n° 83
Déc. 2014

POUR LA RECHERCHE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Principes/fondements psychanalytiques et méthodologie de la recherche INSERM : l'expérience du groupe italien

Mario Priori



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

● La participation de collègues italiens aux travaux du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* a été initiée très tôt, avec d'une part le courant cognitivo-comportemental représenté par une psychologue en stage dans le service de C Barthélémy, et d'autre part le courant psychanalytique à partir de membres de la CIPPA animée par G Haag. Ce second groupe a convaincu les membres de plusieurs associations psychanalytiques italiennes de s'engager dans les études de cas, en déléguant deux de ses membres, Margherita Amenta et Susanna Messeca, pour une liaison directe à Paris concernant les questions d'organisation et de formation.

Très rapidement, une vingtaine d'études de cas ont été engagées et 2 colloques de retours d'expériences et de présentations de résultats, auxquels étaient associées des interventions plus théoriques ont été réalisés. Nous en avons rendu compte dans les *Pour la recherche* 68-69 et 73-74.

La publication *Richard e Piggle* a consacré une partie importante de son numéro 4/2013 à la présentation du Réseau avec la publication de quatre articles. Nous en publions la traduction, dans ce numéro de *PLR* et celui qui le suit, pour leur intérêt général et pour présenter le travail de nos collègues, issu de leurs études menées dans le réseau.

Cette revue, à Comité scientifique international, porte une attention particulière à l'évolution de la théorie, accompagnée d'une référence constante à la clinique et à la formation des psychothérapeutes. Elle a pour objectif d'être une revue de référence utile, non seulement pour les psychanalystes, mais aussi pour d'autres acteurs dans le domaine de la santé mentale tels que les psychologues, les pédopsychiatres, les services et centres pour les enfants et les adolescents.

Ce numéro reprend l'article de Mario Priori structuré en quatre parties. La première est une présentation des conditions de démarrage des études du Pôle Autisme du Réseau et de l'engagement des Associations psychanalytiques italiennes dans ce projet, dans le contexte plutôt récalcitrant des psychanalystes et de l'orientation uniquement favorable aux approches comportementales de l'Institut Supérieur de la Santé. La seconde partie aborde la question de la scientificité de la psychanalyse. M. P. insiste sur l'apport de Frances Tustin qui a permis de passer d'une approche purement descriptive à la possibilité d'une thérapie, libérée de ce qui peut entraver ou dévier le flux d'une compréhension et ouverte sur ce qui caractérise au plus près les phénomènes observables du spectre autistique. La garantie de la scientificité est alors la méthode pour notre désir de comprendre, qui n'exclut aucune ressource, et notre capacité de renoncer à des pseudo-certitudes pour pouvoir continuer à penser.

La troisième partie présente la méthodologie détaillée et les premiers résultats de la recherche qui ont été présentés à Paris au congrès de la CIPPA, avant de conclure, dans une quatrième partie, sur l'expérience du Pôle Italien de la Recherche. À cette occasion, M Priori nous livre une description détaillée et vivante de l'activité des cliniciens, confrontés initialement à des questionnaires et clarification d'items, puis entrant dans le climat d'échange et de confrontation fructueux des séances, de mise en relation des évaluations individuelles, jusqu'aux réunions périodiques itinérantes de retours d'expériences où se découvrait la passion avec laquelle travaillent les thérapeutes, même dans les situations les plus défavorisées ●

Principes/fondements psychanalytiques et méthodologie de la recherche INSERM : l'expérience du groupe italien

Mario Priori*

Introduction

La recherche INSERM, dont nous parlerons dans ce Focus, a vu le jour en France et a été soutenue par la Fédération Française de Psychiatrie qui s'est également occupée de diffuser l'invitation à la participation. À la suite d'un appel d'offre « Réseaux de recherche clinique et en santé des populations », l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) a sélectionné le projet élaboré par J.-M. Thurin, M. Thurin et leur équipe. Après plusieurs réunions de présentation et de discussion, la CIPPA est rapidement devenue, sous l'impulsion de G. Haag, un acteur majeur de l'animation et du recrutement des participants. Ces participants sont principalement des psychothérapeutes d'orientation psychanalytique ayant de nombreuses années d'expérience dans le traitement des troubles du spectre autistique, et possédant une formation psychanalytique approfondie et spécifique. Les groupes français et italien sont les deux groupes les plus importants. Au sein du pôle autisme Italien de la Recherche (PIR)** convergent des psychothérapeutes provenant de différentes régions, répondant tous aux conditions requises, aussi bien du point de vue de la formation que de l'expérience, et appartenant aux associations psychanalytiques les plus importantes de notre pays. Suzanne Maiello est la conseillère du PIR et les activités de ce groupe italien sont coordonnées par Margherita Amenta et Susanna Messeca.

En définitive, la question fondamentale à laquelle cette recherche veut répondre est de savoir si la psychanalyse peut exercer une action thérapeutique efficace et mesurable sur les troubles du spectre autistique.

Il existe désormais de nombreuses études et publications sur l'efficacité des psychothérapies (v. Roth, Fonagy, 1996) mais, avec cette recherche INSERM, nous nous mesurons au secteur de la maladie psychique qui représente depuis toujours un banc d'essai impitoyable pour n'importe quel type de psychothérapie. Les troubles du spectre autistique constituent l'un des défis les plus difficiles auxquels la psychanalyse s'est jamais confrontée. La dimension paradoxale de ce défi est liée au fait que la psychanalyse, souvent réduite de manière simpliste à la définition littérale donnée par Freud de *talking cure*, « oserait » se mesurer à ce secteur de la maladie psychique où règnent justement le silence et les manifestations vocales non-verbales ; où le plus souvent la prononciation, la compréhension et l'expressivité affective des mots sont bannis.

Et pourtant, non seulement la participation à cette recherche a été tout à fait exceptionnelle compte tenu du fait que les psychanalystes et les psychothérapeutes sont peu enclins à utiliser les nombres, les graphiques et les barèmes, mais au contraire il est indéniable que cette « traduction », envers laquelle nous étions quelque peu récalcitrants au début, a fini par créer un langage commun très efficace qui a permis une confrontation plus précise de nos expériences cliniques et de certains passages décisifs de notre travail. Car en effet, dans la psychothérapie psychanalytique avec les enfants autistes, on doit souvent utiliser des langages absolument privés pour pouvoir traduire en communications les sensations profondes liées à l'expérience clinique, et dans les protocoles de ces séances nous devons faire appel à des langages éloignés du « psychanalyse » conventionnel pour pouvoir conserver la richesse des expériences intenses du contre-transfert qui naissent dans la relation psychothérapeutique.

