n° 102-103
Sept.-Déc.
2019

POUR LA RECHERCHE

http://www.psydoc-france.fr
$

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

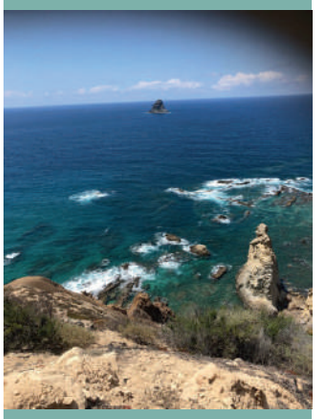
- Jean-Michel Thurin -

Au sommaire

✔ Compte-Rendu (volet 1)

Journée du 5 octobre 2019

Autisme et Psychothérapie



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP) a été conçu suivant une démarche évaluative qui permette de donner une place importante à ce qui peut *expliquer* les changements observés au cours du déroulement d'une psychothérapie. La causalité du changement n'est pas une question récente. L''histoire de la psychothérapie, telle que l'a décrite Janet dans son ouvrage en trois volumes *La médecine psychologique* (1923), fait apparaître la multiplicité des facteurs qui peuvent intervenir, des plus irrationnels mais convaincants, aux très élaborés qui forment la texture d'une théorie.

S'engager dans cette perspective n'est pas simple. D'un point de vue méthodologique bien sûr, mais aussi sociologique et idéologique. Freud (1916) justifiait son choix de ne pas s'y lancer par la disparité des cas, l'intervalle trop réduit pour affirmer qu'il s'agissait de guérisons durables, des problèmes liés à la publication des cas et de l'irrationalité qui concerne la thérapeutique.

Nous avons affronté progressivement ces difficultés au cours des douze dernières années, dans un contexte général qui n'était pas des plus porteurs.

Pour chaque cas, nous sommes partis d'une formulation de cas et d'analyses portant sur des éléments quantitatifs, ne limitant pas, aux changements manifestes concernant les symptômes et comportements, que ce soit dans le pôle *Borderline* ou *Autisme* du Réseau,. Dans ce second pôle, l'évaluation des changements manifestes a été accompagnée d'une analyse du processus de développement impliquant les gains d'aptitude, l'évolution plus ou moins favorable de l'enfant dans son rapport au monde, à soi et aux autres et l'action thérapeutique à partir de l'ensemble des mesures associées aux formulations des interactions entre l'enfant et le thérapeute. Le contexte externe (événements de vie et interventions spécifiques associées) n'a évidemment pas été oublié.

Au cours des deux dernières années, la recherche a été affinée en introduisant une méthode qualitative, l'analyse micro séquentielle de processus. Elle a permis de décrire le déroulement pas-à-pas au fil du temps de chacune des 9 séances évaluées au cours d'une année de la psychothérapie de Léo (6 ans) ainsi que les effets observés. Douze cliniciens se sont réunis régulièrement en Webséminaire pendant 2 ans. Chaque réunion a été enregistrée et transcrite. À partir de ce matériel, une liste des principaux sujets d'intérêt a été établie dont chacun des cliniciens a choisi un axe pour le présenter dans le cadre d'une Journée scientifique de la CIPPA. Elle a réuni 400 personnes. *Pour la recherche* va présenter le travail de cette journée incluant les discussions des participants dans trois numéros dont voici le premier.

Vous y trouverez une introduction à la Journée avec les interventions de G. Haag, C. Barthélémy, P. Vienot et JM. Thurin. Les principaux résultats méthodologiques et cliniques issus des données du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques seront présentés par JM. Thurin. C. Ritter et P. Poyet transmettront leur expérience en groupe de pairs au cours de la recherche du RRFPP et MM. Narzabal et F. Solans la leur au cours du Webséminaire autour du cas de Léo. C. Barthélémy interviendra ensuite au cours d'une discussion de ces présentations. Puis, M. Thurin présentera la méthodologie de l'analyse micro séquentielle telle qu'elle a été suivie dans le séminaire et C. Ritter commentera une vignette clinique de Léo dont elle a été la thérapeute. Pour terminer la matinée, avant la discussion générale, C. Ritter et P. Poyet parleront de l'observation, du choix des objets thérapeutiques et de leur fonction. ●

Introductions à la Journée du 5 octobre 2019

G. Haag, C. Barthélémy, P. Vienot et JM. Thurin

Geneviève Haag

● Au tout début de l'ouverture du Réseau Jean-Michel, dans une interview, nous a posé à Catherine et à moi-même les questions suivantes : quel est le contexte qui vous a conduites à associer la recherche à la démarche clinique ? Qu'est-ce qui vous a conduites à consacrer une partie importante de votre vie à l'autisme ? Qu'en avez-vous appris et qu'attendez-vous du Réseau ?

Pour ma part, le contact avec les enfants autistes a commencé dans un IMP qui venait de s'ouvrir pour accueillir de jeunes autistes, surtout déficitaires et des polyhandicapés avec souvent des manifestations de type autistique. Devant une floraison de comportements stéréotypés, je me suis interrogée sur l'énigme des stéréotypies sur lesquelles j'ai fait ma thèse de médecine et mon mémoire de spécialité. Dans cette institution, j'ai tenté, parallèlement au travail éducatif, un abord psychothérapique en séances individuelles. J'ai trouvé que les enfants, même déficitaires, racontaient quelque chose avec un langage non verbal que nous avions à décrypter. J'ai créé un groupe de travail dans les années 70 avec l'aide de James Gammill, psychanalyste américain, qui avait reçu l'enseignement direct de Mélanie Klein à Londres et qui était venu en France en 1967. En 1971, il nous a introduits à rencontrer Esther Bick pour l'observation du nourrisson, et Frances Tustin qui publiait ses premiers livres avec sa grande expérience des psychothérapies individuelles avec les enfants sans langage. Esther Bick parlait beaucoup des agrippements « Holding on to for survival », ressenti normal à la naissance et apparemment persistant ou résurgent plus ou moins massivement chez les enfants autistes semblant lutter contre l'impression de chute. Puis nous avons rencontré Donald Meltzer qui a écrit son premier livre avec un groupe de thérapeutes réunis en séminaire hebdomadaire pendant cinq ans. Il a décrit les troubles sensoriels chez les autistes comme un « démantèlement » de l'appareil de perception lié à un relâchement de l'attention, et avait bien repéré les mécanismes obsessionnels du post-autisme. A la fin des années 70, une fillette m'a montré avec insistance sur plusieurs semaines que l'on pouvait ressentir les deux côtés de son corps non engrenés, et cela fut le point de départ d'une réflexion sur les identifications à l'intérieur du corps, et que par conséquent la formation de l'image du corps pouvait être une première construction psychique dans un jeu identificatoire. J'ai proposé pour ma part le titre « Moi corporel » au livre que j'ai pu rassembler à partir de beaucoup d'observations, de rencontres et de réflexions accumulées depuis 1985.

Dans les années 87/95, j'avais rejoint deux réseaux successifs sur l'autisme fondés dans l'orbite de Serge Lebovici et animés par Pierre Ferrari, dans lesquels nous étions en contact avec des chercheurs de spécialités diverses nous ouvrant à la génétique, à la neurophysiologie, à la biochimie cérébrale, et j'en oublie. Le petit groupe de dix thérapeutes que j'avais réuni autour de moi s'est attelé à construire une Grille pour tenter de mettre en ordre toutes nos observations selon différents domaines pouvant servir de repère sur l'existence de groupes cliniques, ceci dans le cadre d'une recherche clinico-biologique (Sylvie Tordjman) centrée notamment sur l'importance des hormones de stress et la compréhension des phénomènes douloureux chez les enfants autistes. Il nous semblait que des groupes cliniques pouvaient se dégager selon les étapes de la construction de l'image du corps qui se dégageaient de nos observations.

C'est ainsi que, lors du projet de Réseau que Jean-Michel préparait, j'ai pu proposer cette Grille qui avait été beaucoup utilisée par des cliniciens psychothérapeutes pour suivre l'évolution de leurs jeunes patients. Ce qui semblait rendre service aux thérapeutes était le caractère très détaillé des items et sous items qui permettaient que se dégage un sens au comportement des enfants.

Après la recherche de Sylvie Tordjman, nous avons mis au rang d'items les sous items très détaillés, ce qui a modifié un instrument qui peut paraître lourd pour les évaluations mais qui est d'une grande utilité pour les cliniciens, et de plus n'est pas étranger à l'esprit actuel de la recherche du côté de la microanalyse séquentielle.

Quand nous avons rejoint Jean-Michel en vue du réseau actuel, nous en étions à l'ébauche d'un manuel d'utilisation, qu'il a alors pris en main et que nous avons réalisé ensemble. Ce que nous avons appris des enfants autistes et que nous continuons à apprendre, parallèlement aux /et en entrecroisement avec / les observations du premier développement, c'est un approfondissement incessant de ce développement qui ne peut se faire que dans la relation, et un approfondissement en même temps de ce qui permet, en rapport avec l'épigénèse dans certains cas, et surtout si l'on réussit à établir des interventions précoces, de contourner l'inéluctabilité de certains facteurs génétiques et aussi de diminuer les séquelles de certains « départs » pré et post nataux traumatiques. Mais tout ceci est en plein chantier et nécessite de continuer à diminuer les clivages entre les courants de pensée qui devraient au contraire se compléter, et le Réseau nous semble avoir bien mis en route cet esprit.

Catherine Barthélémy

Merci beaucoup. Cette invitation m'honore et constitue un certain défi puisque Jean-Michel m'a proposé de participer et j'ai souhaité avoir une place dans la discussion pour éclairer les évolutions, non seulement de nos pratiques mais aussi de nos recherches.

Comme vous l'avez compris, je suis clinicienne et chercheure en neurosciences. Ma formation, c'est d'abord pédiatre puis neuropsychiatre et physiologiste. J'ai piloté un service à Tours, le Centre Universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein duquel est née une équipe Inserm dédiée au cerveau et à son développement dans le cadre de ce que l'on appellera les troubles du développement et de l'autisme. Avec Geneviève Haag, nous avons beaucoup quelque part travaillé ensemble, sans s'être vues souvent. Je dois dire que je vous remercie, Madame, Geneviève d'avoir toujours dans nos actions, nos pensées et nos propos respecter et c'est bien réciproques notre analyse clinique et nos hypothèses qui se posaient à partir de la clinique, comme vous l'avez très bien dit.

La décision du clinicien, je vais rapporter des propos que j'ai tenus lors du lancement de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro développement en avril 2018. J'ai été convoquée pour ouvrir le volet recherche pour cette stratégie qui est au coeur même et fait parti du premier engagement pour la stratégie nationale pour l'autisme au sein du neuro développement.

J'ai dit, la décision du clinicien qui va accompagner l'enfant et sa famille vers le diagnostic d'autisme, le libre choix pour identifier les interventions les plus pertinentes, prescrire et la co construction d'un projet de vie. Toutes ces étapes doivent

être fondées sur les connaissances scientifiques validées les plus récentes. Évidemment, ce discours que j'ai tenu est une sorte de synthèse des travaux qui ont eu lieu pendant 4 ans pour précisément convaincre que la stratégie nationale ne pouvait pas s'appuyer sur des données préexistantes mais qu'elle nécessitait un certain nombre d'interrogations scientifiques et cette séance, je l'espère, participera à ces interrogations et à ses avancées.

Le contexte dans lequel j'ai fait cette déclaration est celui de l'autisme qui pour l'ensemble des partenaires de la stratégie, qui inclut comme vous le savez les familles, l'autisme est un trouble du neuro développement précocissime dont la cause n'est pas connue.

L'étude des mécanismes, que j'appellerai aujourd'hui psycho-physio-pathologiques nous oriente vers des particularités de fonctionnement de réseaux, de réseaux internes et en particulier de réseau cérébraux de la communication sociale. Et ces dysfonctionnements sont très fortement et très probablement d'origine prénatale.

Il y a aussi une donnée où nous pouvons nous rejoindre sur une clinique et une pratique c'est que nous observons que l'exercice ludique, régulier et soutenu des interactions, je dirai synchronisées et réussies, avec un partenaire dynamisent le fonctionnement de l'enfant avec autrui. Le soutien dans son développement personnel, et je vais aller plus loin, il dynamise le développement des réseaux nerveux de la communication sociale.

C'est vrai que ceci posé, il est important de revenir à des observations qui sont libérées de toute a-priori théorique et c'est ça la recherche.

Ce qui nous réunit aujourd'hui, et je suis heureuse d'y participer, je vous le dis pour moi personnellement, est celui de comprendre le processus du changement. Le changement, vous l'avez bien entendu dans mon propos, c'est un changement à différents niveaux. Telle est l'ambition des recherches qui vont être discutées aujourd'hui, c'est-à-dire l'observation des ces changements à différents niveaux.

Les travaux de Jean-Michel Thurin, et c'est vrai que Jean-Michel nous avait invité Geneviève et moi-même à l'origine du fonctionnement du réseau, sont pour moi importants car ils marquent une étape du questionnement méthodologique sur la mise en évidence des effets désirables, un terme habituellement utilisé en pharmacologie, et des effets non désirables de pratiques que l'on intitule thérapeutiques. Vous voyez, il y a des questionnements à plusieurs niveaux et je ne m'interdirai pas de m'interroger sur le sens d'un certain nombre de mots que nous utilisons et qui peut-être ne sont pas les mots les plus justes.

