dimensions of therapist response as causal in therapeutic personality change.
Psychological Monographs, **1962**; 76 (562)

28. BARTHELEMY C., LELORD G.
Les échelles d'évaluation clinique en psychiatrie de l'enfant.
Expression scientifique française, **1991** : 167 p.

29. BEAUFORD J.E., McNiel D.E., BINDER R.L.

Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence.
Am. J. Psychiatry, **1997** Sep.; 154 (9): 1272-1276

30. BENDER L.
The family patterns of 100 schizophrenic children observed at Bellevue, 1932-1952.
J. Autism Child Schizophren., **1974**; 4: 279-292

31. BETTELHEIM B.
La forteresse vide (The Empty fortress: 1967).
Ed. Gallimard, **1969**: 585 p.

32. BIBBY P., EIKESETH S., MARTIN N.T., MUDFORD O.C., REEVES D.
Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions
Research Dev. Disab., **2001**, Nov.Dec.; 22 (6): 425-447

33. BIEDERMAN J., NEWCORN J., SPRICH S.
Co morbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders.
Am. J. Psychiatry, **1991**; 148: 564-577

34. BIEDERMAN J., FARAONE S., MILBERGER S., JETTON J. et Coll.
Is childhood oppositional defiant a precursor to adolescent conduct disorder? Finding from a four-year follow-up study of children with ADHD.
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, **1996**, Sep. ; 35 (9) : 1193-1204

35. BLANCHON Y.C.
Editorial : La qualité de vie de l'enfant est-elle mesurable ?
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1997** ; 45 (3) : 99-100

36. BLANZ B., SCHMIDT M.H.
Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent Psychiatry.
J. Child Psychol. Psychiatry, **2000** ; Sep.; 41 (6): 703-712

37. BOURCIER G.
Le devenir des enfants psychotiques : questions pour la psychanalyse.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1994** ; 42 (7) : 329-334.

38. BOUVARD M., COTTRAUX J.
Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie.
Masson, collection médecine et psychothérapie, Paris, **1996** : 280 p

39. BORDIN E.S.
The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.
Psychother. Theory Res. Pract., **1979** ; 976, (16): 252-259

40. BORDIN E.S.
Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions.
In: Horvath A.O., Greenberg L.S. (eds) The working alliance: theory, research and practice, New York J; Wiley & Sons, **1994** ; 13-37

41. BROWN P.D, O'LEARY K.D.

Therapeutic alliance: predicting continuance and success in-group treatment for spouse abuse.

J. Consult. Clin. Psychol., **2000** ; Apr. ; 68 (2) : 340-345

42. CECERO J.J., FENTON L.R., NICH C. et Coll.

The therapeutic alliance in focus: the psychometric properties of six measures across three treatments.
Psychotherapy, **2001**; 38: 1-11

43. CHANSEAU J.C.
L'adolescence de l'enfant psychotique.

Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1993 **; 41 (1-2) : 6-26**

44. CHENE A., SANCHEZ - CARDENAS M., BOUVET M., ROYAUX J.
A propos de l'alliance thérapeutique avec les parents dont l'enfant psychotique est en traitement.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1991 **; 39 (11-12) : 504-508**

45. CHILAND C.
Culpabilité et Responsabilité .
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1991** ; 39 (11-12) : 559-562

46. COADY N.F.
Rationale and directions for an increased emphasis on the therapeutic relationship in family therapy.
Contemp. Fam. Therapy, **1992** ; (14–6): 467-479

47. COHEN-BACMI J.
Les dysharmonies : éléments d'approche clinique et psychopathologique.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1987** ; 35 (10) : 413-421

48. CONNERS C.K.
Parent and teacher rating from for the assessment of hyperkinesias in children.
In: Keller PA, Ritt LG eds; Innovations in clinical practice: source book (vol1)
Professional Research Exchange Inc. Sarasota (Florida); **1982**

49. CONSTANT J.
La clinique de l'évaluation psychopathologique en équipe multidisciplinaire.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1986** ; 34 (2-3) : 99-100

50. CONSTANTINI-TRAMONI M.L.
Travail psychothérapique au sein d'un hôpital de jour pour enfants : l'intérêt de la reprise.
Perspect. Psychiatr., **1993** ; 32 (39/IV): 281-286

51. COTE S., TREMBLAY R.E., NAGIN D.S., ZOCCOLILLO M. and Coll.
Childhood behavioral profiles leading to adolescent conduct disorder: risk trajectories for boys and girls.
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, **2002** ; Sep.; 41 (9), 1064-1094

52. CREAK M.
Childhood psychosis: a review of 100 cases.
Br. J. Psychiatry, **1963** ; 109: 84-9

53. CROCHETTE A., FERRARI P., BOUVET M., ROYAUX J.
Réflexions sur l'adolescence des enfants atteints de psychoses précoces.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. , **1987** ; 35 (10) : 423-427

54. DALLA PIAZZA S.
L'évaluation en neuropsychologie de l'enfant.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. , **1997** ; 45 (1-2) : 6-22

55. DAZORD A., GERIN P., TERRA J.L., SALI A., HOCHMAN J.
Influence des formations des soignants sur leur représentation de la maladie mentale.
Psychol. Méd., **1989** ; 21, (10) : 1473-1477