Mais il faut aussi souligner que la recherche INSERM voit le jour à un moment où la psychothérapie psychanalytique de l'autisme subit de rudes attaques. En Italie, c'est en octobre 2011 que les directives de l'Institut Supérieur de la Santé (Istituto Superiore di Sanità, ISS) pour le traitement des troubles du spectre autistique chez les enfants et les adolescents sont publiées, alors que dans d'autres pays européens la psychothérapie psychanalytique doit repousser de lourdes attaques dont certaines finissent même dans les salles des tribunaux français. Le sujet de la discorde est encore une fois la scientificité avec laquelle on peut évaluer les résultats thérapeutiques.

Les directives de l'ISS indiquent comme seule et unique intervention de prédilection, l'intervention réhabilitative, dont il est possible – selon ce qu'affirme ce document – de mesurer scientifiquement les résultats. Les indications de l'Institut Supérieur de la Santé finissent par exclure toute autre approche thérapeutique ou activité de recherche vouée à la compréhension des phénomènes mentaux autistiques. Le discours se résume à un prétendu critère de scientificité qui, en fait, s'appuie sur la thèse selon laquelle on sait déjà tout ce qu'il y a à savoir sur l'autisme. Ces directives finissent d'un côté par créer des espoirs miraculeux envers le dressage réhabilitatif, et d'un autre côté elles conduisent à une sombre et impuissante résignation due à la méconnaissance d'une longue tradition clinique et de recherche vouée à la compréhension des états mentaux propres aux phénomènes autistiques.

Face à cet état de choses, le Pôle Italien pour la Recherche INSERM a rédigé et diffusé une pétition en faveur de la réouverture d'une table ronde pour discuter ces directives auprès de l'ISS, un document qui a reçu l'adhésion de la majeure partie des associations italiennes à orientation psychanalytique.

Quelques considérations à propos de la scientificité

Il semblerait inévitable que la psychanalyse doive se confronter aux raisons de la science « officielle » et se défendre contre les accusations de ne pas être une méthode scientifique. Le paradigme de Popper, en ce qui concerne la réfutabilité de la psychanalyse, semble confirmé par les évolutions de la psychanalyse freudienne. En effet la théorie des objets internes (Klein, 1932), celle de la fonction *alfa* (Bion, 1962), et les études de Winnicott représentent toutes de nouveaux paradigmes de la vie mentale, radicalement différents de celui qu'avait proposé Freud à l'origine. Au début des années 1900, cette idée de scientificité qui est, tour à tour, liée au critère de cohérence absolue puis à la nécessité, au contraire, d'une épreuve de contradiction, faisait dire à S. Freud (1916) découragé que, bien qu'il ait changé de point de vue au sujet de questions importantes au cours de sa longue carrière, il n'avait cependant pas été vraiment pris au sérieux et avait au contraire été accusé d'incohérence à cause de ses changements d'opinion.

Et que dire de la question fondamentale du diagnostic de l'autisme ? … là encore, beaucoup de travail reste à faire pour éviter de graves malentendus et des généralisations imprécises. De nouveau la psychanalyse risque d'être accusée de faible scientificité car, en plus des méthodes objectivantes que représentent des tests de dépistage de plus en plus élaborés (ADOS, CHAT, STAT, ADI-R, SCQ, etc …), elle utilise comme critère d'évaluation celui de l'observation psychanalytique selon la méthode d'Ester Bick (1964). Une méthode qui ne représente ni une investigation qui suivrait les étapes évolutives

de l'enfant, ni une tentative de valider de nouvelles théories évolutives de l'esprit, mais plutôt un parcours expérientiel qui valorise la capacité de compréhension de l'observateur, suivant le modèle bionien d'une identification projective comme phénomène communicatif appartenant à la relation.

Les études sur l'autisme se sont développées relativement récemment. Il a fallu attendre le milieu des années 1900 pour passer de la description sommaire des « *Atypical children* » aux observations et aux classifications de Kanner (1943), et les premières approches thérapeutiques sont apparues quelques décennies plus tard encore. Mis à part quelques essais sporadiques qui ont joué un rôle de pionniers, on peut situer les premières expériences de psychothérapie psychanalytique autour du début des années 1970. Avec le travail de Frances Tustin (1972), on est passé d'une approche principalement descriptive, à l'étude de la nature de l'autisme et surtout on s'est orienté vers la possibilité d'une thérapie.

Quiconque s'occupe de psychothérapie psychanalytique de l'autisme s'est nourri, plus ou moins directement, de l'enseignement de Frances Tustin. Beaucoup d'entre nous ont eu la chance de travailler directement avec elle au cours de ses nombreuses visites en Italie. Mais même ceux qui l'ont seulement connue ou écoutée au cours d'une de ses nombreuses conférences, ou qui ont tout simplement lu ses livres, ont pu apprécier la qualité unique qui a conféré à son travail une valeur dépassant de beaucoup l'importance des modèles cliniques et théoriques ou de la technique.