J'ai hésité, c'est vrai, à participer à cette journée, je suis sincère non pas pour des raisons institutionnelles comme celles de Bernard Golse mais c'est vrai que le positionnement, par exemple quand je suis face à un public comme aujourd'hui de jeunes qui débarquent dans le monde de la recherche, il est important d'avoir un petit temps pour réfléchir, re questionner et le programme de la journée est très dense.

Comme vous l'avez compris, le chercheur est toujours celui qui a un doute, c'est la base de la recherche, il se pose des questions. Et je sais que votre communauté fait l'objet de critiques parce que quelque part, il a été pensé, il a été dit que les bases de la pratique psychothérapique en particulier psychanalytique étaient non pas soumises à l'examen de la recherche mais partaient de postulat qui n'avaient jamais été remis en question.

Donc, Jean-Michel m'a convaincu et je suis là et j'assume. Mais j'espère que nous allons dépasser les frontières de l'autisme au singulier, car j'ai déjà entendu dans les propos que l'on parlait des autismes ou des troubles autistiques. L'autisme il est particulier et pas tant que ça dans le domaine de la pathologie du neuro développement. Il est caractérisé par une très grande diversité et comme l'a expliqué Geneviève, elle s'est occupé d'enfants qui étaient sans langage et qui avaient des handicaps associés majeurs. Ce qui fait la solidité de son travail clinique qui de ce point de vu est reconnu, très reconnu.

Dépasser les frontières de l'autisme au singulier et de la psychothérapie au singulier. Les psychothérapies, c'est un champ, c'est un champ de notre pratique, de la psychiatrie de l'enfant et il existe diverses formes de psychothérapies. À nous de décrire les ingrédients et non pas de choisir entre des catégories de psychothérapies, c'est très important de travailler sur les ingrédients de la psychothérapie ou de la thérapie en général.

Il est très utile dans cette journée, j'y tiens, je ne sais pas aujourd'hui mais que nous ayons d'autres rendez-vous, peut-être pas en grande assemblée comme aujourd'hui, mais pour essayer de comprendre pourquoi et comment ces pratiques fonctionnent. Si ces interventions agissent mais aussi si elles n'agissent pas, vous voyez il faut aussi se poser la question de la non efficacité, c'est ça la recherche. C'est très difficile, lorsque l'on est clinicien et chercheur, on est juste à l'articulation de ce que l'on appellera l'engagement empathique, thérapeutique vis-à-vis d'une personne que l'on rencontre qui peut être un petit enfant dans sa famille, un adulte, une personne plus âgée et de se poser la question « est-ce qu'on est utile à quelque chose » ou « est-ce qu'on ne s'est pas trompé » ?.

J'ai retenu, dans les propos qui m'ont précédés, les hypothèses qui sont basées sur la clinique ce qui nous rejoint sans doute, la dynamique du développement de l'enfant et de ses réussites, la psycho, j'ajoute physio dynamique, le réseau neuronal, vous savez pour moi il est central, l'importance de la pluridisciplinarité dans l'organisation du projet qui va être non seulement un projet de soin, d'éducation, d'accompagnement et d'inclusion sociale. Voici les grandes lignes de la stratégie à laquelle je suis fidèlement attachée. Et également, la mesure, nos instruments de mesure. Geneviève vient de nous parler de son échelle, vous savez que Tours et son équipe, mon patron actuellement décédé, G. Delors et moi-même avons fabriqué une échelle que vous utilisez dans vos équipes. C'est très important de détailler, le caractère très détaillé, dont la subjectivité est éclairée par une objectivité partagée. Vous voyez. C'est la question de l'évaluation en pédopsychiatrie. Mon premier ouvrage cela a été de faire un rapport très contesté parce que j'avais introduit la question de la mesure en pedopsychiatrie. A l'époque je ne sais pas pour quelle raison, j'ai irrité Roger Mises et ses collègues, mais j'ai quand même édité le bouquin qui s'appelle « Les évaluations en pédopsychiatrie ». La pratique intégrative …, les mots sont souvent utilisé à tord. Vous voyez, dans intégratif, il y a quelque chose d'intéressant car, autour de l'enfant, on installe un certain nombre de possibilités sur lesquelles des étayages sont réalisés à différents niveaux de son écosystème que l'on appelle bio-psycho-social, vraiment centré sur la famille et dont les ingrédients ne sont pas mis en concurrence mais combinés.

Pierre Viénot

J'ai été pendant trois ans au cours des quatre dernières années le conseiller personnel du Secrétaire général du Comité Interministériel du Handicap, sur les questions institutionnelles de l'autisme dont ce Comité avait la charge.

Je suis notamment, dans le champ qui nous intéresse, père d'un jeune adulte autiste et interviens comme co-thérapeute dans un CMPP.

Jean-Michel Thurin m'a demandé de répondre à la question : « Quelle est la place de la recherche dans les enjeux publics de l'autisme ? », au vu de mon expérience de ces quatre dernières années.

Les enjeux publics de l'autisme sont marqués par un impératif majeur : celui de sortir de la guerre de l'autisme qui sévit en France depuis quarante ans et qui a eu pour conséquence de freiner les progrès et les initiatives nécessaires au meilleur traitement de l'autisme.

Une amélioration sensible se fait sentir depuis dix-huit mois avec la mise en place, depuis avril 2018, de la nouvelle stratégie gouvernementale pour l'autisme qui semble sortir des

blocages nombreux que cette guerre avait provoqué lors du troisième plan autisme qui l'avait précédé.

Les acteurs les plus agressifs ont été écartés et une place est faite désormais à la concertation.

La recherche a elle aussi une place propre à tenir dans ce nouveau cours en permettant, par une évaluation rigoureuse des résultats de ses travaux, d'évacuer un peu plus ce qui demeure des querelles et des dogmatismes.

Pour évoquer ceux-ci brièvement et définir par contraste le chemin à suivre, nous avons assisté historiquement à la succession de deux visions dogmatiques.

La première est issue de la psychanalyse et de ce qu'elle a pu inspirer à la psychiatrie, en rabattant l'autisme sur la seule dimension psychodynamique. Cette approche a rapidement montré, pour les intervenants psychanalystes spécialisés dans l'autisme, des limites sérieuses et ils ont développé de nouvelles pratiques issues de champs différents, comme la sensori-motricité ou les méthodes de l'apprentissage.

Mais il est demeuré un courant dominant dans la psychanalyse, tenant d'un discours invariant et assez indifférent aux échecs thérapeutiques. Son influence sur la psychiatrie a été sensible.

C'est contre cette situation que se sont élevés, sinon les patients eux-mêmes, mais leurs ayant-droits, en formulant une critique rejetant en vrac la psychanalyse et la psychiatrie qui y était liée, alors très majoritaire. Sans distinction entre des praticiens aux approches pourtant diverses, ils ont opposé aux dogmes psychanalytiques d'autres dogmes issus de plusieurs champs concurrents.

Ces affrontements ont été d'une telle violence qu'ils ont proprement tétanisé l'espace public et les décideurs politiques.

L'enjeu public majeur est donc d'en sortir, et la recherche a un rôle majeur à y jouer.

D'abord parce qu'elle est évaluée quant à ses résultats. Les exemples récents des recherches PREAUT et PREPS, qui ont engagé des effectifs importants, montrent que les méthodes qu'elles valident font alors consensus.

Ensuite parce que par définition la dynamique de la recherche est de n'écarter aucune piste a priori. Or la complexité des tableaux autistiques montrent qu'il ne faut écarter aucun champ de la science pour les aborder.

La pluridisciplinarité est là essentielle.

Et les options théoriques trouvent dans l'évaluation des résultats la matière permettant de les hiérarchiser en fonction de la variété des situations.

La place de la recherche dans les enjeux publics de l'autisme est donc aujourd'hui autant politique que scientifique.

Elle est le carburant indispensable qui nous permettra d'avancer.

Jean-Michel Thurin

Nous venons d'entendre Geneviève Haag, Catherine Barthélémy et Pierre Viennot, des acteurs majeurs qui ont travaillé et travaillent sans répit pour faire avancer la compréhension de l'autisme afin d'en faire bénéficier ceux qui en souffrent, ces enfants, ces adultes et leur famille.

Chacun d'eux a une orientation ouverte sur le domaine plus spécifique des autres, ce qui donne une portée beaucoup plus grande à leur action. L'approche psychanalytique peut travailler avec l'approche physiologique et l'approche socio-politique.

Le travail, les observations formalisées que nous allons vous présenter montrent bien ce que la clinique au quotidien, le clinicien - et son patient, peuvent apporter pour transmettre ce qui se déroule réellement dans une psychothérapie et ce que cette transmission peut apporter à la pratique et à la recherche.

Le message central que je voudrais introduire à partir de la recherche qui est menée est que la relation qui s'établit entre l'enfant, l'adolescent et le thérapeute ouvre chez les premiers un espace qui leur permet d'exprimer leur vécu immédiat et général, et chez le thérapeute la possibilité de les comprendre, de leur manifester cette compréhension et de répondre au bon niveau dans une perspective développementale qui permet en retour à l'enfant et à l'adolescent de poursuivre, d'investir et d'évoluer avec une ouverture au monde et à lui-même.

Un point important à rappeler est que le clinicien actif travaille avec des hypothèses théoriques qui demandent en permanence à être ré interrogées et affinées pour éviter les biais du trop rapide et de l'inpensé. Le travail en groupe de pairs et dans un réseau de recherches fondées sur les pratiques est un apport majeur pour chacun.

Nous attendons de cette journée que l'apport du travail considérable réalisé dans le réseau, grâce à ceux qui l'ont mis en place, bien sûr, mais également aux cliniciens qui s'y sont impliqués, soit un tremplin pour que la recherche clinique devienne chez les cliniciens une exigence qu va de soi, qu'ils s'en saisissent comme indispensable à leur pratique, et que l'apport qu'elle représente soit reconnue et soutenue par le pouvoir politique.

Je vous souhaite une très bonne journée et vais commencer à vous présenter les principaux résultats méthodologiques et cliniques issus des données du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques que je coordonne.

Ils seront suivis par ce que peut apporter spécifiquement la méthode qualitative micro-séquentielle à la connaissance et la compréhension du processus d'interaction entre le patient et le thérapeute, quand il se met en place et se développe au cours d'une psychothérapie d'orientation psychodynamique soutenue par un groupe de pairs et une réflexion théorique approfondie. ●



Principaux résultats méthodologiques et cliniques issus des données du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

Jean-Michel Thurin

1. Introduction : cadre et présentation de l'étude

Le développement de traitements efficaces dépend en grande partie d'études portant sur des questions scientifiques cruciales ; en particulier, celles des mécanismes par lesquels la thérapie fonctionne et des conditions qui lui permettent d'être efficace et pourquoi (Kazdin 2001-2014). Ce constat et la perspective qui en découle n'avaient pas été pris en compte par l'expertise collective Inserm de 2004 sur l'évaluation des psychothérapies qui a provoqué tant de remous.

C'est pour répondre à cette exigence qu'un réseau de recherches portant sur les pratiques psychothérapiques et centré sur leurs résultats et les processus de changement qui les sous-tendent a été créé en 2008 avec l'Inserm et la FFP[1] sous la coordination de Bruno Falissard et de moi-même[2]. Deux pôles ont été particulièrement développés, l'un sur les troubles de la personnalité borderline, l'autre sur les troubles du spectre autistique.

Des questions méthodologiques étaient posées pour passer des évaluations expérimentales en laboratoire, dont était issue l'expertise, à des études en conditions naturelles permettant d'atteindre les objectifs précités. Ces questions ont été essentiellement résolues de trois façons :

1. une lecture approfondie de la littérature internationale concernant l'étude des processus et des mécanismes de changement (« Pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie produit-elle des effets ? ») ; cet abord avait été négligé par l'expertise,
2. le choix d'une méthode respectant totalement la pratique des cliniciens et utilisant des instruments validés et susceptibles d'être appréciés par ces derniers, et
3. le travail collaboratif dans lequel se sont engagés cliniciens et chercheurs sous différentes formes : groupes de pairs, retours d'expériences, journées internationales, questions statistiques, webséminaire, articles et thèses.

Je vais en présenter brièvement les principaux résultats méthodologiques et cliniques dans le pôle autisme, en partant du travail effectué en continu depuis 10 ans dans ce réseau pour donner à l'évaluation une dimension scientifique respectant la complexité des prises en charge et la singularité de chaque patient en pratique quotidienne.

2. Une recherche clinique ouverte sur le fonctionnement et le développement

Dans ce champ, l'objectif précédent et les questions qui l'accompagnent peuvent se formuler chez chaque clinicien sous la forme suivante : Un changement favorable se produit-il chez l'enfant ou l'adolescent engagé avec moi en psychothérapie ? Comment puis-je l'expliquer et l'objectiver ?