56. DAZORD A., **GERIN P.,** MANIFICAT S., BEYER H, PECHINE C.
Enquête sur la pratique pédopsychiatrique de secteur II - Les « consultants » et leurs motifs de consultation
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. , **1989** ; 37 (12) : 581-590

57. DAZORD A., MANIFICAT S., GERIN P., BEYER H. et Coll.
Les difficultés de l'enfant : représentations de la famille et des soignants ; Intérêt d'une enquête.
Psychiatr. Enfant, **1993** ; 36 : 151-176

58. DAZORD A.
Comment évaluer les psychothérapies ?
J. Psychol., **1994** ; 114 : 21-27

59. DAZORD A.
Evaluation des psychothérapies
In: Reynaud (M), Lopez (A) et coll.
Evaluation et organisation des soins en psychiatrie.
Editions Frison-Roche, Paris, **1994** ; 443-469

60. DAZORD A., MERCIER C., MANIFICAT S., NICOLAS J.
Evaluation de la qualité de la vie : mise au point d'un instrument d'évaluation dans un contexte francophone.
Rev. Europ. de Psychol. App., **1995** ; 45 (4) : 271-278

61. DE CLERCQ M., GOFFINE S., BRUSSELMANS M., HOYOIS P., ANDREOLI A.
L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences.
Rev. Fr. Psychiatr. Psychol. Méd., **1997** ; 4 : 126 – 131

62. DE CLERCQ M., DUBOIS V., HOYOIS P., ANDREOLI A.
L'alliance thérapeutique, objectif de la première rencontre au service des urgences.
Rev. Fr. Psychiatr. Psychol. Med., **1999** ; 24 : 12-24

63. DELAGE O., FURLAN Y., VEDELAGO F.
Mesure de l'évolution d'une population d'enfants psychotiques.
Essai de construction et de mise en oeuvre d'une norme clinique.
Sociologie d'une norme clinique.
Sociol. Santé, **1990** ; 3 : 99-115

64. DESPARS J., KIELY M.C., PERRY J.C.
Le développement de l'alliance thérapeutique : influence des interventions du thérapeute et des défenses du patient
Psychothérapies, **2001** ; 3 : 141-152

65. DESPLAND J.N., ROTEN Y., MARTINEZ E., PLANCHEREL A.C.
L'alliance thérapeutique: un concept empirique.
Med. Hyg., **2000** ; Sep.; 58: 1877-80

66. DIAMOND G.M., DIAMOND G.S., LIDDLE H.A.

The therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents.
J. Clin. Psychol., **2000** ;Aug.; 56 (8): 1037-1050

67. DUGAS M., BOUVARD M.P., WALLER-PERROTTE
Echelles d'évaluation en psychiatrie de l'enfant.
Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie, 37-200-E-50, **1994** ; 8p

68. DUGAS M., ALBERT E., HALFON O., NEDEY-SAYAG M.C.
L'hyperactivité chez l'enfant.
PUF- Nodules, Paris, **1987**

69. EIKESETH S., SMITH T., JAHR E., ELDEVIK S.

Intensive behavioral treatment at school for 4- to 7-year- old children with autism
Behav. Modif., **2002** ;Jan.; 26 (1): 49-68

70. EISENBERG L.
The autistic child in adolescence.

Am. J. Psychiatry, 1956 **; 112 : 607-613**

71. EISENBERG L., KANNER L.
Early Infantile Autism, 1943-1955.
Am. J. Orthopsychiatry, 1956 **; 26: 556-566**

72. ENDICOTT J., SPITZER R.L., FLEISS J.L., COHEN J.

The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance;
Arch. of Gen. Psychiatry, **1976** ; 33, 766-771

73. ESCANYE J.M., LEGRAS B., ROUSSEL K

Mise au point d'une solution simple et économique de gestion, d'archivage et de traitement d'images en médecine nucléaire sur micro-ordinateur
Rev. Fr. Méd. Nucl., 2001 **; 25 (7): 417-422**

74. EYSENCK H.J.
The Effects Of Psychotherapy: An Evaluation
J. Consult. Psychol. **1952** ; 16: 319-324

75. FARAONE S., BIEDERMAN J., MONUTEAUX C.
Further evidence for the diagnostic continuity between child and adolescent between child and adolescent ADHD
J. Attent. Dis., **2002** ; June; 6 (1): 5-13

76. FENTON L.R., CECERO J.J., NICH C., FRANKFORTER T.L., CARROLL K.M
Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments.
J. Psychother. Pract. Res., **2001**; 10 (4): 262-268

77. FOMBONNE E.
Troubles sévères du développement : le bilan à l'adolescence.
CTNERHI, Paris, diffusion PUF, **1995** : 262 p

78. FOMBONNE E., CHEHDAN F., CARRADEC A.M., ACHARD S.
Le Child Behavior Check-list : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant.
Psychiatr. Psychobiol.,**1988** ; 3 : 409-418

79. FOMBONNE E.
A follow-up study of childhood Psychosis.
Acta Paedopsychiatrica, **1989** ; 52: 12-25

80. FOREMAN S, MARMAR C.R.
Therapist actions that address initially poor therapeutic alliances in psychotherapy.
Am. J. Psychiatry, **1985** ; 142: 922-926