Son dernier essai a été publié en 1994, peu de mois avant sa mort, sous le titre « *The perpetuation of an error* ». L'erreur mentionnée dans le titre de l'article réside dans le fait d'avoir considéré, pendant une longue période de son parcours professionnel, que l'autisme infantile pouvait représenter une régression à un état « d'autisme primaire normal », restant ainsi en accord avec les positions de Margaret Malher. Sans entrer dans les détails des conditions qui avaient favorisé cette conviction, ce que je tiens à souligner, c'est la capacité de F. Tustin de revenir sur ce qui peut entraver ou dévier le flux de la compréhension, en posant sa réflexion là où, justement, on aurait tendance à glisser rapidement, c'est-à-dire sur nos erreurs qui, de blessures narcissiques, peuvent se transformer en ouvertures vers de nouvelles idées. L'article lui même, loin de représenter l'expiation d'une erreur, devient l'occasion de très importantes réflexions et précisions, grâce à une pensée libérée qui peut emprunter de nouvelles directions. Nous pouvons considérer cela comme un véritable enseignement scientifique. Et nous pouvons aussi nous rendre compte que cette capacité est un outil fondamental pour quiconque s'occupe d'autisme. La capacité de rétablir une modalité nouvelle de penser dans ces zones que F. Tustin qualifierait de « collantes ». Quand on se retrouve enlisé, non pas à proprement parler dans une erreur, mais plutôt dans une impasse qui nous pousse à nous rattacher excessivement aux théories et aux modèles explicatifs. Quand nous risquons d'élever des barrières (peut-être un peu autistiques …) pour protéger la perfection formelle d'un trop plein de savoir illusoire. Une capacité de penser qui nous soutienne quand nous sommes obligés de rester pendant si longtemps devant ce que S. Resnik (1972), utilisant une métaphore juridique tirée du droit maritime, a défini comme la « ligne de respect », les frontières cachées délimitant les espaces enfouis qui restent à explorer… ou quand nos expériences de contre-transfert doivent nous guider et que nous devons pouvoir explorer nos/leurs solitudes. Une capacité, en fin de comptes, à être ce « compagnon vivant » dont nous parle A. Alvarez (1992) prêt à accueillir la naissance de l'espoir d'une rencontre, prêt à cueillir ces ouvertures marginales qui peuvent se révéler dans la situation autistique. Et que faisons-nous des mots ? En dépit du sens littéral de la 'talking cure', les mots ont une tonalité, un rythme et sont accompagnés de nos mimiques, de notre regard ... F. Tustin nous disait que nous devons parler à l'enfant autiste comme s'il comprenait ce que nous lui disons, une affirmation qui pourrait sembler un paradoxe mais qui recèle l'essence d'un travail destiné aux aspects plus profonds de la naissance de l'esprit : aucune mère ne s'inquiète de savoir si son nouveau-né comprend ou pas le sens des mots qu'elle prononce, et pourtant le son de ses mots représente une étreinte sonore et une contenance irremplaçables pour la croissance de l'enfant. Une trace sonore qui renvoie à la continuité des expériences ancestrales de la vie prénatale, là où commence le dialogue, où dans l'enfant se forme cet objet sonore dont a parlé S. Maiello (1995).

L'échange de plus en plus profond avec la neuropsychologie (Trevarthen, 1998), avec l'*Infant Research* et la psychologie du développement (Stern, 1985), et avec les neurosciences (Damasio, 1994 ; Gallese, 2003) ainsi que la valorisation croissante des expériences de contre-transfert propres à l'observation psychanalytique, nous a permis de voir avec émotion, que ce que Kanner (1943) appelait « grave solitude de l'enfant autistique », ou que d'autres définissaient comme un vide, avait en fait plutôt les caractéristiques de proto-expériences liées à un trop plein indifférencié. Ainsi, les phénomènes observables dans l'aire du spectre autistique assument une identité de plus en plus claire et définie. Cette mise au point nous permet de les différencier des psychoses en général, et nous donne la possibilité de mettre en place des interventions de plus en plus ciblées, sur la base des modalités expressives particulières de l'enfant autistique en nous appuyant sur les caractéristiques spécifiques de la dynamique transfert/contre-transfert.

Mais nous parlons de recherche ... et je voudrais dire que la recherche est la méthode pour notre désir de comprendre. Je ne pense pas que quiconque doute du fait qu'il reste encore beaucoup à comprendre de ce secteur de la maladie psychique et je ne sais pas vraiment quelle garantie de scientificité il pourrait y avoir, si ce n'est ce désir de comprendre, qui n'exclut aucune ressource. Nous pourrions courir le risque de nous réfugier dans la forteresse de la science, en confondant la science avec une certitude absolue, incontestable et éternelle. En réalité la science est une voie pavée des restes des théories dépassées, démenties, une voie qui avance grâce à toutes les contradictions dont la pensée libre est capable.

L'évidence nous autorise à nous considérer comme les représentants d'un savoir plus grand que celui des générations précédentes, mais nous ne devons pas nous arrêter, bercés par l'illusion tragique d'avoir atteint le but ultime. L'expérience nous apprend que l'objectif, narquois, se déplace un peu en avant à chaque fois que nous avons l'illusion de l'avoir atteint.

Repensons à la question du Génome. Juste après l'enthousiasme soulevé par cette découverte qui avait été attendue longtemps et qui représentait une sorte de ligne d'arrivée pour la biologie, le scientifique Philip Ball (2000) écrivait mélancolique dans la revue *Nature* que la biologie aurait eu besoin d'avancer encore car la découverte du génome, au lieu d'expliquer ce qu'être humain veut dire, a plutôt mis en évidence combien l'aspiration à le comprendre est immense.

Et que dire de l'énigme de la conscience, de cette structure cerveau-esprit que l'on trouve aujourd'hui au centre de toutes les réflexions plus urgentes mais qui finit fatalement par devenir un parcours circulaire insoluble entre approche scientifique et réflexions humanistiques. Nous ne savons pas encore si la science réussira à expliquer le mystère de la conscience, nous pouvons seulement de manière pragmatique constater que jusqu'ici la science, non seulement n'arrive pas à nous dire où nous allons ou d'où nous venons, mais qu'elle a même de sérieuses difficultés à définir qui nous sommes. Mais il ne vient à l'esprit de personne de mettre en doute la « scientificité » de la science…

La scientificité semble alors liée, non pas à l'illusion de certitudes absolues et définitives, mais plutôt à notre capacité psychique de savoir renoncer à ces pseudo-certitudes pour pouvoir continuer à penser.

Méthodologie et premiers résultats de la recherche

La récolte du matériel pour la recherche est faite selon une méthodologie basée essentiellement sur la compilation de la part des psychothérapeutes de grilles d'évaluation exprimée sous forme de questionnaire (ECAR, Grille HAAG, CPQ). L'objet de l'évaluation est le matériel clinique relatif à chaque patient. Ce matériel est présenté en séquences de trois séances au sein d'un groupe de pairs composé de trois membres. En général, pour chaque item chacun des trois thérapeutes donne d'abord une évaluation personnelle pour arriver par la suite, après une confrontation avec les collègues, à une évaluation commune et à la compilation définitive du questionnaire. On ajoute à cela une exposition initiale du cas qui comprend les éléments de l'anamnèse de l'enfant, des informations sur la psychothérapie psychanalytique au début de la recherche, des informations sur d'autres formes d'intervention thérapeutique concomitantes à la psychothérapie.