- L'expliquer rend nécessaire une description précise de ce qui se passe dans la psychothérapie. Disposer d'un instrument pour le faire est essentiel. Nous avons choisi le CPQ qui répond à ce critère. L'élimination des autres explications directes se fera par un inventaire des événements intercurrents et thérapies associées.
- Objectiver qu'il existe un changement favorable implique de le décrire. Comment ? Ce changement concerne-t-il les symptômes et comportements autistiques, le fonctionnement, le développement ?. . . Opère-t-il une ouverture sur des fonctionnements de santé ? Chacune de ces dimensions a été prise en compte, à partir de 3 instruments : L'Échelle d'évaluation des comportements autistiques (ECA-r)[3], L'Échelle d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme (EPCA)[4] et L'Échelle de processus psychothérapique chez l'enfant (CPQ)[5].

Nous en détaillerons les résultats un peu plus loin. La deuxième question interroge aussi (surtout) les forces et l'ensemble des causes du changement.

3. Comment appréhender ces résultats ?

3.1. Problématique

L'autisme concerne un champ de troubles complexes hétérogènes et de mécanismes d'adaptation dont l'évolution ne peut relever seulement du paradigme unidimensionnel de la thérapeutique médicamenteuse : un trouble - un médicament - un effet. Son abord thérapeutique et son suivi nécessitent une approche clinique approfondie centrée sur les facteurs et les variables susceptibles d'expliquer un changement observable dans ce trouble qualifié de neuro développemental. L'étude intensive et systématisée de chaque cas devient la base de cet objectif. La réplication de la méthodologie avec chaque nouveau cas permet sa mise en relation avec les cas déjà étudiés[6] et l'accès à de nouveaux objectifs. Dès lors,

3.2. Comment réaliser ces études ?

Une étape importante a été l'introduction des concepts et méthodes de la complexité. Leur utilisation est décrite en détail depuis les années 2000[7]. L'introduction des médiateurs et modérateurs, du caractère non linéaire du processus et des multiples niveaux d'approche, permettent à la complexité du processus de changement d'être modélisée. L'évaluation globale d'une approche psychothérapique à partir d'un test d'efficacité pour un groupe peut laisser la place à la caractérisation de ce qui compose l'action thérapeutique et ses effets dans le contexte singulier propre à chaque cas[8].

Concrètement, les facteurs et variables susceptibles d'intervenir sur le processus de changement dans chaque cas sont recherchés, ainsi que la façon dont ils agissent. La méthodologie qui permet d'observer le déroulement interne de la psychothérapie est simple. On y retrouve les différentes opérations qui accompagnent le jugement clinique, initialement et au cours de la psychothérapie. Les facteurs actifs sont recherchés par une observation critique du processus interne qui était jusqu'ici considéré comme une boîte noire[9]. Leur intervention doit être précisée et chronologiquement renseignée car le processus n'est pas stationnaire, mais évolutif.

1. La formulation de cas (FC) initiale en est le point de départ. C'est un résumé et une organisation structurée de l'observation clinique de l'enfant, à laquelle sont associées les informations issues des premiers entretiens avec la famille ; elle sera renouvelée à la fin de l'étude, et chaque fois qu'une évaluation de la situation clinique apparaitra nécessaire. Un point à souligner est l'importance de l'attention donnée aux éléments qui déclenchent les troubles et aux facteurs de vulnérabilité qui y participent. L'identification de ces facteurs est une clef d'accès au processus causal[10]. La FC est aussi un temps d'élaboration psychopathologique. Il conduit à la conception d'objectifs adaptés à la situation actuelle (symptomatique et développementale de l'enfant) et à une première stratégie pour les atteindre. Ce faisant, la FC

introduit les facteurs de réduction de la sensibilité à certaines situations et la conception de ceux qui vont se substituer progressivement aux facteurs de risque initiaux.

2. Les caractéristiques de la psychothérapie sont issues de l'enregistrement et/ou des notes étendues de séances, établies par le thérapeute. Ces données sont recueillies pour la FC et ensuite, régulièrement, suivant un calendrier établi au départ. Elles sont analysées de différentes façons :

(a) Tamisées par un instrument de processus, le Questionnaire de Psychothérapie chez l'Enfant (CPQ), elles permettent de décrire, à partir de 100 formulations (par exemple, Item 2. *Le thérapeute commente le comportement non verbal de l'enfant (par exemple, sa posture corporelle, ses gestes*.), classées suivant leur présence et importance dans chaque séance, les principaux traits qui concernent l'enfant, le thérapeute et leurs interactions. Il en résulte un « portrait dynamique » du traitement psychothérapique dont l'évolution et les principaux facteurs peuvent-être suivis sous différents angles au cours du temps, au cours des phases.

(b) Abordées de manière quantitative séquentielle et/ou qualitative micro-séquentielle[11], elles permettent de saisir ce qui se joue dans la dynamique des interactions, comment elles s'engagent, les trajectoires qu'elles initient, les interventions et les effets qu'elles produisent. C'est ce second abord qui va être présenté en détail dans ce numéro.

(c) Réunies en inter-cas, elles permettent de réaliser des comparaisons cas-à-cas et des analyses statistiques (analyse factorielle, modélisation par équation structurelle, analyse PLS-SEM des variables latentes avec les résultats). Ces analyses permettent de distinguer des familles de psychothérapies partageant des éléments communs, d'extraire les variables actives dans un ensemble de variables, d'examiner l'effet de variables latentes accessibles à partir d'indicateurs émanant de différents instruments et de commencer à construire une chaîne multicausale de l'évolution.

4. Premiers résultats

4.1 L'interaction, noeud de l'action thérapeutique

Dans les psychothérapies des 66 patients que nous avons étudiées, deux variables se détachent largement parmi les facteurs qui interviennent dans l'action thérapeutique :

1. La relation affective que noue l'enfant avec le thérapeute
2. et l'engagement de ce dernier dans le cours des séances.

Ces variables identifient l'interaction comme étant le nœud de l'action thérapeutique. Tel est le premier résultat à souligner. L'enfant, fût-il autiste, est avec le thérapeute un acteur majeur et incontournable du processus de changement.

Il est nécessaire, à ce stade, de préciser la nature et le contenu de cette relation. Comment en qualifier les principes et la dynamique ? Pour le thérapeute, l'objectif central est que l'enfant aille mieux et que cela s'exprime dans sa relation au monde, à lui-même et aux autres. En mode psychodynamique, son approche sera exploratoire, accordant beaucoup d'initiative à l'enfant ; en mode cognitivo-comportemental, elle sera plutôt didactique.

Mais beaucoup d'autres éléments interviennent. L'enfant vient avec ses problèmes, ses comportements et ses fonctionnements. Le thérapeute y répond par son engagement, son attitude et ses interventions, dont une part importante est issue de ses pensées, en connexion avec sa formation. Que se passe-t-il alors chez l'enfant ? Nous verrons avec Léo combien l'attention que lui porte sa thérapeute engage toute une chaine comportementale dans un sens ou dans un autre. Nous verrons aussi qu'il exprime ses sentiments, ses affects et ses attentes envers sa thérapeute aux côtés de ses initiatives et progrès.

Peut-on dire dès lors que la séance crée une « réalité transfert» qui permet qu'une expérience différente de certaines interactions types se réalise ? Quels en sont les ressorts ? Trois affirmations (résultats) vont suivre.

- Dans l'ouverture qui s'établit, l'ajustement de la thérapeute à ce qu'exprime l'enfant, à la façon dont elle ressent et pense son vécu et son étape de développement, prend ici toute sa place. Cet ajustement et les techniques qui l'accompagnent sont à la fois une réponse « au bon niveau » (là où en est l'enfant) et une ouverture « sur le progrès qui peut suivre, sur son avenir » [Vygotski[12], Meltzer[13]]. La possibilité d'observer cet ajustement et ses effets, à partir des données et des outils utilisés, est un premier résultat.
- Un deuxième résultat lui est associé. C'est l'importance du cadre de la psychothérapie. L'attitude du thérapeute, son bureau, son aménagement, les objets qui le composent participent à l'interaction entre l'enfant et la thérapeute. Nous verrons avec le cas de Léo que son comportement est très différent quand il est en séance dans ce monde ou au milieu des autres enfants. Le cadre est un espace-temps composé et porté par le/la thérapeute [et l'enfant]. Il intervient dans la sécurité, l'exploration, la contenance et la modalité d'expression qui caractérisent chaque séance. Ces caractéristiques en font une condition nécessaire pour la constitution d'un monde relationnel fonctionnel.
- Le troisième résultat, que je souligne à présent, illustre l'intérêt que peut avoir le regroupement secondaire des cas étudiés individuellement. L'observation des évolutions développementales, évaluées à partir des gains d'aptitudes, révèle une rapidité particulière des 3-6 ans quand on les compare avec celle des 7-15 ans. Cette observation a des implications générales qui sont déjà largement soulignées. Mais la distinction de sous-groupes permet aussi de repérer rapidement les blocages d'évolution chez des jeunes enfants et d'en rechercher l'origine pour pouvoir en corriger l'influence. C'est ce que permet la prise en compte des modérateurs contextuels qui sont susceptibles d'intervenir sur le déroulement et l'effet d'interventions similaires[14].

4.2 Changements observés aux niveaux comportemental, développemental et du fonctionnement psychique

4.2.1 Évolution des Comportements Autistiques : Échelle ECA-r

L'évolution des comportements autistiques a été suivie avec l'Échelle des Comportements Autistiques (ECA-r). Cet instrument permet d'explorer les différents domaines du comportement autistique de l'enfant en 29 items et 3 dimensions : score général (EG), déficience relationnelle (DR) et modulation des émotions (IM). La Figure 1 illustre les résultats. Les données, qui se rapportent aux 4 temps de l'évaluation sur un an (initiale, 2, 6 et 12 mois) chez les 35 enfants âgés de 3 à 6 ans et les 31 enfants de âgés de 7 à 15 ans montrent notamment que les scores initiaux de comportements autistiques sont plus élevés chez les 3-6 ans que chez les 7-15 ans. Les pourcentages de leur réduction sont assez proches dans chacune des dimensions : 45% (DR), 38% (IM) et 43% (EG) chez les 3-6 ans et 49% (DR), 42 % (IM) et 47% (EG) chez les 7−15 ans.

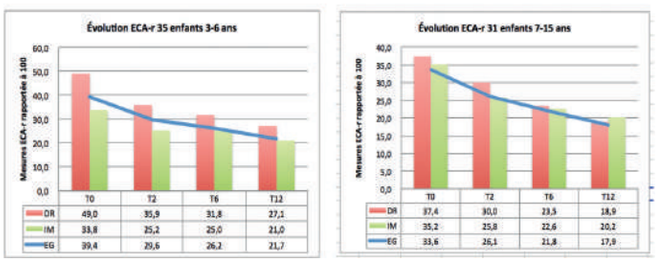


Figure 1: Réduction significative (p-value [bilatérale] < 0, 0001) et progressive des comportements autistiques dans les 3 dimensions de l'ECA-r : EG, DR et IM ; voir texte.

4.2.2 Pathologie et Développement : Échelle d'évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA)

Cet instrument (G. Haag et *al.*) montre une réduction du score de pathologie et une élévation du score de développement, il précise les acquisitions d'aptitudes essentielles et les évolutions concernant le langage et le regard.

4.2.2.1 **Pathologie et développement**. Les enfants de 7 à 15 ans ont, au début de l'étude, des scores moyens de pathologie (P) sensiblement similaires à ceux de 3-6 ans. Ils évoluent de façon très proche. Leurs scores de développement (Dev) sont initialement plus élevés que ceux des enfants de 3-6 ans, mais ils évoluent beaucoup moins que ceux des 3-6 ans (22% versus 72%). Les scores d'Émergence Développementale Temporaire (EDT), qui traduisent une activité de changement transitoire, se réduisent de 15% chez les 7-15 ans et augmentent de 21% chez les 3-6 ans. Cela confirme le caractère structurel de la prise en charge précoce de l'enfant. Cela ne réduit pas l'importance de la psychothérapie de l'enfant/adolescent à des âges plus tardifs - et même adultes - où l'on constate des évolutions importantes. Voir Figure 2.

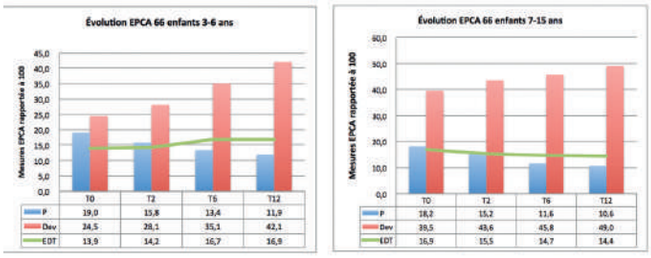


Figure 2: Réduction significative du score de pathologie (P), élévation du score de développement (Dev) dans les deux groupes. Augmentation de l'EDT chez les 3-6 ans et réduction dans l'autre groupe.

4.2.2.2 **Aptitudes essentielles** La recherche de vrais échanges (F16), le regard (F33, F34), le langage (F67), le perfectionnement de la prosodie (F85), l'apparition du langage gestuel (F85), la quasi disparition des stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique (F124), la notion du temps linéaire et la tolérance à la séparation (F138) sont les aptitudes dont l'acquisition a le plus évolué dans le groupe des 66 patients (croissance> 65%). La Figure 3 illustre ce point.

