

Enquête préliminaire et évaluation de la satisfaction globale des soins dans une structure ambulatoire psychiatrique pour enfants et adolescents

Laetitia Marclay^a, Elizabeth Meyrat^a, Monique Bolognini^a, Colette Buecher^a, Olivier Halfon^a, Jacques Laget^a

^a Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – DP-CHUV, Lausanne

There are no funding sources or other financial or personal relationships to disclose.

Summary

The complexity and difficulty of assessing psychiatric care for children and adolescents is a widely accepted reality. However, this should not discourage necessary efforts to stress the richness and efficiency of clinical practices, regardless of their theoretical models. We present the results of a quality-like survey addressing patient satisfaction and therapeutic alliance conducted in 2007 in an outpatient ward of the department of psychiatry for children and adolescents of the University of Lausanne (Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent – SUPEA, Lausanne).

We developed a questionnaire on the basis of a “traditional” patient satisfaction survey, consisting of questions dealing with a range of different types of ambulatory settings and evaluating: access to care, quality of reception, patient's perception of the type of care and support offered, the therapeutic alliance and global satisfaction. Questions regarding the therapeutic alliance were based on the Revised Help Alliance Questionnaire (HAQ-II, Lester Luborski). Questionnaires were anonymous and self-administered by children from 10 years old up and parents separately. High levels of global satisfaction were reported (80% satisfied or very satisfied). Certain specific aspects seem to influence the global satisfaction level and therapeutic alliance. Patients with self-reported anxiety problems were less satisfied than those with self-reported conduct problems. The mode of reference of the patient, self or by parents versus by school or social workers, affected the perceived alliance. A higher frequency of sessions was also related to a better perceived alliance and satisfaction.

Introduction

Si la complexité et la difficulté d'évaluer les soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent constituent une réalité largement admise, celles-ci ne doivent pourtant pas dissuader tout effort visant à rendre compte de la richesse et de l'efficacité des pratiques cliniques, des différentes modalités des suivis et des psychothérapies. Comme premiers pas dans cet espace entre Evidence-Based Medicine et empirisme subjectif souvent revendiqué, nous présentons les résultats d'une «enquête type qualité» sur la satisfaction et l'évaluation de l'alliance thérapeutique réalisée en 2007 auprès de parents, d'enfants âgés de plus de 10 ans et d'adolescents suivis dans l'une des consultations ambulatoires du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Lausanne.

Concernant les principaux enjeux de l'évaluation des pratiques cliniques en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, la revue de la littérature met en évidence différents types de travaux: des études descriptives

de populations consultantes [1, 2], quelques études sur les trajectoires et les modalités de soins [3, 4], une étude genevoise sur la satisfaction d'une population ayant consulté en pédopsychiatrie [4], quelques études sur les facteurs favorisant la poursuite d'un traitement [5] ou au contraire associés à des ruptures [6], avec l'idée que la durée du traitement serait corrélée à une meilleure satisfaction [1, 7].

Les premières études portent sur l'évaluation globale des psychothérapies, puis apparaissent les premières études randomisées qui comparent plusieurs types de thérapies (comportementale, psychodynamique, placebo de type soutien relationnel) avec un groupe contrôle.

L'intérêt scientifique se polarise soit sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies dans certains troubles réputés spécifiques, soit dans certains groupes d'âge: mère-enfant, adolescents; soit en comparant dans des méta-analyses [8] les trois grandes approches psychothérapeutiques. Ainsi le fameux et volumineux rapport de l'IMSERM en 2004 [9] consacre quelques pages à l'enfant. En dehors du débat polémique, ses auteurs soulèvent d'importantes questions scientifiques et méthodologiques. Ils s'accordent sur l'efficacité de la psychothérapie chez l'enfant et l'adolescent [10], comme chez l'adulte [11] en reconnaissant ainsi des méthodes dont les effets sont scientifiquement vérifiés et fondés sur les trois modèles: psychanalytique, systémique et cognitivo-comportemental. Alors qu'elle constitue la principale approche thérapeutique en pédopsychiatrie, la psychothérapie et ses modes de réalisation pratique connaissent des évolutions qu'il convient aujourd'hui de mieux décrire, valider et valoriser.