La recherche se déroule sur un an avec divers pics d'évaluation (partage du matériel clinique, compilation des questionnaires et envoi des données), au début de la recherche, puis au bout de deux, six et douze mois. A la fin de l'année de recherche, une exposition finale du cas est prévue. Elle comprend des informations sur les symptômes et les problèmes actuels de l'enfant, les évènements stressants ou positifs de sa vie actuelle, son niveau de développement, la qualité de ses relations interpersonnelles, l'autonomie et les difficultés, sa capacité d'expression émotionnelle, les mécanismes de défense, l'analyse des éléments de la psychothérapie qui peuvent avoir participé à une amélioration de la situation, les discordances entre le résultat de la thérapie et les objectifs de départ.

Les instruments principaux mis à disposition des psychothérapeutes pour recueillir les données de la recherche sont les grilles d'évaluation ECA-R (Évaluation des Comportements Autistiques – version Révisée), EPCA (Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme), le CPQ (*Child Psychotherapy Process Q-set)*. Le CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) (Schopler et al., 1980) a été utilisé comme support d'évaluation.

L'ECA-R (Barthelemy & Lelord, 1991) est un système d'évaluation des comportements autistiques. Il s'agit de classer sur une échelle de 1 à 4, les 29 items du questionnaire, contenant la description de certaines caractéristiques comportementales typiques des sujets autistes. Plus le score total est élevé, plus les comportements autistiques sont importants. Deux sous-questionnaires regroupent des items particuliers qui évaluent les difficultés relationnelles et la capacité insuffisante à moduler les comportements. Le questionnaire doit être rempli au début de la recherche, ainsi qu'au bout de deux, six et douze mois.

L'EPCA (Haag et al., 1995) est une échelle d'évaluation qui comprend 147 items auxquels il faut attribuer un score de 0 à 3. Il ne s'agit pas, contrairement à l'ECAR, d'évaluer les comportements, mais beaucoup plus de rechercher les composantes affectives et l'état mental liés aux différentes situations de la relation thérapeutique. Dans le parcours évolutif vers la construction d'un Moi corporel, sont individualisées cinq étapes fondamentales qui vont d'une totale absence de représentation d'un contenant corporel, à l'expérience de séparation liée à la représentation d'une totalité corporelle bien intégrée. Pour chaque étape des items relatifs à huit dimensions sont proposés :

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

Les différents items contenus dans l'EPCA se basent sur la capacité du thérapeute à déchiffrer aussi bien le langage corporel que la façon dont le patient autistique utilise l'espace, et sa conscience du fait que, chez le patient autistique, la construction d'un MOI corporel est particulièrement endommagée. Cela se manifeste par l'absence du sens d'une enveloppe et d'un ancrage interne du corps autour des grands axes. Tous ces éléments doivent être considérés comme l'expression d'un langage pré-verbal à déchiffrer. Dans le travail clinique, on utilise une notion de transfert qui s'étend à l'expression des angoisses et des défenses archaïques, aussi bien de type adhésif (adhésivité corporelle et ancrage sensoriel), que de type projectif (tentatives de pénétrations corporelles et psychiques dans l'autre). Dans le contre-transfert, le thérapeute subit des modifications toniques, des états de fatigue extrême ou de vertige dus à une sorte de contagion du malaise corporel du patient, avant que ne soit possible la projection des affects.

L'EPCA est renseigné au début de la recherche, et à deux, six et douze mois. Contrairement à l'ECA-R, elle ne contient pas initialement de sommes des scores, de valeurs conclusives ou de résultats à disposition du psychothérapeute, mais elle fournit plutôt des indicateurs qui convergent et seront élaborés avec l'ensemble des données recueillies par la recherche INSERM.

Le CPQ (Schneider, 2004) est une extension du *Psychotherapy Process Q-set* (Jones et al., 1985). Il s'agit de l'outil d'évaluation du processus thérapeutique. Il est composé de 100 items, auxquels on peut octroyer un score qui varie entre -4 et +4. Il s'agit donc d'une échelle d'évaluation très bien construite, orientée du point de vue psychodynamique sur la relation thérapeute-enfant. Le questionnaire comprend trois genres d'items :

- les éléments qui décrivent les aptitudes, les sentiments, les comportements et les expériences de l'enfant ;
- les éléments qui décrivent les actions et les aptitudes du thérapeute ;
- les éléments qui précisent la nature de l'interaction dyadique, le climat ou l'atmosphère de la séance.

Là encore il n'y a pas immédiatement de résultats conclusifs des évaluations à disposition du thérapeute. Le CPQ est rempli sur la base des séances de psychothérapie au second, sixième et douzième mois de la recherche.

Les résultats de la recherche INSERM exposés à Paris en février 2013 à l'occasion du Congrès organisé par la CIPPA (« Autisme(s) et Psychanalyse(s) »), se basent sur un échantillon de 50 cas d'enfants autistes, sur une durée d'observation de un an. Dans la grande majorité des cas, 41 situations, la psychothérapie a été conduite par des thérapeutes à orientation psychanalytique. Pour l'analyse des données, la population de l'échantillon observé est divisée en trois sous-groupes : 3-6 ans (25 enfants), 7-11 ans (17 enfants) et 12-15 ans (8 enfants).

Pour vérifier si la psychanalyse est efficace dans les cas d'autisme, la méthodologie du traitement des données de la recherche passe par trois étapes :

- la démonstration du changement ;
- l'individuation des causes du changement ;
- la description de l'action du processus psychanalytique tenant compte des variables environnementales.

Pour le premier point, la démonstration du changement se produit à partir des indicateurs fournis par des instruments validés qui prennent en considération les comportements autistiques. Il s'agit dans ce cas de l'échelle d'évaluation ECA-R qui fixe le point de départ, deux étapes intermédiaires et le point d'arrivée de la situation pendant l'année de la recherche.