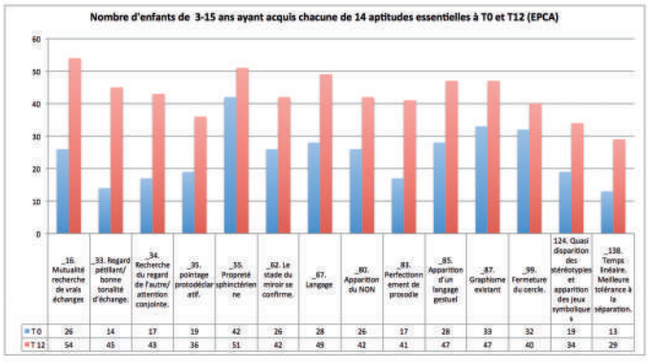


Figure 3: Évolution du nombre d'enfants ayant acquis chacune des principales aptitudes décrites dans l'EPCA.

4.2.2.3 **Langage et regard** Des analyses plus précises peuvent être réalisées ; en voici 2 exemples.

L'histogramme de la Figure 4 présente le changement de la qualité du regard.

- L'alternance jubilation - crainte (en bleu) ne se modifie pratiquement pas.
- Le regard pétillant avec bonne tonalité d'échanges (en jaune) se retrouve chez 17 enfants à T0 et 45 à T12.
- La recherche du regard de l'autre (en rouge) se retrouve chez 23 enfants à T0 et 42 enfants à T12.
- Le regard lumineux, renvoyant (en vert), se retrouve chez 21 enfants à T0 et 41 enfants à T12.
- Le pointage proto déclaratif (en marron) se retrouve chez 26 enfants à T0 et 36 enfants à T12.

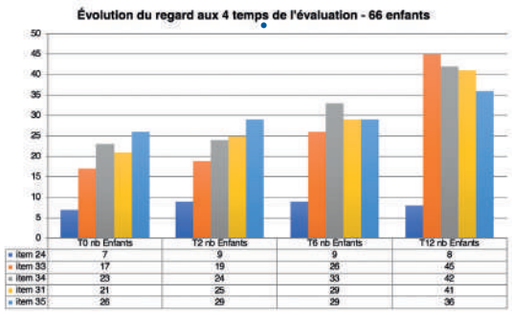


Figure 4: Les cinq modalités répertoriées de changement de la qualité du regard

L'histogramme de la Figure 5 présente l'évolution de l'acquisition du langage.

- 25 enfants ont une absence de langage à T0. Ils ne sont plus que 19 à T2, 11 à T6 et 4 à T12.
- 21 enfants avaient un langage déjà développé à T0, 7 étaient en phase de l'acquérir. Ils sont respectivement 29 et 9 à T2, 34 et 10 à T6 , 37 et 12 à T12.

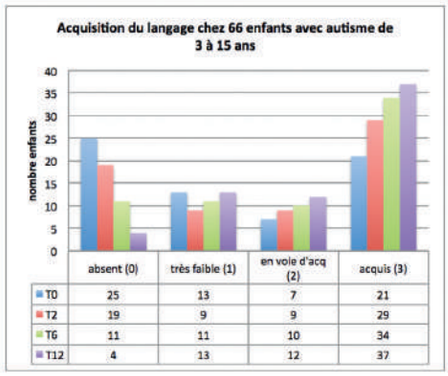


Figure 5: Évolutions de l'acquisition du langage.

4.2.3 Fonctionnement psychique (CPQ)

L'évaluation du fonctionnement psychique, réalisée à partir de trois dimensions issues du regroupement d'items du CPQ, se rapporte à l'*insight*, la *gestion affective de la réalité*, et la *relation à soi, au monde et aux autres*.

4.2.3.1 **Insight.** Parmi les cinq items relatifs à l'insight, le seul saillant est la bonne compréhension par l'enfant des commentaires du thérapeute. Sinon, l'enfant n'apparait pas conscient de ses difficultés internes et son expression verbale est confuse. La médiane passe de -15 à -10. (sd à T12 = 29,3)

4.2.3.2 **Gestion affective de la réalité.** Les communications de l'enfant sont chargées d'affect, sa colère ou ses sentiments agressifs sont dirigés vers l'extérieur, il ne semble pas essayer de retenir ou de gérer les sentiments qu'il éprouve, l'affect et l'importance de ses expériences sont apparents mais bien modulés et équilibrés. La médiane passe de 14 à 21 (sd à T12 = 13,5).

4.2.3.3 **Relation au monde et aux autres.** L'enfant est animé ou en éveil, confiant et en sécurité ; il est assuré et n'exprime pas de gêne, apparaît joyeux et transmet une humeur de bien être, il exprime une attente d'être félicité ou protégé. La médiane passe de 6 à 13 (sd à T12 = 14,3).

Réunion des scores des 3 descripteurs (comportements, développement, fonctionnement).

En réunissant les résultats en deux descripteurs, on obtient le score général de variation 1 (SGV1), constitué de la somme de l'évolution générale des comportements autistiques (EG, ECAr) et de celle du développement (Dev, EPCA). Les 66 enfants ont progressé avec un maximum de 74, un minimum de 5, une moyenne de 30 et un écart-type de 24,1. En y associant la variation du score de fonctionnement psychique, le score général de variation 2 (SGV2) montre que les 66 enfants ont progressé avec un maximum de 90 et un minimum de -16, une moyenne de 38 et un écart-type de 23.

4.3 Apports et Enseignements issus de l'observation et de l'analyse des processus de changement.

4.3.1 Apports

L'apport général qu'apporte l'observation des processus de changement est une observation méta ouvrant sur une compréhension partageable et donc scientifique. Facilitée par un instrument quantitatif et/ou une méthode qualitative, elle permet de suivre et de comprendre les éléments, les configurations et les « chaines causales » qui conduisent à un résultat (ou qui butent sur un obstacle à identifier). Cette connaissance concerne les attitudes communes adoptées par les thérapeutes formés au traitement des enfants autistes et, parmi elles, celles qui concernent des enfants présentant des problèmes particuliers, soit événementiels soit habituellement rencontrés dans l'autisme (p.ex, la modulation des émotions)[15]. Elle apporte aussi des informations inédites qui initient des hypothèses. *La mutualisation de l'étude des processus de changement dans le travail en réseau place chaque expérience individuelle à l'interface entre la théorie et une observation décuplée qui permet de la consolider et de l'affiner*[14]. En résumé, observation et analyse

1. sont d'abord, pour le clinicien, un outil exceptionnel de suivi et d'accès à sa pratique. Ils lui apportent également des éléments pour aborder les questions cliniques et théoriques qu'il rencontre. Cet ensemble introduit une démarche de qualité et une ouverture au dialogue dans une pratique très difficile,

2. introduisent également la possibilité pour le clinicien d'avoir un rôle dans l'élaboration des connaissances. Nous disposons de théories étiologiques explicatives, mais nous ne savons pas bien comment et dans quelles conditions les processus causaux qu'elles décrivent peuvent guider une pratique conduisant à la réduction des troubles et à la santé. L'expérience de chaque clinicien reste souvent le produit d'intuitions et de théories qui guident son attitude et ses interventions[15]. Intuitions précieuses qui touchent un réel quasi inaccessible[16], mais qui disparaissent comme elles sont venues si elles ne sont pas formalisées et discutées.

4.3.2 Enseignements

Il existe un abord spécifique des troubles autistiques chez les thérapeutes d'orientation psychodynamique, que l'on retrouve aussi, à un degré variable, chez les thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale. Les éléments issus du CPQ qui le caractérisent soulignent 4 dimensions :

1. *Cadre et attitude générale du thérapeute*. Le thérapeute est impliqué affectivement (9 r), sensible aux sentiments de l'enfant (6), confiant et assuré (86). Ses formulations sont exploratoires (37 r). Il s'abstient de porter un jugement négatif envers l'enfant (18 r) et ne le récompense pas pour ses changements de comportement (55 r).

2. *Ajustement*. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (28). Son interaction avec l'enfant est adaptée à son niveau de développement (77). Quand l'interaction avec l'enfant est difficile, il s'adapte à lui (47). Le matériel de la séance est significatif et approprié aux conflits de l'enfant (88).

3. *Sentiments et affects*. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les vivre plus profondément (81). Il tolère son affect ou ses pulsions violentes (45) et ne répond pas à ses provocations (24 r).

4. *Verbalisation et symbolisation*. Les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de l'enfant (3). Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant (65) ou son comportement non verbal (2). Le thérapeute fait des liens entre les sentiments de l'enfant et son expérience (76), il interprète la signification de son jeu (46).

Il existe également un *profil d'évolution des enfants*, que nous pouvons suivre à partir de différents instruments :

1. L'ECA-r souligne, parmi les comportements autistiques, une réduction des signes d'angoisse et d'agressivité,

2. l'EPCA apporte des instantanés de l'évolution de l'enfant aux niveaux du regard, de l'émotionnel, du langage comportemental, préverbal puis verbal, de l'exploration de l'es- pace et du rapport aux objets qui participent en boucles à des fonctions relationnelles, elles-mêmes opérantes,

3. le CPQ objective un ensemble de traits évolutifs qui décrivent 3 étapes : un enfant évitant, bloqué ; un enfant actif et assuré qui entre dans la compréhension réciproque et l'extériorisation de ses affects ; et un enfant plus affectif, joyeux, qui exprime ses sentiments et répond aux remarques du thérapeute de différentes façons.

D'autre part, *cette évolution de l'enfant n'est évidemment pas sans répercussion sur le/la thérapeute*. L'enfant rétracté devient participant ; son expression affective témoigne de la situation de confiance et de sécurité dans lequel il se trouve et de l'adéquation des interventions du thérapeute ; le périmètre de son activité s'élargit. De fait, le thérapeute devient davantage l'accompagnant positif du développement de l'enfant [que le conducteur].

Enfin, l'enfant est décrit par plusieurs instruments ; le thérapeute l'est à la fois par l'instrument de processus et par les réponses de l'enfant.

5. Pour conclure. Empirisme et méthode, subjectif et objectif : leurs alliances

Les résultats que je viens de vous présenter sont très succincts. Ils sont développés à partir de différentes méthodologies qui sont détaillées dans les différents articles et rapports déjà publiés, et notamment dans la thèse, dirigée par B. Falissard et accompagnée par D. Cohen et M. Botbol, que j'ai soutenue en 2017. Les interventions qui vont suivre au cours de cette journée vont y apporter une contribution importante.

Ces résultats doivent beaucoup à l'enchaînement des publications de A.E. Kazdin qui, à partir de la recherche expérimentale sur le cas isolé[17], a très rapidement considéré l'importance d'une recherche issue de la pratique clinique, en a défini de plus en plus précisément la démarche et le processus méthodologique, jusqu'à une précision et une conceptualisation ouverte, intégrant les dimensions biologique et sociale. Parallèlement, il est resté un clinicien spécialisé dans le traitement des troubles des conduites, en liaison avec l'entourage familial. D'autre part, rien n'aurait été possible sans la possibilité d'accéder à *l'action thérapeutique* à partir d'une observation très précise des éléments les plus caractéristiques de l'interaction patient-thérapeute si nous n'avions pas disposé du CPQ traduit de Schneider et Jones.

Le travail mené dans le cadre du réseau doit beaucoup à JM. Danion et à C Bréchot qui en ont soutenu le projet dans l'Inserm„ à B. Falissard qui m'a accueilli dans son unité et a piloté la méthodologie statistique, à M. Thurin qui est intervenue à tous les niveaux et notamment à celui du suivi méthodologique des cliniciens, et pour le pôle autisme à G. Haag et à C. Barthélémy

qui lui ont donné une impulsion majeure et ont accompagné son entreprise. Il est important de souligner aussi que rien n'aurait pu se faire sans les cliniciens qui s'y sont engagés.

Ouverte à la dimension du réel et du corps, centrée sur les interactions, leurs effets et leur dynamique, cette recherche est aussi une invitation à des études interdisciplinaires où les dimensions fonctionnelles des facteurs de risque, de vulnérabilité et de reprise développementale peuvent être être suivies à différents niveaux, incluant le biologique, le physiologique, le psychosocial et le cognitif pour développer une *théorie du changement* dans la psychothérapie de l'autisme et des troubles de la personnalité borderline. C'est l'orientation que nous avons prise dès les années 90 avec le colloque tenu à Paris sur les *Modèles du psychisme* dont la référence générale était la psychosomatique, comme approche spécifique de la biologie humaine et comme science - à venir - du vivant. Cette orientations s'est maintenue et renforcée sous différent formes et angles jusqu'à cette recherche sur l'autisme. Elle nous paraît porter concrètement la question des apports réciproques qui peuvent s'établir entre les sciences cognitives et la psychanalyse dans la recherche sur le développement de l'esprit et du psychisme.

Je remercie Alain Maruani pour son aide et ses « questions impertinentes » au cours de la rédaction de cette présentation.

Notes et références bibliographiques

1. Fédération Française de Psychiatrie, réunissant l'ensemble des sociétés savantes dans cette discipline.

2a. Brechot, C., Danion, J. M., Falissard, B., Thurin, J. M., et al, (2007). Méthodologie de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale. Colloque Inserm du 30 mai 2007. *Pour la Recherche*, 54, 1-12.