Beaucoup d'études se sont depuis intéressées à l'évaluation des traitements chez les enfants et adolescents consultant en service de psychiatrie, certaines en ciblant plutôt sur l'approche psychothérapeutique. Plusieurs d'entre elles soulignent la difficulté d'évaluation des psychothérapies d'enfants et d'adolescents en évoquant le manque d'instrument spécifique et d'études randomisées et contrôlées [12, 13] même au travers de l'Evidence-Based Practice [14], l'absence de moyens efficaces d'évaluation des différentes méthodes [15-17] ou encore le mystère même des mécanismes de changement en psychothérapie [17]. Notre

Correspondance:

L. Marclay
SUPEA
Rue du Bugnon 23A
CH-1011 Lausanne
laetitia.marclay@chuv.ch

sentiment est que la complexité de notre clinique s'adapte mal aux évaluations de ce type et que le développement d'outils spécifiques d'évaluation pour quantifier et spécifier les troubles, puis les changements, en tenant compte des processus développementaux, des comorbidités, du contexte familial et social s'avère une tâche particulièrement compliquée et coûteuse.

Contexte et buts de l'étude

Cette complexité de l'évaluation de l'impact des soins en psychiatrie ambulatoire nous a fait imaginer une étude avec des ambitions plus modestes, limitée aux perceptions des patients et de leurs parents lorsque ceux-ci viennent nous consulter, axée sur les facteurs de satisfaction et d'«alliance thérapeutique» dans une perspective qualitative [14].

Le concept d'alliance thérapeutique est introduit pour la première fois en 1956 par E. Zetzel à propos du transfert et de la résistance en analyse. En 1975, Bordin [18] va généraliser cette notion en tant que variable relationnelle commune à tous les types de thérapies. Il définit l'alliance à partir de trois éléments centraux intimement liés. Premièrement, les objectifs communs patient-thérapeute concernant les «buts» du traitement, de ce que chacun peut attendre à court et long terme de la thérapie. Deuxièmement, l'accord sur les modalités, les «tâches» du travail psychothérapeutique à réaliser en fonction du type de thérapie face aux-quelles le patient doit pouvoir comprendre la pertinence et demeurer un partenaire actif. Troisièmement, le développement d'un lien de confiance, où la compréhension est partagée et l'engagement commun. Y. De Roten [19] décrit deux aspects fondamentaux de l'alliance: la négociation (s'accorder et construire une signification partagée) et la mutualité (agir de concert et se coordonner). Peu d'études existent sur l'alliance thérapeutique avec les enfants, le rôle déterminant des parents et leur adhésion à la poursuite du traitement, ce qui constitue une spécificité reconnue des thérapies d'enfants et d'adolescents [20, 21].

La consultation ambulatoire du SUPEA Bugnon est l'une des trois consultations psychiatriques pour enfants et adolescents de Lausanne. Les consultations ambulatoires sont destinées aux 0–18 ans qui résident à Lausanne et environs et font partie du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA). Elles reçoivent parfois en urgence, en principe sur rendez-vous, à la demande du jeune ou de ses parents, du médecin de famille, de l'école, etc. Le travail en équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, logopédistes, assistants sociaux) permet de proposer toute une palette de soins: consultations thérapeutiques, psychothérapies individuelles ou de famille, psychodrame, groupes thérapeutiques, suivis pédopsychiatriques intégrés, traitements logopédiques, interventions psychosociales, etc. En plus du modèle pédopsychiatrique, ce sont les modèles psychanalytiques et systémiques qui inspirent principalement l'approche clinique et psychothérapeutique. L'indication est posée après une évaluation diagnostique sur trois ou quatre séances. Les soignants collaborent étroitement avec les intervenants des réseaux de soins, des services scolaires et sociaux, des institutions pédagogiques,

ainsi qu'avec les autres unités ambulatoires et hospitalières du SUPEA.