81. FREUD A.
Le traitement psychanalytique des enfants.
PUF, Paris, **1961**.

82. FREUD S.
Zur Dynamik der Übertragung Gesammelte Werke, **1912**, VII, 364 - 374
traduction française BERMAN (A.) La dynamique du Transfert.
In : La Technique psychanalytique PUF, Paris, **1953** ; 50-60

83. FRIESWYK S.H., COLSON D. B., ALLEN J.G.
Conceptualising the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective.
Psychotherapy, **1984** ; 21: 460-464

84. GABRIELS R.L., HILL D.E., PIERCE R.A., ROGERS S.J., WEHNER B.
Predictors of treatment outcome in young children with autism
Autism, **2001** ; 5, (4): 407-429

85. GALLOP R., KENNEDY S.H., STERN D.
Therapeutic alliance on an inpatient unit for eating disorders.
Int. J. Eat. Disord., **1994** ; Dec.; 16 (4): 405-410

86. GASTON L., MARMAR C.R., THOMPSON L.W., GALLAGHER D.

Relation of pre-treatment Characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies.
J.Consult. Psychol., **1988** ; 56, (4): 483-489

87. GASTON L.

Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-Patient Version.
Psychol. Assess. J. Consult. Clin. Psychol., **1991** ; 3 (1): 68-74

88. GASTON L., MARMAR C.R., GALLAGHER D., THOMPSON L.W.
Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes.
Psychoth. Res.,**1991** ; 1 (2): 104-113

89. GAYDA M., VACOLA G.
Psychothérapie institutionnelle et guidance parentale.
Psychol. Méd., **1989** ; 21 (10) : 1478-1480

90. GEISSMANN C. et P.
L'enfant et sa psychose.
Dunod, BORDAS, Paris, **1984** : 334 p

91. GEISSMANN C.
Les fondements de la psychanalyse de l'enfant : névrose de transfert et après-coup.
J. Psychanal. Enfant, **1996** ; 19 : 25-47

92. GEISSMANN P.
L'adolescence de l'enfant psychotique.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1993** ; 41 (1-2) : 1-5

93. GERIN P.
L'évaluation des psychothérapies.
Nodules PUF, Paris, **1984** : 95 p

94. GERIN P., DAZORD A., MANIFICAT S., BEYER H., PECHINE C.
Enquête sur la pratique pédopsychiatrique de secteur I - Réflexions sur la méthodologie.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1989** ; 37 (12) : 573-580

95. GERIN P., DAZORD A., SALI A.
Psychothérapies et changements.
PUF Nodules, Paris, **1991** : 110 p

96. GERIN P., DAZORD A., SALI A.
Facteurs psychothérapiques de changement. Regards sur dix ans de recherche en France
In : Gerin (P), Dazord (A)
Recherche cliniques « Planifiées » sur les psychothérapies. Méthodologie
INSERM, Paris, **1992** : 125-177

97. GERIN P., DAZORD A., GUISTI P., SALI A., MARIE-CARDINE M.
L'évaluation des facteurs psychothérapeutiques de changement en hôpital psychiatrique.
Psychothérapies, **1992** ; 2: 123-132

98. GERSTLEY (L.), McLELLAN (T.), ALTERMAN A.I.), WOODY (G.E.), LUBORSKY (L.), PROUT (M.)
Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder
Am. J. Psychiatry, 1989 **; Apr. ; 146, (4): 508-512**

99. GILLBERG C., STEFFENBURG S.
Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: a population-based study of 46 cases followed through puberty.
J. Autism Dev. Disord., 1987 **; 17: 273-288**

100.GOLSE B.
Psychanalyse avec les enfants.
In : Widlöcher (D), Braconnier (A)
Psychanalyse et Psychothérapies.
Médecine - Sciences Flammarion, Paris, **1996** ; 115-125

101.GRANBERG M., PARRY- POUSSE P., GRANIER F., GIRARD M.
Proposition d'un instrument pour une évaluation des psychothérapies avec médiations : l'ACESAM
Annal. de Psychiatr., **1993** ; 8 (4) : 243-248

102.GREEN J., KROLL L., IMRIE D., FRANCES F.M., BEGUM K., HARRISON L.
Health gain and outcome predictors during inpatient and related day treatment in child and adolescent psychiatry.
J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 2001 ; Mar, 40 (3): 325-332

103.GREENBERG L., HORVATH A.
Rôle de l'alliance thérapeutique apprécié par la recherche sur les psychothérapies
In : Gerin (P), Dazord (A)
Recherche cliniques « Planifiées » sur les psychothérapies. Méthodologie.
INSERM, Paris, **1992** ; 55-69

104.GREENSON R.R.
The Technique and Practice of psychoanalysis, International Universities Pres, New York, **1967**.
traduction française par ROBERT F. Technique et pratique de la psychanalyse.
PUF, Paris, **1977**

105.GREMY Fr.
Evolution des rapports des parents avec les équipes de pédopsychiatrie.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1991** ; 39 (11-12) : 495-498

106.GUELFI J.D. Dir.
L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie.
Laboratoires Pierre Fabre, **1997**, 2 vol., 408p – 783 p

107.GUISTI P., GERIN P., DAZORD A., MARIE-CARDINE M.
Evaluation des changements des patients après hospitalisation dans un service d'hôpital psychiatrique.
Psychol. Méd., **1990** ; 22 (14) : 1529-1533

108.GUISTI P., GERIN P., DAZORD A., MARIE-CARDINE M.
Etude descriptive des patients d'un service d'hôpital psychiatrique lors de leur première hospitalisation.
Psychol. Méd., **1990** ; 22 (14) : 1524-1528

109.GUNZBURG H.C.
Progress assessment chart of social development.
SEFA. Birmingham. **1969**

110.HAAG G. et coll.
Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité.
Psychiatr. enfant, **1995** ; 38 (2) : 495-527.