2b.Thurin, J. M., Danion, J. M. et Falissard, B. (2007). Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques. Projet de l'appel d'offre. *Pour la Recherche*, 55(4), 3-15.

3. Échelle d'évaluation des comportements autistiques. C. Barthélémy, S. Roux, J.-L. Adrien, L. Hameury, P. Guérin, B. Garreau, J. Fermanian et G. Lelord, « Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale », *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 27, 2, 1997, p. 139-153.

4a. Échelle d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme (EPCA)(1. Haag, Tordjman, et al. The Autism Psychodynamic Evaluation of Changes (APEC) scale : a reliability and validity study », *Journal of Physiology*, 104, 6, 2010, p. 323-336.

4b. Haag, G., Thurin,M., Thurin, J. M. & al. (2013). Manuel de la grille d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA). *Pour la Recherche* (75-76), 4-11).

5. Échelle de processus psychothérapique chez l'enfant (CPQ) (1. C. Schneider, Pruetzel-Thomas, Midgdley N. Discovering new ways of seeing and speaking about psychotherapy process. The Child psychotherapy Q-set. In *Child psychotherapy and research : New approaches, Emerging findings*. London & New York, Routledge Taylor & Francis Group, 2009, 72-84.

5b. Thurin, M., Thurin, J. M. et Schneider, C. (2010). Traduction française du Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ). *Pour la Recherche*, 66(3), 1-12).

6. Kazdin (1982, pp 284-286). Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380. Kazdin, A. E. (2014). Chapter 11.Evaluation of the *Single Case in Clinical Work Research Design in Clinical Psychology* (Fourth ed., pp. 300-327). Harlow : Pearson.

7. Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A. E., Offord, D. et Kupfer, D. (2001). How Do Risk Factors Work Together ? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 158, 848-856.

8a. Kazdin AE, Nock MK. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy : methodological issues and research recommendations. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2003 ; 44(8) : 1116-1129.

8b. Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 1-27.

9. Mermillod, Martial (2016). *Réseaux de neurones biologiques et artificiels : vers l'émergence de systèmes artificiels conscients*. De boeck Supérieur

10. Kazdin, A. E., Kraemer, H. C., Kessler, R. C., Kupfer, D., & Offord, D. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev,* 17(4), 375-406.

11. L'analyse séquentielle se fait à partir des caractéristiques principale d'une psychothérapie identifiées à des temps successifs à partir des différents instruments qui permettent d'en décrire le processus interne et les changements manifestes observés. Un exemple en est donné avec l'article de Jones, E. E., Ghannam, J., Nigg, J., & Dyer, J. F. (1993). A Paradigm for Single-Case Research : the Time Series Study of a Long-Term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394. Un autre exemple est présenté dans ma thèse (pp 214-218) à partir du cycle d'enchaînement des expressions d'un enfant et des réponses correspondantes du thérapeute, puis de l'enfant. L'analyse qualitative micro-séquentielle permet de saisir, à partir des notes descriptives des séances, ce qui se joue dans la dynamique des interactions entre l'enfant et sa thérapeute, comment elles s'engagent, les trajectoires qu'elles initient et les effets qu'elles produisent.

12. Vygotsky, L. (1985). *Pensée et Langage*. Paris : Messidor/Éditions Sociales.

13. Meltzer, D. (1984). « Les concepts d'identification projective » (Klein) et de « contenant-contenu » (Bion) en relation avec la situation analytique. *Rev.française de Psychanal*. 2 :540-549.

14. Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research ? *Psychotherapy Bulletin*, 38(1), 6-11.

15. Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice : new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol*, 63(3), 146-159.

16. Henri Bergson, La pensée et le mouvant, 1934, « La perception du changement : 2ème conférence », conférences faites à l'université d'Oxford (1911). PUF, Quadrige, p.170. Accessible gratuitement sur Kindle à partir de ses œuvres complètes.

17. Kazdin, A. E. (1982). *Single-Case Research Designs. Methods for Clinical ad Applied Settings* : Oxford University Press.

18. Thurin, J. M. (2017). Caractériser et Comprendre le Processus de Changement des Psychothérapies Complexes. Modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique. (Thèse en Sciences Cognitives). Université Paris-Descartes, Paris, France. http://www.theses.fr/2017USPCB104.

Rapports

Rapport d'étape à 2 ans du Réseau (mars 2010)

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPP2010.pdf

I. Rappel des objectifs et II. Organisation du réseau
III. Déroulement action et IV. Collab. internationales
V. Premiers résultats et VI. Perspectives
VII. Annexes
- Journée d'étape du 22/01/2010 (M. Thurin, G. Haag)
- Publications réseau et 'évaluation psychothérapies
- *Pour la recherche* réseau et recherche psychothérapie

Rapport d'étape à 5 ans du Réseau (juin 2013)

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

I. Présentation du réseau et II. Introduction du rapport.
III. Contexte international des RRFPP et IV. Objectifs
V. Choix de la Méthodologie et VI. Modalités de travail
VII. Méthodologie, analyse donnée et VIII. Analyse d'un cas
IX. Évolution de 12 enfants et X. Évaluation de 65 enfants
XI. Relations internationales et XII. Conclusions
XIII…XVII Interventions, Posters, Publications, Annexes
XV, XVI et XVII. Références et annexes

Les cliniciens et la recherche, l'expérience des groupes de pairs et des webséminaires

C. Ritter, P. Poyet, M.M. Narzabal et F. Solans

Les Groupes de Pairs

● Nous avons, encore bien ancré dans notre mémoire, le travail très fructueux accompli pendant notre expérience du groupe de pairs composé de Christine Ritter, Pierrette Poyet et Laurence Barrer dans le *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*. Les développements de ce travail ont été bénéfiques tant pour nous trois, que pour les enfants que nous avons inclus dans la recherche. Que ceux-ci soient remerciés et surtout leurs familles qui nous ont permis de vivre cette richesse et ces rencontres. Merci également à Monique et Jean-Michel Thurin pour leur patience et leur soutien constant quand il nous a fallu nous familiariser avec la méthodologie et les outils qui en dépendaient.

Le groupe de pairs se met en place autour de trois thérapeutes qui se réunissent soit physiquement, si ils (elles) habitent la même ville, soit par *Skype*, comme ce fut le cas pour notre groupe : nous habitons à Strasbourg, Toulon et Blois.

Le groupe de pairs crée un espace psychique partagé qui a ouvert de belles opportunités d'échanges sur nos pratiques et notre expérience auprès des enfants autistes.

Nous avons pu ainsi partager nos référents théoriques, nos points de vue quelquefois divergents, mais aussi nos hypothèses, nos interrogations et nos doutes.

Nous avons appris à nous connaître. Nos particularités, nos différentes personnalités ont fait de ces échanges des moments très riches, promoteurs de pensées et de nouvelles connexions. Nous avons eu la possibilité d'accéder à de nouvelles formes de travail psychique, différentes de la supervision, des formations et des séminaires.

Plusieurs avantages à ce travail en groupe de pairs peuvent être soulignés :

1. Les identifcations réciproques : l'ambiance de bienveillance stimulée par l'identification aux difficultés de chacune ainsi que l'entière confiance envers nos collègues, basée sur leur expérience professionnelle et leur éthique, nous ont permis de pousser plus loin nos investigations et d'ouvrir d'autres perspectives ;

2. Une ouverture psychique : nous sommes trouvées stimulées par l'intérêt que les deux autres collègues ont montré envers le cas, intérêt qui a relancé l'appétit de chercher le sens de toutes les manifestations corporelles ;

3. Un changement de vertex : les deux collègues peuvent témoigner d'une évolution même infime, quand, face au découragement lié à la lourdeur de l'ambiance des séances, on peut ressentir une forme d'immobilisme ! L'espoir et l'intérêt se trouvent relancés ;

4. Un partage : c'est un aspect très important. Nous avons pu partager en toute confiance les différents ressentis contre-transférentiels qui émergeaient à partir des angoisses primitives et des vécus corporels de nos jeunes patients. Quelquefois pénibles à supporter, ils pouvaient amener du découragement, dans ce « vide de la pensée » bien connu des thérapeutes d'enfants autistes. Mettre en lumière les atouts de la psychothérapie a servi fréquemment à remonter le "moral" de chacune d'entre nous.

À l'inverse, quelques défenses maniaques de notre part ont pu nous pousser à voir des capacités là où la cotation des différents outils d'évaluation nous ramenait à la réalité, par exemple, celle d'un développement de l'enfant moins avancé.

Dès le début de nos échanges, nous avons constaté que nous étions les unes et les autres traversées par des moments de doute, de remise en question quant à notre capacité de soigner. Ce sentiment de solitude est spécifique des cures d'enfants autistes. Pouvoir en témoigner a représenté un réel soulagement et nous a permis d'affronter les séances à venir avec un peu plus d'assurance et de confiance en nous, mais aussi de distance et d'objectivité.

5. La discussion avant de trouver un consensus : il s'est agi également, au cours de ce travail, d'être en capacité de composer avec le point de vue d'autrui afin de déboucher sur une cotation consensuelle. Pour ce faire, il a fallu que le point de vue de chacune soit bien cerné, décrit, argumenté et approfondi.

Les cotations en consensus ont représenté une forme de contrainte, de mise en conflit de nos représentations et de celles de nos collègues. Ce travail psychique a contribué à constituer un cadre ayant une fonction tierce.

La méthodologie du Réseau implique trois outils principaux, dont la cotation se fait d'abord par chaque membre du groupe de pairs. Elle est ensuite validée par une réunion commune. Il s'agit de :

- *L'échelle des comportements autistiques révisée* - ECA-r. (Catherine Barthelemy et col.)
- *La grille d'Évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme* - EPCA. (Geneviève Haag et col.)
- *Le Child Psychotherapy Q-Set* - CPQ (Celeste Schneider et Enrico Jones), traduction française *Questionnaire du processus psychothérapique chez l'enfant* (M. Thurin, JM Thurin, C. Schneider).

Ces trois outils complémentaires permettent de rendre nos observations encore plus précises et de noter les plus infimes changements.

Un autre facteur est sans doute intervenu. Les enfants que nous avons intégrés dans cette Recherche ont sans doute bénéficié d'un suivi plus important que s'ils ne l'avaient pas été. Leur développement a pris un essor très bénéfique. Ces progrès, ces ouvertures supplémentaires pouvaient, à n'en pas douter, être mises sur le compte de ce travail, de cette focalisation à trois ! Les psychothérapies ont « décollé », avec un regain d'intérêt très fécond.

La présentation de nos séances, semaine après semaine, n'a en effet pas été sans conséquences sur le déroulement de la psychothérapie. De fait, nous avons eu le souci d'être très précises dans la retranscription de nos observations car nous savions que nos interventions étaient également adressées aux pairs et plus largement au groupe de travail de la Recherche. Ce dispositif a sans aucun doute eu une fonction et constitué un tiers entre l'enfant et son thérapeute.

Sur le plan du transfert / contre-transfert, nous avons pris conscience que le transfert chez les enfants autistes était très souterrain. Il n'apparaissait pas de manière claire, mais il était cependant très puissant. Chez Léo, qui n'a pourtant que très peu de langage, ses effets apparaissent très nettement.

Dans le domaine du contre-transfert ressenti sur le corps, citons par exemple : les maux de dos, la lourdeur de la tête, les oublis, la fatigue intense, l'envie de dormir, le besoin d'un remontant : ils ont pu s'exprimer dans ces moments de partage, apportant un soulagement et une mise en pensée. ● *CR & PP*

Les webséminaires

● Ils sont pour nous des moments de travail fécond et la poursuite de notre engagement dans le réseau de recherches du pôle autisme.

Tout d'abord parlons de l'aspect technique d'une conversation à plusieurs. Imaginez, chacune et chacun d'entre nous devant son ordinateur et ayant devant les yeux les documents à travailler ensemble. Il y a eu des moments épiques : « Je vous entends, mais je n'ai rien sur mon écran ; je ne vous entends pas, on m'entend là ? Comment faut-il faire avec la petite main ? » etc…qui ont émaillé nos web rencontres. Ces rencontres nous ont permis de détailler très précisément les déroulés des séances et de co-analyser les différents mouvements de l'enfant et de la thérapeute. Nous sommes parfois revenus à plusieurs reprises sur une séance particulière où les comportements de l'enfant n'étaient pas lus par nous tous comme ayant une seule signification.

Ces échanges lors des webséminaires nous ont permis de souligner la fonction des psychothérapeutes que nous sommes, et d'évaluer ce qui fonctionne et, à contrario, ce qui ne fonctionne pas. Ce sont les réponses de l'enfant, son comportement, sa posture, analysés dans leur moindre détail, qui nous ont permis de nous mettre d'accord sur les hypothèses travaillées. C'est également grâce à cette observation de chaque mouvement, regard, attitude qu'a si bien décrits Christine R., que ce travail a été possible. Il a été passionnant d'observer, d'analyser, de commenter le travail de psychothérapie de Christine auprès de Léo. A plusieurs, nous allons beaucoup plus loin, tout en restant au plus près de la thérapie.