Cette étude exploratoire repose sur une réflexion autour du travail clinique réalisé par les intervenants de la consultation, mais également sur une mise en sens du recueil annuel des données statistiques (nombre de patients, de consultations, durée du traitement, etc.). Elle est une première étape visant à approcher la perception qu'ont les patients lorsqu'ils viennent consulter et évaluer leur satisfaction vis-à-vis des soins reçus.

L'approche de type qualité des soins est finalement peu développée en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, elle concerne généralement l'évaluation des services eux-mêmes [22]. Il y a peu d'études sur l'ambulatoire [1–4] et quelques-unes sur les unités hospitalières ou les hôpitaux de jour [23, 24]. L'objectif serait de pouvoir réaliser, dans un second temps, une enquête de terrain approfondie sur les pratiques et les différents types de suivis thérapeutiques proposés, ceci en lien avec l'évolution des pratiques psychothérapeutiques.

Méthodes et procédures

Instruments

Nous avons élaboré un questionnaire sur la base d'un modèle «traditionnel», incluant l'évaluation:

- des différentes modalités du setting ambulatoire: accès aux soins, qualité de l'accueil, perception du type de soin et de l'aide apportée, etc.;
- du concept d'alliance thérapeutique inspiré du Revised Help Alliance Questionnaire (HAQ-II) de Lester Luborski [25].

Nous avons recueilli exclusivement des informations provenant des grands enfants, des adolescents et des parents consultants; la question classique portant sur la discordance des données selon les sources en pédopsychiatrie n'est donc pas abordée ici [46].

Les questionnaires sont anonymes et donc non corrélés aux éléments du dossier médical du patient, toutes les catégories diagnostiques sont ainsi représentées. De même, les questionnaires des patients ne sont pas corrélés à ceux des parents répondants. Il existe donc deux versions de questionnaires: celle pour les parents d'enfants et d'adolescents consultants et celle pour les patients: enfants de plus de 10 ans et adolescents. Chacun des questionnaires se compose de 22 questions et prend environ 10 à 15 minutes à être complété. Ils sont remplis et adressés anonymement à notre unité de recherche clinique.

Sujets

Les questionnaires de 129 patients âgés de plus de 10 ans et de 126 parents consultants entre le 1^{er} mars et le 15 avril 2007 ont été analysés (n = 255). Les questionnaires étaient transmis au minimum après le deuxième entretien. 111 enfants âgés de moins de 10 ans ont également consulté durant cette période, sans être inclus eux-mêmes directement. Le pourcentage de réponse est d'environ 73%.

Tableau 1

Motifs de consultations principaux selon les répondants (n = 255).

	Enfants/ adolescents n = 129	Parents d'adolescents n = 71	Parents d'enfants n = 55
Problèmes familiaux	53%	29,6%	21,8%
Problèmes à l'école	31%	45%	32,7%
Dépression	30,2%	22,5%	11%
Anxiété	22,5%	35,2%	36,4%
Problème de comportement	19,4%	40,8%	47,3%
Conduite suicidaire	16,3%	14%	0%
Problèmes d'éducation	0%	12,7%	16,4%

Résultats et discussion

255 questionnaires ont ainsi été récoltés. 129 concernaient des enfants et adolescents de plus de 10 ans (soit 72% de l'échantillon), 55 des parents d'enfants jusqu'à 9 ans et 71 des parents d'enfants et d'adolescents de 10 ans et plus (soit 52% de l'échantillon).

En ce qui concerne les données descriptives de notre échantillon, il est à relever que les enfants et les adolescents de plus de 10 ans vus à la Consultation sont en majorité des filles (64,8%), alors que les enfants de moins de 10 ans sont en majorité des garçons (74,5%), le parent répondant étant à 79,9% la mère.

Concernant l'accès à la première consultation, 49% de la totalité des répondants mentionnent que ce sont les parents qui en sont à l'origine, devant le pédiatre ou médecin de famille pour 20%. Les parents répondent venir en étant «rassurés» à 75,5% contre 32,8% des enfants et adolescents qui, pour 32% d'entre eux, viennent consulter de manière «indifférente». A noter que 29,5% des enfants et adolescents ne sont «pas du tout d'accord» (16%) ou «contrariés» (13,5%) de venir au moment de la première consultation. 79,9% des parents répondants sont les mères.