111.HAAG G., CASTEX E.
Evolution d'un enfant autiste au cours de neuf ans de psychothérapie psychanalytique.
In : Handicaps et inadaptations. Autisme et Psychoses infantiles – II.
CTNERHI, Paris, 1996 **; (69-70): 127-140**

112.HARDY-BAYLE M.C.
Le conjoint du bipolaire. Les risques d'une alliance thérapeutique.
Encéphale, **1992** ; 18 (5): 703-705

113.HARRISON C., SOFRONOFF K.
ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristic, and parental cognitions
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatr., 2002 ; Jun.; 41 (6): 703-711

114.HATCHER R.L., BARENDS A., HANSELL J., GUTFREUND M.J. ET COLL.

Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: an Investigation using confirmatory factor analysis in a nested design.

J. Consult. Clin. Psychol., **1995** ; Aug.; 63 (4) : 636-643

115.HARTLEY D.E., STRUPP H.H.

The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy.
In: Masling J. (Ed.) Empirical studies of psychoanalytical theories
Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, **1983** ; 1: 1-37

116.HAUSNER R.S.
The therapeutic and working alliances.
J. Am. Psychoanal. Assoc., **2000** ; Winter; 48 (1): 155-187

117.HENRY W.P., STRUPP H.H.

The therapeutic alliance as interpersonal process.

In: Horvath A.O., Greenberg L.S. (eds), The working alliance: theory research, and practice, New York, J.Wiley & Sons, **1994** ; 51-83

118.HENTSCHEL V., KIESSLING M., RUDOLF G.
Therapeutic Alliance and Transference: An explorative study of their Empirical Relationship.

J. Ner. Men. Dis., **1997**; 185 (4): 254-262

119.HERMANN P.
L'évaluation des effets des psychothérapies.
In : Développements actuels des psychothérapies.
Confrontations Psychiatriques.
Spécia, Paris, **1986** ; 247-290

120.HERMAN A., TOLBERT M.D.
Psychosis in children and adolescents: A review.
J. Clin. Psychiatry, 1996 **; 57 (suppl. 3): 5-8**

121.HORVATH A.O., GREENBERG L.S.

The Development of the Working Alliance Inventory.
In: Greenberg (L), Pinsof (W): The Psychotherapy Process: A Research Handbook
New York, Guilford Press, **1986** ; 529-555

122.HORVATH A.O., GREENBERG L.S.

Development and validation of the Working Alliance Inventory.
J.Couns.Psychol., **1989** ; April; 36 (2): 223-233

123.HORVATH A.O., SYMOND B.D.
Relation Between Working alliance and outcome in psychotherapy: A Meta-Analysis.
J. Counsel.Psychol. **1991** ; 38 (2): 139-149

124.HORVATH A.O., LUBORSKY L.
The role of the therapeutic alliance in psychotherapy.
J. Consult. Clin. psychol., **1993** ; Aug.; 61 (4) : 561-573

125.HORVATH A.O., GREENBERG L.S
Introduction
In: Horvath (AO), Greenberg (LT) The working alliance: theory research, and practice
J.Wiley & Sons, **1994** ; 1-9

126.HORVATH A.O.

The therapeutic relationship: from transference to alliance.
J. Clin. Psychol., **2000** ; Feb.; 56 (2): 163-173

127.HOUGAARD E.
The therapeutic alliance-a conceptual analysis.
Scand. J. Psychol., **1994** ; Mar. ; 35 (1) : 67-68

128.HOUZEL D.
Un élément du cadre : l'alliance thérapeutique.
J. Psychanal. enfant, **1986** ; 2 : 78-94

129.HOUZEL D.
De la consultation à l'indication thérapeutique.
Perspect. Psychiatr., **1995/1996** ; 34/35, 50, 5, 270-277

130.HUMERY R.
Avant-propos du traducteur.

In : La forteresse vide de B. Bettelheim.
Ed. Gallimard, 1969**: 585 p**

131.KABUTH, TRIDON P., VIDAILHET C.
Evolution des regards sur la prise en charge cognitive des enfants psychotiques en hôpital de jour.
Neuropsychiatr.Enfance Adolescenc., **1997** ; 45 (11-12): 769-773

132. KABUTH B.
Synthèse
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatrique et des Thérapies
institutionnelles, **2001 ;** 3:202-205

133.KANNER L.
Affective contact disturbances in children.
Nervous Child, 1943 **; April; 2 (3): 217-250**

134.KANNER L.
Etude de l'évolution de onze enfants autistes initialement rapportée en 1943.
Psychiatr. Enfant, 1995 **; 38 (2): 421-461**

135.KLEIN M.
Narrative of a child analysis London, The Hogarth press, 1961
traduction française DAVIDOVICI (M.) Psychanalyse d'un enfant.
Paris, TCHOU, **1973**

136.KOVACS M.
The Children Depression Inventory (CDI)
Psychopharmacol. Bull., **1985** ; 21 (4): 995-998

137.KRUPNICK J.L., SOTSKY S.M., SIMMENS S., MOYER J., ELKIN I., WATKINS J., PILKONIS P.A.