Entre chaque séminaire, nous avons continué à travailler avec le partage de commentaires sur un même document, la couleur de leur texte étant attribuée à chacune et chacun. Nous avions la possibilité de proposer une autre analyse, une autre hypothèse, à tous les participants, et chacune et chacun pouvait rebondir et argumenter sa réflexion. C'est un travail particulièrement stimulant intellectuellement, sans oublier le côté émotionnel de participer à un travail collectif de qualité, et parfois d'être bousculé dans nos références. Au cours des webséminaires, les concepts sont ré interrogés, précisés, la théorie est revue à la lueur de la pratique.

Nous avons également fait des ponts avec d'autres disciplines : l'art, la philosophie, l'épigénétique etc… grâce aux références et aux liens apportés par Jean-Michel Thurin. Par exemple nous avons lu ou relu Merleau-Ponty à propos de l'être en action avec son corps dans le monde, Bergson à propos de la connaissance de soi et d'autrui par l'intuition, Levinas à propos de l'importance du regard dans la rencontre. Nous avons aussi fait des liens avec des approches scientifiques comme dans un MOOC : la façon dont le cerveau gère les informations qui arrivent, les transforme en perceptions conscientes qu'il mémorise. Et aussi avec Pellicano qui nous dit « quand on voit la réalité, on fait déjà un focus sur certains éléments ». Il fait l'hypothèse que cette faculté est déficitaire chez les personnes avec autisme, qui ne font pas de tri et qui sont submergées par l'ensemble des informations qui leur parviennent.

Cette expérience a été d'une incroyable richesse pour nous, qui pratiquons les psychothérapies depuis de nombreuses années. Grâce au séminaire, nous avons pu échanger sur des notions importantes mises en lumière par différents outils qui nous ont permis d'évaluer nos séances. Mais il nous ont également permis de raconter la psychothérapie. Elle n'avait, pour ma part, jamais été aussi bien définie. Ce fut parfois compliqué de faire le lien entre les approches que nous détaillions chaque mois et notre pratique qui s'exerce aujourd'hui dans une structure dite intégrative. A ce propos nous remercions le groupe du webséminaire pour sa bienveillance et sa compréhension quant à nos questionnements parfois peut-être un peu naïfs.

Allons un peu plus loin dans le vécu. Au début j'étais impressionnée, je me suis sentie honorée de partager cet espace de travail avec des personnalités connues. Et puis la simplicité de chacun, l'accueil chaleureux, la spontanéité et l'écoute attentive de tous, la qualité des échanges, ont eu raison de ma timidité.

Des débats vifs et intenses ont pu avoir lieu lors de ces séminaires sur la compréhension de notions complexes, comme le démantèlement ou l'identification projective. Se mettre d'accord sur une compréhension commune est un véritable travail. Lors de ces réunions nous revenions sur des notions primordiales et indispensables à la connaissance de la lecture psychocorporelle de l'enfant.

Les séminaires nous ont permis de faire des ponts entre la pratique de la psychothérapie auprès d'enfants avec autisme et la théorie. Ils ont renforcé notre envie de nous occuper de cette population que certains disent inaccessible à des soins psychiques.

C'est pour nous cliniciens une réelle aubaine de faire cette expérience, qui nous permet de nous décentrer des prises en charge souvent lourdes et éprouvantes, de redonner sens et projet à notre action, de définir une approche méthodologique moins empirique.

Nous remercions particulièrement Christine R. qui a accepté d'exposer son travail, a pris le risque de s'exposer, pour la cause de la psychothérapie analytique. Nous espérons que ce type de thérapie auprès d'enfants autistes, qui ramène des enfants autistes vers une reprise développementale, se développera,.

Merci également à Jean-Michel et Monique Thurin pour être à l'initiative de cette recherche, pour leur implication et leur disponibilité. ● *MMN & FS*

Discutant - Catherine Barthélémy

On entre au coeur de la boucle de la recherche à la pratique et de la pratique à la recherche. Vous l'aurez compris, on est dans un système dynamique avec des infos qui remontent et qui ont été très bien argumentées par des travaux qui datent des années 2000. Quelquefois, il est plus facile de lire la littérature étrangère et de la transférer dans nos exercices respectifs que de faire valoir notre littérature nationale. Kazdin, Kraemer, c'est vrai, ont donné en 2001 une sorte de « la » dans la manière dont on pouvait étudier, mettre en évidence les phénomènes de changement, ils ont argumenté… Là aussi, il y a quelque chose de très important car ce réseau a été financé et donc validé par l'institut de recherche l'Inserm et donc il a été accompagné à une époque où l'Inserm a été très sensible à la question de la psychiatrie, du développement de la recherche en psychiatrie et donc C Brechot et JM Danion et B Falissard qui est à la tête des actions de santé publique au niveau de l'Inserm a convoqué la FFP pour co organiser ce travail en réseau (1). Cette analyse de littérature fait partie de la recherche. La pertinence de la recherche doit s'inscrire dans des travaux sur des siècles, mais aussi dans l'actualité. Et cela Jean-Michel Thurin l'a bien dit et je reconnais que cela correspond à une époque.

Le deuxième point qui me semble important, c'est que c'est un travail collaboratif qui fait partie de la recherche. Le chercheur tout seul dans son labo, cela n'existe pas, le chercheur est inscrit dans une communauté que l'on appellera mondiale. Bien sûr, il a ses proches et la définition des partenariats au niveau de cette recherche, on sent bien qu'il y avait des acteurs de terrain qui vont participer, c'est ce que l'on appelle de la recherche vraiment participative. Ce n'est pas le chercheur qui indiquait la voie, la voie était indiquée par les praticiens qui allaient être engagés dans cette recherche.

Là aussi il y a des points extrêmement importants. C'est la question de ce qui se passe se au cours d'une séance que l'on appellera un prototype. C'est-à-dire la rencontre (Suite p 15)

Une pratique innovante de la recherche. L'analyse micro séquentielle d'un cas complexe (Léo, 6 ans)

Monique Thurin, Christine Ritter

● L'objectif de notre présentation est d'introduire la méthodologie de l'analyse micro séquentielle comme outil, pour approfondir la compréhension de la causalité des changements observés chez Léo.

Nous avons ouvert un webséminaire il y a 5 ans (en 2014) à partir des cas terminés du RRFPP, pour voir avec les cliniciens s'ils reconnaissaient leurs patients à partir des descriptions qui en étaient faites sur la base des instruments et des résultats qui en étaient issus. Dans un deuxième temps, nous avons complété cette approche en relation avec des méthodes statistiques qui pouvaient être développées pour l'analyse processus-résultats des cas regroupés. Douze cliniciens-chercheurs s'y sont engagés. Marie-Michelle et Flora vous ont présenté leur expérience de ce séminaire tout à l'heure. Ce sont eux-elles que vous allez entendre au cours de cette journée. Les résultats présentés aujourd'hui sont issus du travail de deux années à partir du cas de Léo.

Une phase essentielle pour cette méthodologie est de faire un peu une *tabula rasa*, comme le préconisait E. Bick, des schémas ou théories trop vite utilisés pour ne partir que des données cliniques (la rédaction des séances).

C'est une expérience assez complexe car il est souvent difficile d'évacuer « des habitudes » ou des liens tout faits. Le groupe, lorsqu'il est hétérogène, favorise ce travail exigeant.

La lecture multiple permet d'établir une compréhension avec des arguments solides issus des données cliniques, de faire des relations et même d'articuler à la théorie mais pas l'inverse….

Léo est l'un des enfants que sa thérapeute a fait entrer dans le protocole du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* du pôle autisme.

Il a ainsi été évalué, comme l'a établi la méthodologie du réseau par un groupe de pairs de trois cliniciens pendant un an qui ont produit des données à partir des instruments préconisés dans cette recherche :

- Une formulation de cas au départ et à un an de l'évaluation,

- Un instrument cotant les comportements autistiques (ECAr),

- Un instrument évaluant la pathologie et le développement dans un esprit psychodynamique des changements dans l'autisme (EPCA),

- Enfin un instrument du processus interne de la psychothérapie montrant la dynamique de la configuration patient-thérapeute à différents niveaux (CPQ).

À un an de l'évaluation, l'analyse des données issues des instruments indique que le score des comportements autistiques a baissé et que le score développemental a augmenté. La formulation de cas signale également des acquisitions, une amélioration des moments d'angoisse, une disparition des crises de tantrum, etc. Léo a donc évolué positivement à différents niveaux. Pour aller plus loin, nous avons complété l'inventaire des méthodologies, développées à partir des instruments et décrites dans la thèse de JMT (1), en utilisant une. méthodologie qualitative à partir des notes extensives de séances.

C'est l'analyse micro séquentielle qui a été sélectionnée. et réalisée en plusieurs étapes. .

- Une première étape est réalisée en groupe. Au cours de la réunion du webséminaire mensuel, les transcriptions de séances sont affichées (une par une), chacune d'elle est travaillée au cours d'un, deux ou trois séminaires.

- Une deuxième étape concerne une relecture par chaque clinicien de la transcription de la première discussion, les annotations de chacun y sont ajoutées. Tous ces éléments sont repris.

- C'est à partir de ces discussions que sont élaborées des séquences et les point clés, puis les hypothèses fortes articulées ou non à des questions cliniques et théoriques.

- Un document de synthèse sur chacune des séances est ensuite réalisé.

Voici un schéma qui représente ce que je viens de dire avec comme exemple un extrait de la première séance qui a servi à l'évaluation de la psychothérapie de Léo sur une année. Nous n'allons pas lire la séance. Vous la retrouverez abordée avec différents points de vue au cours de la journée. Après le découpage séquentiel que je viens d'évoquer, le focus est placé sur la dimension principale abordée dans la séance. Ici, par exemple, c'est la relation entre la distance perçue et établie par l'enfant entre lui et sa thérapeute et le processus qui s'en suit (vous en saurez plus dans les interventions suivantes). Nous établissons ensuite les mots clés, les hypothèses et es questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre

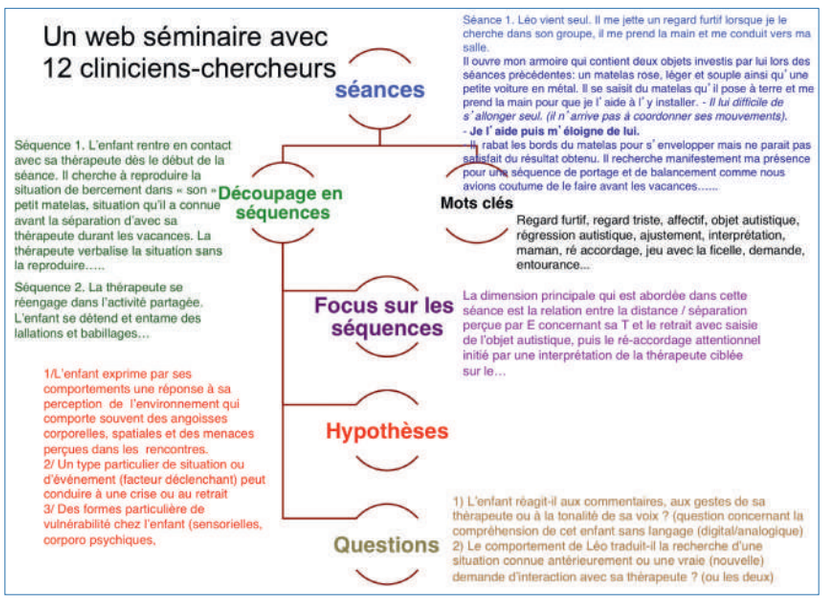


Figure 6. Les 6 étapes de l'analyse de chacune des séances

Comment s'exerce le suivi du processus de changement de Léo ?

C'est d'abord observer ce dont il se sert pour « dire », et en particulier ses objets privilégiés. En voici quelques-uns qui ont été très présents dans les séances travaillées. Vous en entendrez beaucoup parler au cours de cette journée.

- *Le matelas rose* (toutes les séances sauf la 3 et la 6). C'est le point d'ancrage, à partir duquel quelque chose est possible : se faire porter par la T et en être proche physiquement,

déambuler dans les couloirs en le trainant, poser de nouveaux objets … Une base de sécurité !

- *La petite voiture* (séances 1 et 4), *objet refuge* (autistique ?) vous le verrez évoluer dans l'intervention de Geneviève et Géraldine. À distance de la T, mais en contact visuel avec manipulation bruyante des portières, il est incorporé dans la bouche en réponse au stress...

- *Le garage* (séances 8 et 9), *objet d'identification spatiale* que Léo apporte en séance. Il lui permet d'appréhender l'espace, il passe sa main dans les rampes d'accès, les ascenseurs, la plate-forme, épouse la forme du toboggan. Il s'en approche très près ou le mord, il le quitte brutalement dans un stress. Il est le lieu où sa T instaure un jeu : une balle qui roule et qui se promène sur le garage, auquel Léo va s'agripper lorsqu'elle en sort. Un objet « jeu » initiateur d'une étrange contorsion…

- *La poussette* (séances 5 et 8). *objet soutien* d'une déambulation dans et hors « le » placard, d'un jeu de caché/retrouvailles/jubilation, *objet ambulance* où la T place le livre que Léo déchire...

Vous verrez tous ces objets en action dans la présentation de Jean-Michel « d'une séquence à une autre, le déroulement du changement sur un an ».