Pendant le congrès du CIPPA en Février 2013, les résultats relevés par cette grille ont été présentés par J. M. Thurin. Pour les trois tranches d'âge, on a pu relever une baisse de 49,8% en moyenne, des comportements autistiques. Cette importante variation en baisse est particulièrement significative.

Les éléments du développement pendant cette période d'observation ont été évalués grâce à l'EPCA alors que le fonctionnement psychodynamique du processus thérapeutique a été analysé à travers le CPQ de Schneider.

L'outil d'évaluation EPCA (Evaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme, Haag, 2012) recueille un groupe d'aptitudes dont l'acquisition doit être considérée comme une transformation significative pour l'enfant autiste et sa famille. Quatorze aptitudes ont été distinguées : la recherche de véritables échanges relationnels, un regard qui a une bonne tonalité d'échange, la recherche du contact occulaire pour l'attention conjointe, le développement du pointage proto déclaratif, le contrôle acquis ou amélioré des sphincters, le stade du miroir acquis, l'existence du langage verbal, l'apparition du NON, le perfectionnement de la prosodie, de la mélodie, de l'intonation et de l'accent, l'apparition d'un langage gestuel socialement partagé ('bravo', 'au revoir'), l'existence du graphisme, la fermeture du cercle, la disparition presque totale des stéréotypies et l'apparition du jeu symbolique, l'apparition de la temporalité, une meilleure acceptation de la séparation. Dans l'évaluation des résultats, on a pu remarquer des progressions particulièrement rapides (69%) concernant l'acquisition de ces aptitudes dans la première tranche d'âge (3-6 ans). Ce résultat est particulièrement significatif puisque certains de ces enfants ont acquis la totalité des aptitudes durant les deux ou trois ans de psychothérapie, alors que les enfants qui avaient commencé la thérapie plus tard ont acquis un nombre beaucoup moins important d'aptitudes. On peut donc dire en général, que les potentialités du processus thérapeutique sont significatives pour chaque tranche d'âge, même si cette efficacité baisse au fur et à mesure que l'âge de l'enfant augmente. Ce résultat souligne l'importance d'une intervention précoce.

Pour vérifier l'origine de ces variations significatives et quelle part peut être attribuée à l'approche psychanalytique, J-M. Thurin pose quelques questions spéculatives.

La première veut éliminer le doute qui pourrait consister à croire que la réduction des comportements autistiques et l'acquisition des aptitudes doivent être attribuées uniquement à la variable de l'âge. Pour répondre à cette question on peut constater qu'il existe une certaine corrélation entre la date de début de la psychothérapie et les résultats (diminution des comportements autistiques et apparition des aptitudes). En outre, on a pu vérifier pendant la recherche une progressive accélération dans les résultats, suivant l'avancée du travail de psychothérapie.

Une autre question concerne la possibilité de décrire une configuration dynamique si complexe comme celle de la psychothérapie psychanalytique, qui comprend l'enfant, le thérapeute et la qualité de leurs interactions. Décrire le processus psychothérapeutique est devenu possible à travers l'utilisation du CPQ qui est défini comme un instrument pluri théorique, construit à partir de 100 items qui mesurent le processus interne de la psychothérapie. Dans le cas de cette recherche INSERM, le CPQ a été appliqué au bout de deux, six et douze mois d'observation. L'utilisation de cet instrument permet d'obtenir une dynamique instantanée du fonctionnement de l'enfant et de sa position dans la psychothérapie, des attitudes et des actions du thérapeute, de la qualité de leurs interactions.

Trois exemples d'items du CPQ :

- L'enfant communique sans affects/les communications de l'enfant ont une valeur affective.

- L'enfant est en compétition ou en rivalité avec le thérapeute/ l'enfant évite ou semble incapable d'imaginer une possible compétition avec le thérapeute.

- Le thérapeute se comporte de manière directive/le thérapeute formule des phrases hypothétiques et métaphoriques.

Chaque item peut avoir un score positif ou négatif, ce qui fait que la direction peut changer complètement, offrant une gamme très précise d'évaluations relatives à la période d'observation.

A noter que le troisième item sert à distinguer une approche psychanalytique d'une approche, par exemple, de type plutôt cognitivo-comportemental.

C'est pour donner une réponse plus précise à la question initiale sur l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique dans les cas d'autisme qu'a été exposée la méthodologie qui permet de distinguer les résultats de l'approche psychanalytique de ceux d'autres interventions thérapeutiques (sur les cinquante cas de la recherche, neuf étaient traités par des thérapies non psychanalytiques). Cette recherche pouvait inclure n'importe quel type d'approche thérapeutique. La première méthodologie est basée sur le choix des réponses à certains items sélectionnés, considérés comme des « prototypes » car spécifiques d'une approche thérapeutique par rapport à une autre (voir comme exemple le troisième item, cité ci-dessus, tiré du CPQ). La seconde méthodologie, complémentaire, a été celle d'utiliser l'analyse factorielle pour distinguer avec netteté les scores obtenus par chaque patient dans les différents items.

Quatre facteurs ont été extraits à travers lesquels on peut reconstruire les aspects communs et les aspects spécifiques qui sont significatifs dans les cinquante psychothérapies d'enfants autistiques.

Le premier est le facteur commun qui se retrouve dans toutes les thérapies de la recherche. Il est important parce qu'il montre de manière directe de quelle manière travaillent les thérapeutes avec les enfants autistiques quelque soit leur provenance théorique. Ce facteur commun est constitué de 18 items.

Le second facteur est particulièrement intéressant parce qu'il permet de distinguer avec netteté l'approche analytique de l'approche cognitivo-comportementale. Dans l'approche psychodynamique, par exemple, le thérapeute n'exerce pas de contrôle sur l'interaction, il n'est pas directement rassurant, il ne cherche pas à récompenser ou à souligner les changements dans le comportement, mais il verbalise les états internes, affectifs, etc …

Le troisième facteur est constitué de deux médiateurs (considérés comme des éléments qui pourraient conditionner les résultats) :

- un médiateur de l'enfant qui va bien/va mal ;

- un médiateur qui correspond à l'orientation du thérapeute psychodynamique/cognitivo-comportemental.

Le quatrième facteur est relatif à l'enfant symbiotique/collaboratif.