The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy
Outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of
Depression Collaborative Research Program.
J. Consult. Clin. Psychol., **1996** ; Jun ; 64 (3) : 532-539

138.LEBOVICI S.
A propos de la notion d'alliance thérapeutique à la fin de la période de latence. Commentaire de l'article de J.P. ZAUG.
Psychiatr Enfant., **1993** ; 36 (2): 641-645

139.LEBOVICI S., KESTEMBERG F.
Le devenir de la psychose de l'enfant.
PUF, **1978** : 293 p

140.LE COUTEUR A., RUTTER M., LORD C., RIOS P., ROBERTSON S. et Coll.
Autistic diagnostic interview: a semi-structured interview for parents and caregivers of autistic persons.
J. Autism Dev. Disord., 1989 ; 19: 363-87

141.LEGRAS B.
Eléments de statistiques à l'usage des étudiants en médecine.

Presses Universitaires de Nancy, Nancy, **1994** : 234 p

142.LELORD G.F.
Remarques sur les échelles d'Evaluation.

Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1986** ; 34 (2-3) : 119-121

143.LELORD G., BARTHELEMY C.
Echelle des comportements autistiques (ECA). Version française (échelle + manuel d'utilisation) ;
Diffusion EPA, 6 bis, rue André Chénier, 92130 Issy les Moulineaux, 1988

144.LOEBER R., GREEN S., KEENAN K., LAHEY B.
Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study.
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, **1995** ; Apr.; 34 (4) : 499-509

145.LUBORSKY L.

Clinicans'judgments of mental health
Arch. Gen. Psychiatry, **1962** ; 7: 407-407

146.LUBORSKY L.
Clinician's judgments of mental Health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness rating scale.
Bull. Menninger Clin., **1975** ; 39 :138-80

147.LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY E.
Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « every one has won and all must have prizes? »
Arch. Gen. Psychiatry, **1975** ; 32: 995-1008

148.LUBORSKY L., CRITS-CRISTOPH P., ALEXANDER L., MARGOLIS M., COHEN M.
Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method.
J. Nerv. Ment. Dis., **1983** ; 171 : 480-492

149.LUBORSKY L.
Principes de psychothérapie analytique
PUF, Paris, 1984 ; 247p

150.LUBORSKY L., Mc LELLAN T., WOODY G.E., O'BRIEN C.P., AUERBACH A.
Therapist Success and its Determinants.

Arch. Gen. Psychiatry, **1985** ;Jun; 42: 602-611

151.LUBORSKY L., CRITS-CHRISTOPH P., MINTZ J., AUERBACH A.
Who will benefit from psychotherapy?

Basic Books, Inc., Publishers, New York, **1988** : 403 p

152.LUBORSKY L., BARBER J., SIQUELAND L., JOHNSON S., NAJAVITS L.M., FRANCK A., DELAY D.
The revised helping alliance questionnaire (HAq II)
J. Psychother. Pract. Res.,1996 ; 5 (3) : 260-271

153.LUCAS-LOPEZ C., RODONI Y., LAFITTE D., KABUTH B.
Temps fait Pas à Pas...
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatrique et des Thérapies
institutionnelles, **2002 ;** 4:64-70

154.LUCAS G., TALAN J.
L'enfant traité en institution. Etude rétrospective dans un hôpital de jour.
In : Lebovici (S), Kestemberg (F)
Le devenir de la psychose de l'enfant.
PUF, **1978** ; 53-126

155.Mac DONALD V., ACHENBACH T.
Attention problems versus conduct problems as six-year predictors of problem scores in a national sample
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, 1996 ; Sep. ; 35 (9) : 1237-1246

156.MAGEROTTE G., FONTAINE P.J.
Premier inventaire des progrès de développement social (PPAC de Gunzburg, 1966)
Association Nationale d'Aide aux handicapés Mentaux. Bruxelles. **1972**

157.MAILLARD Ch.
Autisme et psychoses infantiles : priorité à l'évaluation des thérapeutiques.
Concours méd., 04 - 03 – **1995** ; 640

158.MANZANO J., LAMUNIERE M.C., PECKOVA M.
L'enfant psychotique devenu adulte. Résultats d'une étude catamnestique de 20 années sur 100 cas.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1987 **; 35 (10) : 429-443**

159.MANZANO J., FISCHER W., BORELLA E., FAVRE CH., FABRY M. et coll.
Psychopathologie de l'enfant et psychopathologie de l'adulte. Une étude prospective et rétrospective.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1997 **; 45 (9) : 459-467**

160.MARIN E., HAZIF-THOMAS C., HOUZEL D.
L'alliance soignants-parents dans la prise en charge de l'enfant malade.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1997**; 45 (3) : 184-192

161.MARTIN D.J., GARSKE J.P., DAVIS M.K.

Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review.
J. Consult. Clin. Psychol., **2000** ; Jun ; 68 (3) : 438-450

162.MARZIALI E., MARMAR C., KRUPNICK J.

Therapeutic alliances scales: development and relationship to psychotherapy outcome
Am. J. Psychiatry , **1981** ; 138 (3): 361-364

163.MARZIALI E
Three viewpoints on the therapeutic alliance. Similarities, differences, and associations with psychotherapy outcome
J. Nerv. Men. Dis., **1984** ; 172 (7): 417-23

164.MAURY M.
Alliance avec les parents d'un nourrisson vulnérable.
Cahiers AFREE, **1993** ; 5: 137-144

165.MAZET Ph.
De l'interaction à l'information.
A propos de la notion d'évaluation en psychopathologie dynamique de l'enfant et de l'adolescent.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1986** ; 34 (2-3) : 11-118

166.MEISSNER W.W.

A note on transference and alliance: I. Transference--variations on a theme.
Bull. Menninger Clin., **2001** ; Spring, 65 (2): 194-218

167.MEISSNER WW.

A note on transference and alliance: II. Patterns of interaction.
Bull. Menninger Clin., **2001** ; Spring, 65 (2): 219-245

168.MESCHIANY A.
Counter transference to parents in child psychotherapy.
Isr. J. Psychiatry. Relat. Sci ,**1994** ; 31 (1) : 28-36

169.MISES R.
Evaluation quantitative et approche dynamique.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1986** ; 34 (2-3) : 149-151

170.MISES R.
Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Présentation générale.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., **1990** ; 38 (10-11) : 523-539

171.MISES R.
Les pathologies limites de l'enfance
Puf nodules, Paris, 1990

172.MISES R.
L'évolution, à long terme, des enfants autistes et psychotiques. Présentation d'une recherche.
In : Handicaps et inadaptation. Autisme et Psychoses infantiles II.
CTNERHI, Paris, 1996 **; (69-70) : 109-126**

173.MISES R., PERRON R.
L'adolescence des enfants autistes et psychotiques. Une recherche.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 1993 **; 41 (1-2) : 36-50**

174.MISES R., QUEMADA N.
Classification des handicaps en pathologie mentale de l'enfant et de l'adolescent.
Incapacités, désavantages et retentissement sur la qualité de vie familiale.
Inform. Psychiatr., 1994 **; 5 : 453-462**

175.MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B. , GARRABE J., GOLSE B. , JEAMMET P., PLANTADE A., PORTELLI C., THEVENOT J.P.
Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent : la C.F.T.M.E.A. R-2000.
Neuropsychiatr. Enfance Adolesc., 2002 **; 50 : 233-61**

176.MORGAN R., LUBORSKY L., CRITZ-CHRISTOPH P., CURTIS H., SOLUMON J.
Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method.
Arch. Gen. Psychiatry, 1982 **; Apr ; 39 : 397-402**

177.MOUREN M.C., DUGAS M.
Réactions psychologiques de la famille de l'enfant handicapé, leur impact sur son évolution

Rev. Int. Pédiat., **1982** ; 120 : 25-39

178.MOURIDSEN S.E., RICH B., ISAGER T.
Validity of childhood disintegrative psychosis
Br. J. Psychiatry, 1998 ; 172: 263-267

179.NORDIN V., GILLBERG C.
The long-term course of autistic disorders: update on follow-up studies
Acta Psychiatr. Scand., 1998 ; 97: 99-108

180.OGRODNICZUK J.S., PIPER W.E., JOYCE A.S., MCCALLUM M.

Different perspectives of the therapeutic alliance and therapist technique in 2
Forms of dynamically oriented psychotherapy.
Can. J. Psychiatry, **2000** ; Jun; 45 (5): 452-458

181.OLLENDICK T.H.

Empirically supported treatments: promises and pitfalls.
Clin. Psychol., **1999** ; 52 : 1-3

182.Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent.

Classification C.I.M. 10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent.
Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders.
World Health Organisation, 1996.
Masson Paris, **2001**: 269 p

183.PALACIO ESPASA F.
L'organisation borderline chez l'enfant : considérations sur l'approche psychothérapeutique des enfants avec troubles sévères de la personnalité.
Psychothérapies, **2001** ; 21 (1) : 3-10

184.PEYRAS J.M., GERIN P., SALI A., TISSOT R.
L'échelle Santé Maladie, un instrument pour l'évaluation des effets des Psychothérapies.
I - Présentation et adaptation française.
Psychol. Méd., **1984** ; 16 (14) : 2401-2404

185.PEYRAS J.M., GERIN P., MARIE-CARDINE M., SALI A.
L'échelle Santé Maladie, un instrument pour l'évaluation des effets des Psychothérapies.
II - Exemples d'utilisation.
Psychol. Méd., **1984** ; 16 (14) : 2407-2412

186.Piper W.E., AZIM H.F., JOYCE A. S., McCALLUM M., NIXON G.W., SEGAL P.S.
Quality of object relations versus interpersonal functioing as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome.
J. Nerv. Ment. Dis.,1991 ; 179, 7, 432-438

187.POSNANSKY E.O., COOK S.C., CARROLL B.J.
A depression rating scale for children.
Pediatrics, **1979**; 64 (4): 442-450

188.RAIT DS.