Les «motifs de consultations» diffèrent entre parents et enfants-adolescents (tab. 1).

Il semble particulièrement intéressant de décrire ici les résultats en faisant tout d'abord une comparaison entre les réponses des enfants âgés de plus de 10 ans et des adolescents et celles des parents de patients du même âge (en excluant les parents d'enfants plus jeunes). Pour les premiers, les problèmes familiaux sont évoqués en priorité (53%), alors que pour les parents il s'agit d'une difficulté moins présente (29,6%). Pour les parents, ce sont en premier lieu les problèmes de comportements (40,8%) et les difficultés scolaires (45%) qui motivent les consultations. Il existe également une différence pour ce qui est de l'anxiété mentionnée chez 22,5% des enfants âgés de plus de 10 ans et des adolescents et chez 35,2% des parents. En ce qui concerne la dépression, on observe un pourcentage plus élevé chez les enfants âgés de plus de 10 ans et les adolescents répondants, qu'il ne l'est pour les parents (30,2% contre 22,5%). Ces premières données descriptives interrogent quant à la possibilité de partage entre les enfants et adolescents et leurs parents. En effet, de manière schématique, les «grands»

enfants et les adolescents semblent se plaindre avant tout de problèmes familiaux et de dépression, alors que pour les parents il s'agit plus de difficultés scolaires et de problème de comportement. De leur côté, les parents d'enfants plus jeunes évoquent moins de problèmes scolaires, mais tout autant, voire plus, de problèmes de comportement. Ces éléments sont encore soulignés par les problèmes d'éducation absents des réponses des enfants âgés de plus de 10 ans et des adolescents et présents, à 14,3%, chez les parents.

Le nom du thérapeute est connu par 90% des répondants, pour ce qui est de leur fonction (psychologue, médecin, assistant social, logopédiste ...), cela est beaucoup moins clair. Il semble en effet que la fonction laisse sa place au contexte de consultation psychiatrique dans sa globalité d'autant plus que dans un service universitaire, le tournus des médecins et psychologues est fréquent: en moyenne, 34% des répondants mentionnent au moins un changement de thérapeute durant leur suivi. La confidentialité est parfois remise en question pour les enfants et adolescents (19,2%), alors que ce problème n'est que très peu évoqué par les parents (moins de 5%). Les enfants et adolescents, ainsi que leurs parents, mentionnent un rythme de consultation d'une fois par semaine ou quinzaine pour plus de 60% d'entre eux (psychothérapie individuelle, suivi de famille, suivi pédopsychiatrique, psychodrame, groupe, etc.).

Satisfaction et notion d'alliance

En ce qui concerne la «satisfaction» générale, relevée par des questions comme: «Je recommanderais la consultation» ou «Je suis satisfait des soins reçus», 90% des parents et 80% des enfants et adolescents se disent globalement satisfaits de la Consultation.

De la même manière, et selon l'apport du questionnaire de Lester Luborski [25] concernant l'alliance, la satisfaction est très élevée (plus de 80%) pour les questions suivantes: «Je pense que mon thérapeute a compris mon problème», «Je me sens libre de poser des questions», «Le thérapeute m'a demandé mon avis par rapport au traitement» et «Je me sens associé au traitement de mon enfant».

A la question concernant l'utilité de la prise en charge, 22% des enfants et des adolescents (n = 26) n'estiment pas leur prise en charge «utile». Les motifs invoqués dans les critiques sont que leur problème est «trop compliqué» ou qu'ils ne savent pas «pour quelle(s) raison(s)» ils consultent. C'est à ce sous-groupe d'enfants et d'adolescents que nous allons nous intéresser pour aborder la notion d'«alliance».

Ce que nous avons défini comme un indicateur de mauvaise «alliance» dans notre étude repose sur l'impression transmise des enfants et adolescents que leur suivi ne représente pas une aide pour eux. Nous nous sommes intéressés, de manière exploratoire, à ce sous-groupe en ayant en ligne de mire la définition de l'alliance retenue en préambule, à savoir que la question d'alliance reposera sur trois éléments: les objectifs communs du traitement, l'accord commun et actif sur les modalités du traitement et le développement d'un lien de confiance, où la compréhension est partagée et l'engagement est commun [18, 19].