Le dernier point important dont il faut tenir compte pour l'élaboration des données de la recherche concerne le rôle des modérateurs, c'est-à-dire des éléments du contexte environnemental de l'enfant qui peuvent avoir une influence sur le décours de la thérapie. En effet, il est particulièrement important de mesurer cette influence car elle est en général significative chez les enfants qui ont un blocage où on trouve souvent un contexte externe qui dérange la thérapie et l'état général de l'enfant. Pour toutes ces raisons il est très important d'évaluer ces aspects environnementaux dés le début (voir formulation du cas au début de la recherche), en mettant tout de suite en évidence la vulnérabilité et les points forts de l'enfant et en cherchant à découvrir les causes du blocage de l'enfant. Mais il faut aussi avoir la possibilité d'intervenir en cours de thérapie en tenant compte de l'évolution de tous les

modérateurs signalés, que ce soient les difficultés familiales, les difficultés avec les pairs, la comorbidité psychique ou somatique.

Après avoir examiné les différents aspects méthodologiques et procéduraux de l'élaboration des données recueillies pendant l'année de la recherche, dont j'ai ici rendu compte synthétiquement, les conclusions générales exposées par J.M. Thurin au congrès CIPPA qui s'est tenu à Paris en février 2013 soulignent que, pour ce que concerne la population suivie au sein de la recherche, les thérapies psychanalytiques se sont révélées efficaces ; qu'elles évoluent à des rythmes différents selon l'âge, et que les rares cas pour lesquelles on enregistre un blocage doivent faire l'objet d'une réévaluation générale qui prenne en compte les modérateurs. Les principales caractéristiques de la thérapie psychanalytique peuvent être décrites de manière détaillée grâce à trois médiateurs principaux.

° Le setting et la capacité du thérapeute à adapter ses interventions au cadre clinique que présente l'enfant.

° La capacité de contenance et de verbalisation du thérapeute.

° Un enfant actif, participatif, qui a une entente partagée avec le thérapeute.

Ces éléments communs aux psychothérapies sont complétés par des éléments plus spécifiques relatifs à la technique propre aux différentes approches et à l'enfant. Ils sont décrits par les facteurs 2, 3 et 4 qui permettent d'avoir une vision en perspective et réciproque de la technique et de l'enfant. Il existe certainement une grande variabilité au sein des thérapies psychanalytiques. Les thérapies non psychanalytiques sont beaucoup plus homogènes, mais offrent probablement une possibilité d'adaptation moindre par rapport aux thérapies psychanalytiques. La portée des médiateurs, qu'ils constituent un obstacle ou qu'ils représentent une aide est évaluée tout au long de la thérapie. Dans la majeure partie des cas cette évaluation a conduit à une ouverture envers l'enfant et sa famille et à un nouvel espace de développement.

Les résultats de cette première partie de la recherche INSERM, relatifs à un échantillon significatif de 50 cas, répondent par l'affirmatif à la question de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique dans les cas de troubles du spectre autistique.

En plus des données purement numériques, il est très important pour nous de remarquer la corrélation entre la durée du traitement et l'amélioration du cadre autistique. Très important également le résultat relatif à l'utilité d'une intervention précoce.

L'objectif de la recherche est de constituer un échantillon définitif de 100 cas.

L'expérience du pôle italien de la Recherche

L'invitation à participer à cette recherche est parvenue à un moment particulièrement difficile pour la psychothérapie psychanalytique de l'autisme. Non seulement à cause des directives de l'ISS dont nous avons déjà parlé, mais également à cause d'une situation d'ostracisme progressif qui s'est consolidé au cours des ans contre la thérapie psychanalytique de l'autisme. Nous avons abouti à cette situation pour différentes raisons. Il semblerait toutefois que le point de départ réside dans le peu d'ouverture des psychanalystes d'enfants envers les vérifications et le partage de leurs expériences cliniques. Cette situation semble avoir dispersé les remarquables efforts que nombre d'entre nous ont continué à prodiguer dans ce travail profondément passionnant et astreignant.

Cet apparent silence de la psychanalyse a laissé la voie libre à la prolifération des thérapies rééducatives, qui se focalisent sur le comportement symptomatique sans prêter la moindre attention au monde interne des patients, thérapies rééducatives qui ont fini par s'approprier un arbitraire « imprimatur » de scientificité.

La relative brièveté de la formation des opérateurs de la rééducation et le mirage des traitements soi-disant brefs et peu onéreux ont fait le reste. La psychanalyse de l'autisme a ainsi été déclarée obsolète, dans le meilleur des cas, car pesante pour les familles et pour les patients, au point que le fait qu'un traitement soit long est arbitrairement devenu synonyme d'inefficacité. Cela, comme je l'ai dit, dans le meilleur des cas. Car dans bien des situations, la psychanalyse a carrément été déclarée nocive pour les patients autistiques, bien qu'il n'y ait trace d'aucune recherche qui atteste ce point de vue. Même en France, l'autisme a été classifié comme « handicap cognitif » et soumis à des protocoles rééducatifs qui excluent tout approche psychodynamique.

Certes, nous n'avons pas été aidés par la définition culpabilisante de « mère frigidaire », ni par la tendance à extrémiser certaines positions de Bettelheim (1967), attitudes qui ont promu de véritables campagnes contre la psychanalyse de la part d'associations de parents d'enfants autistes.

Dans ce contexte, il est clair que cette recherche, vouée pour partie à la validation « scientifique » de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique pour les troubles du spectre autistique, représente également une occasion très importante pour promouvoir une aptitude à la vérification des résultats thérapeutiques et une culture de partage de l'expérience de la part des psychanalystes. Elle constitue aussi, naturellement, une occasion de réagir de manière documentée et précise aux attaques que la psychanalyse de l'autisme a subie ces dernières années.

Le premier noyau italien de psychothérapeutes et psychanalystes participants à la recherche a réuni, sur le laps de temps d'observation prévu (un an), les données complètes pour vingt cas d'autisme. Les patients qui ont fait partie de ce premier cycle de la recherche ont des âges compris entre trois et quinze ans, et suivent des psychothérapies de deux/trois séances hebdomadaires. Dans la majeure partie des cas, les psychothérapies étaient déjà commencées avant que ne débute l'année d'observation de la recherche INSERM.