The therapeutic alliance in couples and family therapy.
J. Clin. Psychol., **2000** ; Feb. ; 56 (2) : 211-224

189.RAMARIJAONA M.A., KABUTH B.
"Tom s'en va en guerre"
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatrique et des Thérapies
institutionnelles, **2000 ;** 2: 41-46

190.ROGERS C.
La relation d'aide et la psychothérapie.

Editions ESF **1970/1985**: 235 p

191.SAFRAN J.D., CROCKER P., Mc MAIN S., MURRAY P.
Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation.
Psychotherapy, 1990 ; 27 (2): 154-165

192.SAFRAN J.D., MURAN J.C., SAMSTAG L.W.
Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation
In: Horvath (AO), Greenberg (LS) (eds), The working alliance: theory research and practice,
New York, J.Wiley & Sons, 1994 ; 225-255

193.SAFRAN J.D., MURAN J.C.
The resolution of ruptures in the therapeutic alliance.
J. Consult. Clin. Psychol., **1996** ; Jun, 64 (3) : 447-458

194.SAFRAN J.D., MURAN J.C.

The therapeutic alliance. Introduction.
J. Clin. Psychol., **2000** ; Feb., 56 (2) : 159-161

195.SANDLER J.
Techniques de psychanalyse d'enfants, conversations avec Anna Freud.
Privat, Paris, 1985 : 333 p

196.SALT J., SHEMILT J., SELLARS V., BOYD S., COULSON T., McCOOL S.
The Scottish centre for autism preschool treatment programme. II: The results of a controlled treatment outcome study.
Autism, **2002** ; Mar., 6 (1): 33-46

197.SCHACHAR R., JADAD A.R., GAULD M., BOYLE M., BOOKER L.,SNIDER A.
Attention-deficit hyperactivity disorder: critical appraisal of extended treatment studies.
Can. J. Psychiatry, 2002 ; May; 47 (4): 337- 48

198.SCHAEFFER J.L., ROSS R.G.
Childhood- onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories.
J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 2002 ; May, 41 (5): 538-45

199.SCHMIT G., GOLOVKINE N., NGUYEN M.L.
Le devenir des troubles du comportement de l'enfance.
Nervure, **1998** ; sep., 11 (6) : 46-51

200.SCHOPLER E., REICHLER R.J., DEVELLIS R.F., DALY K.
Toward objective classification of childhood autism: childhood Autism Rating Scale.
J. Autism. Dev. Disord., **1980** ; 1: 91-103

201.SCHOPLER E., ROGE B.
C.A.R.S. (Childhood Autism Rating Scale)
E.A.P. Issy les Moulineaux, **1985**

202.SEULIN C., GERIN P., AMAR A., DUCLOS A., DAZORD A.
Présentation d'une échelle d'engagement du patient dans la relation soignant-soigné.
Inf. Psychiatr., **1989** ; 2 : 915-923

203.SEULIN Ch., DAZORD A.
Processus psychothérapeutique dans un hôpital de jour : résultats d'une enquête et intérêt des données qualitatives.
Encéphale, **1995** ; 21 : 181-190

204.SHAFFER D., GOULD M.S., BRASIC J., AMBROSINI P. et coll.
A children's global assessment scale (C-GAS).
Arch. Gen. Psychiatry, **1983** ; 40: 1228-1231

205.SIBERTIN-BLANC D.
Figures archaïques de la violence à l'hôpital de jour
Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatrique et des Thérapies institutionnelles, **2000 ;** 2: 3-12

206.SNYDER R., TURGAY A., AMAN M., BINDER C., FISMAN S. et Coll.
Effects of Risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with sub average IQs
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, **2002** ; Sep. , 41 (9) : 1026-1036

207.SOULE M.
Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique ou « l'enfant qui venait du froid »
In : Mère Mortifère - Mère meurtrière - Mère Mortifiée.
Editions ESF, Paris, **1980** : 79-109

208.SPARROW S., BALLA D., CICCHETTI D.
Vineland Adaptative Behavior Scales (Survey Form).
American Guidance Service. Circle Pines (Minnesota), **1984**

209.STILES W., SHAPIRO D., ELLIOTT R.
Are all psychotherapies equivalent?
Am. Psychol., 1986 **; 41 : 165-180**

210.STRUPP H.H., HADLEY S.W.
Specific vs. Non-specific factors in psychotherapy
Arch. Gen. Psychiatry, 1979 **; 36: 1125-36**

211.SZATMARI P., BRYSON S., STREINER D. L, WILSON F., ARCHER L.
Two-year outcome of preschool children with autism or Asperger syndrome
Am. J. Psychiatry, 2000 **; Dec., 157,12, 1980-1987**

212.TARGET M., FONAGY P.
The efficacy of psychoanalysis for children: Prediction of outcome in a developmental Context.
J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry, 1994 **; Oct., 33 (8) : 1134-1144**

213.TICHENOR V., HILL C.E.
A comparison of six measures of working alliance.
Psychotherapy, 1989 **; 26: 195-199**

214.TIGNOL J., MARTIN C.
Evaluation des soins en psychiatrie Tome III rapport d'assistance.
Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française
Masson, Paris, **1992** ; 193 p

215.TOMKIEWICZ S.
A propos des parents d'enfants arriérés profonds.