C'est ensuite observer ses mouvements, ses émotions, ses comportements après les commentaires et les interprétations de sa thérapeute mais aussi ses propres initiatives…

Je vais en prendre comme exemple un extrait de la première séance évaluée (retranscrite par la thérapeute). Ici encore, l'idée n'est pas de lire le contenu de cette diapo, les différents intervenants y reviendront. Il s'agit seulement de montrer la façon dont nous avons travaillé les séances : nous avons surligné la Narration-description de la Thérapeute, mis en italique ses Commentaires pour préciser une action, un fait, en rouge les interprétations-formulations de la T, puis en vert ses actions...

Au cours de cette journée les cliniciens vont présenter différents aspects importants du processus sur les 9 séances étudiées au cours de l'année de l'évaluation de la psychothérapie de Léo :

- Christine Ritter, Pierrette Poyet parleront de l'observation, du choix des objets thérapeutiques et de leur fonction

- Marie-Michèle Narzabal et Flora Solans développeront des exemples pour montrer Comment se crée, s'établit, s'affirme, se désaccorde et se réamorce l'interaction de Léo avec sa thérapeute.

- Sylvie Reignier parlera de l'Ajustement de la thérapeute dans la relation analytique avec Léo.

- Jean-Michel Thurin montrera D'une séquence à une autre, comment se déroule le changement sur un an.

- Lisa Ouss distinguera Les différents types de changement et leur contexte.

- Marie Makdessi et Jean-Michel Thurin aborderont l'interprétation… Pourquoi, comment, dans quelles conditions une interprétation marche ? Analyse d'une situation dans la thérapie de Léo.

- Geneviève Haag, Géraldine Cerf parleront de l'Évolution du rapport à l'objet autistique

- Christine Ritter abordera les Particularités du transfert et du contre-transfert avec Léo.

- Enfin, Geneviève Haag, Géraldine Cerf présenteront Le contexte de survenue du déraidissement chez Léo.

Donc une journée riche et intense ! *MT* ●

(1) Thèse de JMT téléchargeable à l'adresse suivante : www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Theses/these_thurin_jean-michel2017.pdf

Passons la parole à Christine Ritter, la thérapeute de Léo, pour nous le présenter à partir d'une vignette clinique.

● Léo a 3 ans quand il est admis à l'hôpital de jour (HJ) 3 jours par semaine, il est scolarisé en maternelle les 2 autres jours avec une AVS.

Lors des premières consultations, les parents le décrivent comme un enfant difficile avec une aggravation depuis l'âge de 2 ans. Il hurle à chaque fois qu'ils veulent le changer de lieu, se bouche les oreilles, refuse le contact ; il a également des troubles alimentaires et du sommeil. Il fait de très grosses colères qui ne s'apaisent que lorsque la maman lui chante des comptines. Léo instaure une relation ritualisée et tyrannique dans laquelle la maman se sent instrumentalisée. Elle doit chanter sur commande…

Les bilans génétiques demandés lors de son admission à l'HJ, donc peu avant le début de la psychothérapie, étaient négatifs ; mais des recherches plus récentes se sont révélées positives et ont mis en évidence une micro délétion 2q24.3.

Léo a un frère jumeau monozygote atteint du même syndrome. Il présente également un autisme sévère.

Il n'a pas été possible de coter l'échelle du *PEP*, Léo n'a pas investi le matériel proposé. *La Vineland* montre un retard de développement homogène d'environ 2 ans, au niveau de la communication, de l'autonomie, de la socialisation et de la motricité. L'absence de langage, l'intolérance à la frustration, la recherche de l'immuabilité, les stéréotypies complètent le tableau d'autisme sévère.

Léo est donc admis à mi-temps à l'HJ dans l'unité des soins précoces où un dispositif thérapeutique institutionnel est rapidement mis en place, avec ateliers groupaux, atelier de peinture, orthophonie et accompagnement des parents.

Il rejoint l'unité fonctionnelle dont je suis référente à l'âge de 5 ans.

Je travaille en lien étroit avec son groupe et avec l'ensemble de l'équipe amenée à rencontrer Léo. L'équipe pluridisciplinaire élabore un projet individuel et un projet groupal, avec atelier cognitif, bassin, atelier peinture et psychomotricité, orthophonie en individuel, mise en place des outils de communication.

Je propose une psychothérapie individuelle d'une heure par semaine et des rencontres régulières avec les parents tous les 15 jours. Une bonne alliance thérapeutique se noue rapidement avec eux. Je ne peux recevoir les parents avec Léo car il s'enfuit…

Je me rends aux réunions de l'école pour apporter à l'enseignante et à l'AVS des éléments de compréhension des troubles sévères que présente Léo.

Les premiers mois de la psychothérapie sont difficiles, Léo ne m'adresse le regard que furtivement ; son corps est musclé et raide avec des moments d'hypotonie, il se laisse « couler » au sol, il ne joue pas et utilise la plupart des objets de manière autistique ; ces objets sont durs et interchangeables. Il déchire ses vêtements avec ses dents, se déshabille beaucoup, marche sur la pointe des pieds et présente des stéréotypies.

Il a trouvé dans mon placard une petite voiture en métal qu'il tient tout près de ses yeux et dont il mâchouille les pneus en caoutchouc en produisant un son guttural et continu.

Pour tenter de nouer un contact, je lui propose un petit matelas souple dans lequel je le berce tout en lui chantant toujours la même comptine « Bateau sur l'eau ». C'est dans ce contexte de répétition et de maternage que démarre vraiment la psychothérapie, lorsque Léo m'adresse un regard appuyé pour que je reprenne la séquence.

Après un an de psychothérapie, Léo entre dans le protocole des études du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. ●

L'observation, le choix des objets thérapeutiques et leur fonction

Christine Ritter, Pierrette Poyet

● Au cours des séances et notamment en l'absence de langage verbal, l'observation détaillée est particulièrement importante en psychothérapie d'enfant et, dans notre cadre, d'enfant autiste.

La formation à la méthode d'observation selon Esther Bick représente une expérience et un appui pour développer une attention envers le matériel et les moindres détails de la séance. Observer sans discrimination et sans en tirer de conclusions hâtives permet d'éviter la projection de théories préconçues. Esther Bick parlait de « tabula rasa ».

L'observation fine permet également de patienter, de garder en soi avant de comprendre, et ainsi de tolérer la confusion et les manifestations archaïques de ce qui émerge en séance.

L'observation et le travail avec les enfants autistes nous conduisent à aménager le cadre et choisir les objets qui représentent alors de véritables outils thérapeutiques.

Nous proposons un cadre sobre pour éviter un trop plein d'excitation, et quelques objets ayant tous une valeur de signification. Dans le cas de Léo nous verrons, au cours des différentes présentations, la fonction, la place et l'investissement de certains des objets proposés à l'enfant ou choisis par lui.

Les enfants autistes entretiennent pour un bon nombre d'entre eux un rapport bi-dimensionnel avec l'espace et les objets, en « identité adhésive » comme le soulignait E. Bick. Nous savons les difficultés qu'ils rencontrent pour intégrer les modalités sensorielles, les articuler entre elles pour accéder à la tridimensionnalité. La notion de démantèlement apportée par D. Meltzer est importante, elle décrit le cloisonnement des sensations, un espace sans profondeur ni relief. Il n'y a donc pas de distinction possible entre un intérieur et un extérieur, ni pour l'objet, ni pour soi, ce qui interdit toute accession à l'altérité.

Le démantèlement, tel qu'il est décrit par Meltzer, serait lié à une suspension de l'attention. Ainsi, une des premières directions que prend la psychothérapie de Léo est de lui permettre de restaurer des petits temps d'attention. Il va s'agir pour la thérapeute d'entrer en résonance psychique avec son patient, de lui proposer un environnement contenant et susceptible de rassembler les éléments épars de son vécu corporel. La mobilisation de l'attention ne pourra se produire que lorsque l'enfant se sentira en sécurité, dans un environnement pensé pour favoriser la construction des toutes premières enveloppes corporelles et psychiques.

Les objets thérapeutiques

Le cadre physique (la salle, la table, les chaises, le miroir) ainsi que les objets (matelas souple, garage, voiture, balle, ficelle…) ont tous une fonction. C'est dans l'observation rigoureuse de leur utilisation et du déplacement de l'enfant dans l'espace que la thérapeute peut faire des interprétations et donner libre cours à sa propre créativité. Certains objets sont « choisis » par l'enfant et peuvent être utilisés comme des objets autistiques. Nous verrons, dans l'exposé de cette après-midi sur « l'évolution du rapport à l'objet autistique » que « la petite voiture » de Léo changera peu à peu de statut. D'autres objets mis à sa disposition vont être peu à peu investis pour évoluer vers un statut d'objets transitionnels, ce sera le cas de l'objet « poussette » qui sera présenté dans l'intervention sur le transfert et contre-transfert.

Pour exemple, voici en tout premier lieu l'utilisation du « petit matelas souple » qui va permettre de créer le premier accordage entre Léo et sa thérapeute. Il va avoir dans un premier temps une véritable fonction de contenance (séance 1*), dans une séquence de maternage (holding chez Winnicott). Il permet de créer une enveloppe sécure qui apporte un ressenti, la sensation du corps bien attaché ensemble et c'est dans ce contexte que le regard va être adressé. La comptine que la thérapeute chante participe également au portage par l'enveloppe sonore qu'elle produit et mobilise l'attention de l'enfant (dont nous avons précisé l'importance plus haut).

Mais c'est la dimension de la rythmicité, comme tout premier organisateur de la temporalité, qui va permettre la mise en place de l'attente dans l'alternance régulière de la présence /absence. Il faut rappeler que la rythmicité introduite par la maman est la base sur laquelle l'activité du bébé se construit. Notre hypothèse est que c'est dans l'alternance des présences/absences, leurs répétitions régulières, que surgiront la pensée et l'activité symbolique.

Léo connait à présent la fin de la chanson, la répétition de la comptine a été très importante dans les premiers mois de la thérapie et a pu permettre d'introjecter peu à peu ce moment sécure de jeu partagé.

Léo anticipe le « plouf dans l'eau », il l'attend et montre une véritable satisfaction au moment du relâchement…pour peu que la séquence se répète … que l'attente ne soit pas trop longue. L'anticipation et la prévisibilité sont des facteurs essentiels de l'organisation de la psyché.

Ce moment est un temps de rencontre fort sur le plan relationnel et émotionnel, il est la base sur laquelle Léo va construire une représentation positive et chercher à la reproduire. Tout un travail de mentalisation et d'introjection de cette expérience est en marche et c'est la condition nécessaire pour que puisse être introduite dans un deuxième temps une petite dose de pas pareil. Léo est en mesure à présent de mieux supporter la frustration, la satisfaction à venir est prévisible et représentable. Nous passons d'une activité perceptivo sensorielle à une activité de penser, ce qui représente un progrès important dans l'accès au symbolique.

Mais l'attente et la temporisation que propose la thérapeute, (à savoir de ne pas porter Léo tout de suite) s'est montrée peut-être prématurée, surtout au retour des vacances et après un long moment de séparation. En effet l'absence de l'objet de satisfaction et le délai le plongent à nouveau dans l'insécurité et nous indiquent la fragilité de l'introjection, il a alors recours à son objet autistique (la petite voiture).

D'autres objets seront présentés au cours de la journée.

** Extrait de la séance 1 transcrite par la thérapeute*

« Léo se saisit du matelas qu'il pose à terre et me prend la main pour que je l'aide à l'y installer, je l'aide et m'éloigne de lui. Il rabat les bords pour s'envelopper mais n'est pas satisfait du résultat, il recherche manifestement ma présence pour une séquence de portage et de balancement comme nous avions coutume de le faire avant les vacances.

Je me contente de verbaliser cela mais ne le porte pas .

Léo me jette un regard triste, se lève et cherche dans l'armoire sa petite voiture. Il renonce très vite à m'adresser une demande. Il se met dans un coin, me tourne le dos, mordille les pneus en caoutchouc, introduit les doigts dans les portières, la voiture collée au visage.

Je lui interprète ce retrait comme une déception de ne pas reproduire immédiatement une situation qui lui est nécessaire et qu'il affectionne particulièrement et poursuis en faisant état

du contexte familial difficile où la maman peut se montrer indisponible face à ses demandes très exigeantes.

Je lui propose à présent de le porter dans son petit matelas.

Je saisis les bords du matelas et l'invite à s'y installer pour la séquence de portage, il laisse la voiture et me rejoint .

Je le porte en chantant la comptine - bateau sur l'eau - dont il peut anticiper le - plouf dans l'eau - qu'il connait bien et qui correspond à l'arrêt du balancement.

Pendant le portage Léo émet des lallations et babillages et sourit en anticipant le - plouf dans l'eau - que je retarde de plus en plus .

A la fin de la séquence il resserre les bords du matelas sur lui et me regarde intensément avec inquiétude (...)». ●

*****

(suite de la page 11) d'un adulte qu'on appellera « savant » et d'un enfant. Comment décrire cette rencontre, la mesurer et la transmettre aux autres, la partager et la faire évoluer ?