Le groupe des chercheurs s'est divisé en sous-groupes de trois membres chacun, formés selon les appartenances géographiques. Au sein de chaque sous-groupe, les différents questionnaires prévus par le protocole de la recherche INSERM ont été remplis à partir du matériel clinique qui, à échéances périodiques, était mis en commun par les participants à travers la présentation en séquence de groupes de séances.

Les plus grandes difficultés initiales ont concerné les critères pour remplir les questionnaires et la clarification des items, mettant en évidence le peu d'habitude que nous avons de ce genre de procédures. Les questions posées par la recherche, ciblées sur des aspects précis de la relation thérapeutique, sur l'usage des objets de la part des patients, sur les postures corporelles, sur les aspects sensoriels, sur les compétences expressives (linguistiques et non), etc, ont fonctionné comme des loupes, nous permettant d'observer de manière plus précise ce qui se passait pendant la séance. Au sein du groupe, le partage du matériel clinique de chaque thérapeute et les discussions au moment de l'évaluation que chacun proposait de la même séance clinique, ont favorisé un climat d'échange et de confrontation fructueux. Une confrontation qui concernait non seulement les aspects cliniques et méthodologiques du travail thérapeutique, mais aussi l'expérience fort intéressante de pouvoir observer la créativité du « style » personnel de chacun. Durant les réunions périodiques - itinérantes - du groupe italien (à Rome, à Florence, à Bologne) nous sommes entrés en contact avec les situations spécifiques des différentes aires géographiques, nous avons partagé les difficultés qui se rencontrent dans la conduction d'une psychothérapie et découvert avec quelle passion travaillent

les psychothérapeutes même dans les situations les plus défavorisées. En dépit du climat antagoniste qui oppose souvent l'intervention psychanalytique aux autres interventions de réhabilitation ou éducatives, nous avons pu constater que de nombreuses psychothérapies sont conduites en parallèle avec d'autres interventions (orthophonie, psychomotricité, musicothérapie, etc.) dans un climat de collaboration fructueux pour tout le monde. Nous avons pris du temps pour parler du travail avec les familles des enfants autistiques, un secteur trop souvent négligé, pour valoriser l'importance de l'accueil et de la capacité à contenir les angoisses des familles et créer ainsi un climat de confiance qui facilite le travail de la psychothérapie en garantissant une continuité plus grande.

Dans le but de faire fructifier ce patrimoine d'échanges et d'expériences, d'augmenter le réseau de communications et pour redonner une place à la psychothérapie psychanalytique qui, dans les dernières années a été bannie des congrès sur l'autisme, nous avons organisé deux congrès internationaux - « Disturbi dello Spettro Autistico – La sfida dell'Autismo e la Ricerca Internazionale INSERM » -, à Rome en avril 2011 et à Gênes en septembre 2012.

La participation à ces deux congrès a été importante et nous laisse espérer que soit rétablie une plus claire et solide – et du coup scientifique – valorisation de l'efficacité du travail psychanalytique pour les troubles du spectre autistique. ●

Résumé

La recherche INSERM constitue une réponse efficace à l'accusation de non scientificité à l'encontre de la psychothérapie psychanalytique de l'autisme. Accusation qui a fait que la psychothérapie psychanalytique soit exclue des traitements thérapeutiques de l'autisme prévus par les directives de l'Institut Supérieur de la Santé Italien. Les premiers résultats de la recherche démontrent avec netteté – et avec une méthodologie validée par l'important Institut INSERM – l'efficacité des traitements psychanalytiques pour le traitement de l'autisme infantile. L'expérience du pôle Italien de la Recherche souligne l'importance de la confrontation et de la diffusion des résultats des traitements, une attitude qui, peu répandue dans la tradition psychanalytique italienne, a été une des causes de la marginalisation progressive de la psychothérapie psychanalytique de l'autisme dans notre pays.

Mots Clés

Psychothérapie psychanalytique, troubles du spectre autistique, observation psychanalytique, directives ISS, critère scientifique, recherche INSERM.

* Mario Priori, Psychothérapeute AIPPI, Psychanalyste Ord. SPI/IPA, Child/Asolescent Psychoan./IPA

** Ont participé à cette première partie de la Recherche INSERM : Margherita Amenta, Susanna Messeca, Anna Ancona, Attilia Lanteri, Angela Rossi, Annarosa Badiali, Barbara Amabili, Barbara Ferri, Chiara Cattelan, Cinzia Morselli, Dana Gatti, Elena Cetti, Ermenegilda Bertan, Federica Mastella, Rossana Jommi, Laura Pasero, Luisa Zancanella, Marco Mastella, Margherita Lezzi, Chiara Nanni, Paolo Vassallo, Mario Priori, Rosa Mattioli, Sonia Guerri, Susanna Ajmone Marsan, Susanna Majone, Sylvia Peroni, Vanda Ghedin.