Rev. de Neuropsychiatr. enfant, **1967** ; 15 (9) : 777-789

216.TUSTIN F.
Autisme et psychose de l'enfant
Seuil, Paris, **1977** ; 189 p

217.VILLAMAUX M.
L'alliance thérapeutique
Pour la Recherche, 2000 ; juin, 8-9

218.VON KNORRING A.L., HAGGLOF B.
Autism in northern Sweden: a population-based follow-up study: psychopathology
Eur. Child Adolesc. Psychiatry, 1993 ; 2: 91-97

219.WEISS M., GASTON L., PROPST A., WISEBORD S., ZICHERMAN V.

The role of the alliance in the pharmacological treatment of depression.
J. Clin. Psychiatry, **1997**; May, 58 (5): 196-204

220.WILENS T., BIEDERMAN J., BROWN S., TANGUAY S. et Coll.

Psychiatric co morbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD
J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry, **2002** ; March, 41 (3), 262-268

221.WILMSHURST L.D.
Treatment programs for youth with emotional and behavioral disorders: an outcome study of alternate approaches
Ment. Health Serv. Res., **2002** ; Jun; 4 (2): 85-96

222.WOODY (G.E.), LUBORSKY (L.), Mc LELLAN (T.), O'BRIEN (C.P.), BECK (A.T.), BLAINE (J.), HERMAN (I.), HOLE (A.)

Psychotherapy for opiate addicts
Arch. Gen. Psychiatry, **1983** ; Jun. , 40: 639-645

223.WOODY (G.E.), Mc LELLAN (T.), LUBORSKY (L.), O'BRIEN (C.P.)

Sociopathy and psychotherapy outcome
Arch.Gen. Psychiatry, **1985** ; Nov., 42: 1081-1086

224.ZAUGG J.P.

A propos de la notion d'alliance thérapeutique à la fin de la période de latence.
Psychiatr Enfant., **1993** ; 36 (2): 601-640

225.ZETZEL E.R.
Current concepts of Transference.
Int. J. Psycho-Anal., **1956** ; 37: 369-379

SCD NANCY 2
46, av. de la Libération
BIU LETTRES

HÔPITAL DE JOUR, ALLIANCE THERAPEUTIQUE ET EVOLUTION CLINIQUE

Evaluation longitudinale de 33 familles pendant 2 ans

Mots-clés : Alliance thérapeutique, Devenir, Parent, Troubles envahissants du développement, Troubles des conduites.

Key-words : Therapeutic Alliance, Outcome, Parent, Pervasive Developmental Disorders, Conduct disorders.

Résumé:

La première partie de ce travail est consacrée à une revue exhaustive de la littérature sur les études empiriques, surtout nord-américaines, consacrées à l'évaluation de l'alliance thérapeutique en psychothérapie et les conséquences sur le devenir des patients.

Une deuxième revue de la littérature s'est centrée sur les techniques et les instruments utilisés pour le devenir à moyen et long terme de deux troubles psychiatriques majeurs de l'enfant : les troubles envahissants du développement (autismes et autres psychoses infantiles) et les troubles graves du comportement.

La recherche personnelle a été réalisée pendant deux ans dans un hôpital de jour pédopsychiatrique. L'alliance thérapeutique avec les parents, au début et deux ans plus tard, a été mesurée par la Version Soignant du questionnaire des Alliances Aidantes de Luborsky. Pendant cette même période, l'évolution de 33 enfants, âgés de 3 à 10 ans, (18 troubles envahissants du développement et 15 troubles graves du comportement) a été évaluée par un questionnaire d'adaptation sociale (l'inventaire des progrès du développement social de Gunzburg) et une échelle de symptômes (crée pour l'étude), en parallèle de la mesure du niveau d'engagement des enfants dans le soin institutionnel.

L'étude statistique retrouve un lien significatif entre une bonne alliance avec les parents et un devenir favorable des enfants pour d'adaptation sociale mais pas pour l'évolution symptomatique.

Comme dans les travaux nord-américains consacrés à l'alliance avec les patients adultes, cette première recherche dans un contexte pédopsychiatrique, semble indiquer que l'alliance thérapeutique avec les parents est prédictive du devenir des enfants quel que soit leur âge, leur sexe et le type de pathologie qu'ils présentent.

Abstract :

This dissertation first part is an especially North-American comprehensive review about therapeutic alliance empirical studies that relate alliance to patient psychotherapy outcome.

The second literature review emphasizes the ways and tools using for Pervasive Developmental and Conduct disorders intermediate and long outcomes.

The two-year prospective own study in a French Child Psychiatry Day-Hospital assesses relationship between therapeutic alliance and clinical progress. Thirty-three 3-10 year-old children (18 with pervasive developmental disorders and 15 with mixed behaviour disorders) were assessed regarding their symptom status and developmental progress, while receiving multi modal intervention package.
Independently, the treatment staff assessed the therapeutic alliance with the parents by standardized ratings on the French modified Helping Alliance questionnaire from Luborsky.

The statistical study shows that a parent's good therapeutic alliance correlate significantly with the social functioning improvement but not regarding the symptom status.

As North-American therapeutic alliance adult's studies, this first child psychiatry unit study seems to show that the parent therapeutic alliance is a predictor factor of child outcome independently of gender, age and pathological child status.