Ces questions de méthodologies elles sont donc au coeur. Je reprends : 1/ un engagement dans une communauté internationale, sans mur, sans frontière ; 2/ asseoir sa méthodologie sur des outils qui ont été déjà élaborés et utilisés par d'autres et qui correspondent à ce que l'on appellera des regards validés par la communauté internationale. Dans notre domaine, il y a une carence. On a développé des outils qui sont imparfaits, mais qui ont l'avantage de pouvoir être combinés pour préciser au mieux la description des phénomènes observables avec notre œil.

Il me semble qu'il y a eu dans cette collaboration un phénomène qui s'appelle la confiance, il fallait que les gens aient confiance les uns avec les autres. Cette confiance, elle est basée sur un langage commun, il y a des progrès à faire. Vous utilisez un certain nombre de termes qui ne sont peut être pas accessibles à la communauté des chercheurs dans le domaine de l'autisme. Par exemple, le mécanisme de défense. Moi je dirais l'adaptation, des caractéristiques adaptatives. Vous savez, la personne est dans son environnement, son organisme, sa pensée, ses émotions, elle s'adapte avec sa ressource interne à des phénomènes d'environnement, ce que l'on appelle l'homéostasie. Cet équilibre entre l'intérieur et l'extérieur, est-ce que c'est de la défense ou des mécanismes adaptatifs à un environnement interne et externe qui n'est pas favorable ?.Donc, nous avons des progrès à faire.

La recherche est formatrice, on a bien entendu qu'au delà de la confiance, on a vu qu' il y a un partage de données, un partage constructif de conduites, de stratégies, de pensée, d'hypothèses et que les praticiens ont évolué avec la recherche,.Ce ne sont pas simplement des praticiens qui nourrissent une base de données, l'évolution a été et cette boucle est très importante.

Pour finir, je remercie les praticiens d'avoir ouvert l'intimité de leurs séances au regard des autres. Je l'avais dit lors des premières réunions du réseau, l'exercice le plus difficile est l'ouverture de l'intimité et cette ouverture de la séance et de son propre travail est vraiment une première démarche qui est une démarche scientifique. ●

(1) JMT, une précision. Au cours de la période intermédiaire entre l'expertise de 2004 et la journée consacrée à l'évaluation en santé mentale de 2007, des discussions ont eu lieu au cours desquelles j'ai présenté, notamment à JM Danion, les limites de la méthodologie de l'expertise collective pour les psychothérapies complexes. Au cours des années précédentes, nous avions réalisé une étude pilote à partir de la méthodologie proposée par D. Fischman pour réaliser des études de cas de nouvelle génération et les regrouper dans une base de données. J'ai été convoqué avec JM Danion par C. Bréchot le 15 aout et il m'a conseillé de répondre à l'A.O réseaux de recherche clinique et en santé publique 2007. J'ai sollicité B. Falissard pour que le projet soit intégré dans son équipe. Parmi les personnes consultées durant l'été, il y avait C. Barthélémy.

Discutant - Nicolas Juskewycz

Je vais me présenter rapidement. NJ psychiatre et pédopsychiatre, je travaille aussi dans le réseau depuis une dizaine d'années à partir du pôle borderline. Ce qui m'impressionne toujours, c'est d'entendre les thérapeutes parler de leur travail, de leur engagement, des épreuves également. Je pensais tout à l'heure avec les webséminaires, au webséminaire avec les borderline, groupe de pairs, il y a quand même en plus la frustration de ne pas pouvoir toucher, j'associais à cela, ne pas pouvoir dire bonjour. Le thérapeute se coltine une frustration supplémentaire. Premier point, cela me rappelle plus des éléments de ma pratique de pédopsychiatre, je pense aux enfants mutiques. En tant que thérapeutes, on est pas mal vulnérabilisés pendant ces séances et la question que je m'étais posé avec Léo, c'était celle du travail concomitant avec les parents. Peut-être au niveau de l'hôpital de jour ? Est-ce que, en tant que thérapeutes, on travaille finement avec les parents qui sont un peu nos alliés ? Là, si vous avez quelques éléments à me fournir, j'aimerais bien. Après je pense aussi que la salle a peut-être des questions.

Discussion générale de fin de matinée

Catherine Barthélémy. L'absence de langage ou même de vocalisation adressé avec un contenu et une prosodie fait que le thérapeute est vulnérabilisé. L'exercice d'exposer l'intimité d'une thérapie dans un amphithéâtre, cet exercice doit être vraiment remercié. Par conséquent, je vais me permettre de faire des commentaires. La première chose, c'est que vous avez décrit l'espace de travail et du jeu et l'espace avec l'enfant, tout ce qui va être le lieu de la mise en oeuvre encore une fois de ce que j'appelle avec mon langage, mon référentiel linguistique, des interactions et des ajustements anticipés sensori moteurs, socio émotionnels et des synchronisations.

Je pense que vous avez très bien compris le contexte qui facilite la vie à l'enfant. Ensuite, vous avez parlé du choix des objets. Pour moi l'objet autistique n'existe pas, l'objet c'est ce que manipule l'enfant, qu'il s'approprie qu'il en fait son jeu et qui souvent est auto centré pour des raisons que physiologiste, j'ai une autre manière d'interpréter. Comme une sorte de recherche de sensations personnelles qui peuvent couper l'enfant de la relation et de la perception du monde. Donc, cet objet il devient médiateur et donc vous lui donnez du sens. Cet objet, il vous permet de concrétiser cette distance que vous allez instaurer entre l'enfant et vous, cet espace que certains peuvent appeler transitionnel, cet espace de la relation.

Comme ces enfants sont très démunis, ils ont un répertoire pauvre, une absence de communication fonctionnelle, c'est l'angoisse du vide, donc on meuble. Je ne concèderai rien à vos interprétations, je pense que l'on est tous amenés à donner du sens et à poser là aussi des mots sur des perceptions de ce qui se passe. Mais cette espèce de métaphore, pour moi, elle est un obstacle à la science. Il faut savoir que pour se comprendre, il faut utiliser si possible le même langage. Et tout ce qui vient d'un lexique qui commence par un référentiel théorique doit être complètement mis à plat.

Je vous invite à faire votre exposé avec des psychologues, des psychiatres qui travaillent avec un référentiel différent, c'est toujours très intéressant. Et je dirai, attention, ajustement créativité, ajustement corporel, commentaire, illustration, qui permettent à l'enfant de devenir acteur de son propre progrès, son propre développement. C'est très intéressant de voir comment ça marche mais attention à l'interprétation car pour moi c'est une métaphore et on est plus dans une espèce de représentation linguistique et poétique que dans le développement psycho-physio, le développement fonctionnel et la relation.

Christine Ritter - Je voudrais juste répondre à CB pour lui dire que ce sont mes mots, mes référentiels, que cela traduit aussi un état émotionnel et puis toute une ambiance dans laquelle je porte l'enfant avec la voix. Peu importe finalement ce que charrient mes mots, ce qu'il en comprend. Peu importe, pas tout à fait quand même car il faut que j'utilise dans mon vocabulaire des termes qu'il peut entendre, comprendre, papa, maman, le nom de son frère qui reviennent régulièrement au cours de la thérapie mais je n'ai pas ni l'intention, ni l'impression d'ailleurs de faire des interprétations intellectuelles, à aucun moment.

À aucun moment je passe cela par le filtre de la théorie psychanalytique, c'est comme si cela m'habitait complètement, j'ai cette lecture, j'ai la lecture du lâchage et je lui en dis quelque chose, j'ai la lecture de l'éloignement, de la crispation, du langage du corps de ce que l'on a pu avancer comme idée avec Mme Haag. C'est vraiment une lecture qui est la mienne, cela ne passe pas du tout par une reconstruction artificielle. C'est le bain émotionnel qui me semble vraiment important et que je voudrais traduire ici.

Quant à la question de l'objet autistique, bien sur au cours du séminaire on a beaucoup parler de cela. Est-ce que cet objet là est autistique, Madame Haag nous dit non, certainement pas, dès le départ il a un autre statut bien évidemment et l'on va s'en rendre compte. Je suis d'accord avec vous pour dire que cet objet dur, par ses qualités sensorielles a une fonction toute particulière et on voit bien déjà qu'il rentre dans la relation. c'était là dessus ?

✓ Chantal Lheureux-Davidse. Merci de cette belle discussion. Je trouve que la question de l'interprétation est essentielle. En fonction de ce l'on entend, cela fait office d'interprétation ; tout le travail que l'on a à faire, c'est de remettre en question notre point de vue en travaillant une souplesse de points de vue. À ce moment là, il y a moins d'interprétations à l'emporte pièce parce que l'on pourrait aussi tout à fait dire que l'objet, par exemple le point de vue que l'objet autistique est utilisé pour se couper du monde, c'est un point de vue. C'est notre point de vue à nous parce que l'enfant se coupe de notre relation ; mais si l'on se met du côté de l'autre point de vue, celui de l'enfant, on pourrait aussi interpréter en adoptant le point de vue de l'enfant. On pourrait appeler cela des stéréotypes de retrait. On pourrait aussi appeler cela des stéréotypies de récupération du sentiment d'existence. Si on navigue entre notre point de vue et celui de l'enfant, on assouplit déjà cette rigidité et ce risque d'interprétation de part et d'autre en fait ; je pense que l'on est guidé par la rencontre émotionnelle avec l'enfant, parce que c'est lui aussi qui nous permet, en nous montrant ce qu'il fait avec son objet, d'arriver à s'identifier à lui tout en essayant de jongler entre les différents points de vue. C'est cela que l'on essaye d'assouplir.

✓ Michel Botbol. Il me semble qu'il y a quelque chose que l'on ne dit pas dans la discussion et qui m'a semblé très très fort dans ce que l'on a entendu tout à l'heure. C'est le fait qu'il y a deux temps dans cette présentation. Un premier temps qui est présenté par ceux qui y sont engagés directement et un deuxième temps de gens qui regardent de dehors. Ce n'est même pas le point de vue de l'enfant. C'est un point de vue tiers, en tout cas pour les deux tiers de l'intervention, c'est un point de vue qui décrit quelque chose, comme si la parole avait un autre sens, côté chœur antique qui commente, et qui raconte des choses beaucoup plus froides, tout en faisant des ponts avec des interprétations qui sont des formes de présence, en somme. Je suis très frappé par cela qui donne l'ensemble d'une dimension de recherche et qui confine à l'objectivation puisque l'on est avec quelque chose qui, en tout cas, n'est pas de même nature que la position de subjectivité que délibérément vous adoptez. Alors, est-ce que ce dispositif là, ce n'est pas cela qui fait toute la dimension de recherche dans cette affaire, mais d'une recherche qui prendrait en compte la possibilité qu'à un moment donné, sans que l'on sache exactement à quoi cela sert, il y ait une position objective et des mots qui servent à la porter. Il me semble que c'est vraiment un apport de ce dispositif.

✓ Christian (participant dans la salle). Je voudrais simplement remercier tout le monde. C'était assez passionnant. Il se trouve que, dans l'IME où je travaille, il y beaucoup d'enfants et beaucoup d'enfants qui ont une maladie génétique. Je veux surtout transmettre à ce qui a été dit tout à l'heure, c'est que si la génétique a répondu « Oui », il y a un trouble génétique, mais en aucune façon ce trouble peut expliquer la maladie de cet enfant. Cela me paraissait important de ne pas présenter toujours la génétique dans un aspect péjoratif. On voit d'ailleurs que l'on peut agir dessus, sur l'environnement, mais voir aussi qu'au niveau de la génétique, il peut y avoir des malformations, mais qui ne donnent pas du tout forcément certains tableaux cliniques et qu'au niveau même de la délétion qui a été découverte après, cela peut apporter des éléments pour les généticiens.

✓ Moïse Assouline. On est dans une position paradoxale dans cette journée parce que tout ce qui concerne la méthodologie devient un peu lourd et que l'on commence à s'animer quand le contenu des séances rend les choses très intéressantes. Mais la question de la journée est celle de la validité de la recherche. Il faut que l'on entende des réponses à ce sujet. On dit qu'il y a au départ une très grande intensité de la clinique de l'enfant comme base, et là, est-ce que les échelles font le tour de la question ? Probablement, mais est-ce qu'elles le font suffisamment ? La question des douleurs méconnues, de l'instabilité sensori-motrice chez certains plus que d'autres, la rigidité du profil cognitif, tous ces éléments là qui sont extrêmement importants. Comment dans les évolutions qui sont décrites, les coefficients d'évolution spontanée des personnes sont-elles questionnées ? Il y a des observations très anciennes qui existent sur le fait que, dans les évolutions déficitaires, il y a des groupes d'enfants avec des évolutions spontanées qui sont importantes. En troisième lieu, est-ce que l'on peut considérer l'impact avec les autres accompagnements, par exemple on voit comment on ramène le groupe dans les séances, mais aussi quel est l'impact de ces activités de groupe. Je ne pose pas la question aux collègues qui ont présenté le contenu des séances, mais je suppose que, dans la recherche, il y a des réponses à ces questions. On peut les entendre dans la journée, ce n'est pas une question immédiate.

...Suite de la discussion dans le prochain numéro

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

Pour la Recherche

ffp@internet-medical.com
Tél. : 01 48 04 73 41 - Fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2020)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62