Bibliographie

- **Alvarez A.** (1992). Live Company. London, Routledge.
- **Barthelemy C., Lelord.G.** (1991). Les échelles d'evaluation clinique en psychiatrie de l'enfant. Paris, *Expansion Scientifique Française.*
- **Ball P.** (2000). Genes can't tell us everything - 18 dec 2000 - *Nature.* News doi: 10.1038/news 001221-4.
- **Bettelheim B.** (1967). The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self. New York, The Free Press.
- **Bick E.** (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *The International Journal of Psychonalytic Psychotherapy*, 45: 558-566.
- **Bion W.R.** (1962). Learning from Experience. Londres, Heinemann Medical Books. Trad. Franc., Aux Sources de l'expérience. Paris, Puf, 1979.
- **Damasio A.R.** (1994). Descarte's Error. Emotion, Reason, and Human Brain. New York, Oxford University Press.
- **Freud S.** (1916). Introductory Lectures on Psycho-Analysis. S.E.,15-16. Version franc. Leçons d'introduction à la Psychanalyse. Paris, Payot, 1985.
- **Gallese V.** (2003). The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology,* 36(4), pp. 171-180.
- **Haag. G.** et coll. 1995. « Grille de repérage Clinique des étapes evolutives de l'autisme infantile traité ». La Psychiatrie de l'enfant, XXXVIII :495-527. Paris, Puf.
- **Haag G.** (2012). Contributo della clinica psicoanalitica dell'autismo alla conoscenza della strutturazione dell'io corporeo. Creazione dello strumento EPCA – Relazione al 2° Convegno Internazionale "Disturbi dello spettro autistico. La sfida dell'autismo e la Ricerca Internazionale INSERM" Genova, 29 settembre 2012.
- **Kanner L.** (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child.* 2: 217-250.
- **Klein M.** (1932). The Psycho-Analysis of Children.In The Writings of Melanie Klein, vol. 2. London, Hogarth Press. *Trad. Franc.* La psychanalyse des Enfants. Paris. Puf, 2013.
- **Jones E.E.** (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-set. Unpublished manuscript. University of California. Berkeley. 1985 (in: Jones E.E., Windholz M. - 1990 - The psychoanalytic Case Study: Toward a Method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38 (4): 985-1016).
- **Maiello S.** (1995). The sound-object:A hypothesis about prenatal auditory experience and memory. *Journal of Child Psychotherapy.* Vol.1, 21, pp 23-41.
- **Popper K.R.** (1956-1983). Poscritto alla logica della scoperta scientifica. I. Il realismo e lo scopo della scienza. Trad. It., Milano: Il Saggiatore,1984.
- **Resnik S.** (1972). Personne et Psychose. Paris, Payot.
- **Roth. A, Fonagy P.** (1996). What Works for Whom ? A critical review of Psychotheterapy Research. New York, Guilford Press.
- **Schneider C.** (2004). The development of Child Psychotherapy Q-set, Doctoral dissertation, University of California, Berkeley, *Dissertations Abstracts International,* 65 (2-B):10-39.
- **Schopler E.** et al. (1980). « Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) ». *J Autism Dev Disord*, 10 (1): 91-103.
- **Stern D.N.** (1985). The Interpersonal Worl of the Infant. New York, Basic Books.
- **Trevarthen C.** (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity in Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogenity. S.Brathen ed. Cambridge, Cambridge Univerity Press.
- **Tustin F.** (1972). Autism and Childhood Psychosis. London, Hogarth Press.
- **Tustin F.** (1994). The perpetuation of an error. *Journal of Child Psychotherapy,* 20: 3-23.



Deux ans et demi après les recommandations de la HAS en France, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé de Belgique a présenté fin 2014 ses recommandations concernant la *Prise en charge de l'autisme chez les enfants et les adolescents : un guide de pratique clinique.*

Le rapport est constitué de sept parties : 1) Une introduction, 2) La définition des objectifs du rapport, 3) La méthode utilisée pour l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, 4) Les définitions, 5) Les recommandations concernant les interventions, l'organisation générale de la prise en charge, la recherche et les recommandations spécifiques au contexte belge, 6) La conclusion et 7) Un glossaire. Cet ensemble est complété des références liées au texte*.

Nous publions ici les **Recommandations de recherche** de ce rapport.

Le travail d'analyse de l'évidence réalisé par le NICE est basé sur des critères EBM stricts, mais ce niveau d'évidence est insuffisant pour pouvoir appliquer la méthodologie GRADE. Nous n'avons donc pas pu aboutir à des recommandations EBM au sens classique du terme.

La conduite d'études de bonne qualité reste cependant parfaitement possible dans ce domaine. Certaines études randomisées tout à fait valables ont été réalisées, notamment sur des interventions de communication sociale[10]. En outre, plusieurs auteurs ont réussi à définir et à standardiser des conditions d'observation, et ont ainsi pu proposer des modèles[11]. Il est possible de réaliser des études observationnelles en recherche communautaire. Les études « single case design » ou « case reports » permettent aux chercheurs de rapporter des cas individuels d'approches psychothérapeutiques[12]. Toute intervention peut être étudiée à partir du moment où l'on en définit adéquatement la méthode et les objectifs. Quant au problème des petits nombres de sujets, il peut être résolu par l'application de méthodes statistiques adéquates comme la méta-analyse séquentielle[13].

Les différences contextuelles sont évidemment importantes entre notre pays et d'autres régions, comme par exemple les États-Unis. C'est pour cette raison qu'il est important de développer en Belgique aussi une culture de l'observation systématique et de la documentation des cas, l'implémentation de registres collaboratifs et la recherche clinique basée sur des résultats mesurables.

L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique était un premier pas nécessaire pour initier ce mouvement. Les experts du GDG ont souhaité y ajouter quelques recommandations sur les sujets qui leur semblent prioritaires pour de futurs axes de recherche en matière de prise en charge des troubles du spectre de l'autisme.

De façon générale, ils recommandent de promouvoir la recherche dans le milieu de vie (community-based) et d'identifier les schémas d'études les plus adaptés à la recherche dans la population cible.

Par ailleurs, ils recommandent d'approfondir les connaissances dans les domaines suivants :

- La communication augmentative telle que le PECS (Picture Exchange Communication System) ;
- Le programme LEAP ;
- Le modèle Early Start Denver Model (ESDM) ;
- Le modèle TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication-Handicapped Children) ;
- Les thérapies du langage et de la parole ;
- Les approches psychopharmacologiques axées sur les caractéristiques fondamentales de l'autisme, les comportements perturbateurs, les traits associés et les comorbidités. (détails voir rec. 149-150).

* http://kce.fgov.be/fr/publication/report/prise-en-charge-de-l'autisme-chez-les-enfants-et-les-adolescents-un-guide-de-prat#.VVtyGutbtps

Références des recommandations de recherche

10. **Green J, Charman T, McConachie H, Aldred C, Slonims V, Howlin P, et al.** Parent-mediated communication-focused treatment in children with autism (PACT): a randomised controlled trial. *The Lancet.* 2010;375(9732):2152-60.

11. **Karst JS, Van Hecke AV.** Parent and family impact of autism spectrum disorders: a review and proposed model for intervention evaluation. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2012;15(3):247-77.

12. **Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B.** Approches psychothérapiques de l' autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 2014;62:102-18.

13. **Kuppens S, Onghena P.** Sequential meta-analysis to determine the sufficiency of cumulative knowledge: The case of early intensive behavioral intervention for children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord.* 2012;6:168-76.

Pour la Recherche

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ffp@internet-medical.com
tel : 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 2015)
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