En termes d'objectifs communs, les enfants et adolescents relevant une mauvaise alliance (n = 26) sont plus

Tableau 2

Motif et origine de la consultation selon la qualité de l'alliance (n = 255).

Alliance	Motif de la consultation			Origine de la consultation	
	Problème de comportement	Anxiété, stress	Problème de violence	Parents	Service social, foyer
Oui (78%)	22%	20%	10%	54%	10%
Non (22%)	8%	35%	4%	35%	31%

de 50% à faire le lien avec le fait de penser que «le problème est trop compliqué» et de ne pas savoir «pourquoi ils consultent». En ce qui concerne l'engagement commun, les enfants et adolescents relevant une bonne alliance ont plus souvent consulté au cours des 12 derniers mois ($p = 0.007$) et la durée du traitement tend à être plus longue ($p = 0.098$). Pour ce qui est de la confiance et de la compréhension, les enfants et adolescents relevant une mauvaise alliance (n = 26) sont 8% à faire le lien avec le fait de ne pas avoir une bonne relation avec leur thérapeute.

Par ailleurs, les enfants et adolescents présentant une moins bonne alliance ne diffèrent pas selon le sexe, mais des écarts s'observent au niveau des motifs de consultation et de l'origine de la demande de la première consultation (tab. 2).

En effet, les enfants et adolescents relevant une «mauvaise alliance» sont plutôt ceux adressés par les services sociaux que par les parents, cela pouvant faire croire également à la complexité des situations psychosociales des enfants et adolescents de ce deuxième groupe. Ce sont également ceux qui présentent des problèmes liés à l'anxiété qui décrivent une moins bonne alliance alors que, contrairement à notre attente, ce sont ceux qui sont adressés pour des troubles du comportement qui apparaissent présenter une «bonne alliance».

Conclusions

Cette étude exploratoire nous a permis d'accéder, très partiellement bien sûr, à une vision d'ensemble des éléments perçus par les patients lors des consultations dans un service de pédopsychiatrie ambulatoire pour enfants, adolescents et parents. L'analyse des questionnaires révèle qu'il existe une «satisfaction» globale plutôt élevée de la totalité des répondants (plus de 80% en moyenne). Plusieurs points soulevés nous paraissent intéressants, par exemple l'écart existant entre les motifs de consultation des parents et ceux des enfants ou adolescents répondants. Bien que les propositions de réponses fournies par le questionnaire ne permettent pas d'accéder au contenu clair des représentations des répondants, il est intéressant d'observer que les parents consultent en effet plutôt pour des «problèmes de comportement» et/ou des «problèmes à l'école» perçus chez leur enfant âgé de plus de 10 ans ou leur adolescent, tandis que ceux-ci disent consulter en premier lieu pour des «problèmes familiaux». Les premiers transmettent être venus plutôt confiants et rassurés à leur premier rendez-vous, tandis que pour 32% des seconds l'état d'esprit était plutôt de «l'indifférence».

En ce qui concerne l'alliance, certains éléments ont attiré notre attention, et ce bien que notre étude ait été réalisée sur un petit effectif. Il semble en effet que cette question «d'alliance thérapeutique» soit une question complexe englobant plusieurs niveaux. Premièrement, un niveau psychopathologique, avec une tendance plutôt surprenante pour les cliniciens, à une alliance meilleure avec les patients souffrant de troubles du comportement qu'avec ceux consultant pour anxiété. Deuxièmement, un niveau social, les enfants et adolescents relevant une «mauvaise alliance» étant plutôt ceux adressés par les services sociaux que par les parents. Troisièmement, certainement le type de thérapie proposé: les enfants et adolescents relevant une bonne alliance sont ceux qui ont le plus consulté au cours des 12 derniers mois, comme c'est le cas pour ceux qui sont en psychothérapie hebdomadaire ou bi-hebdomadaire. Il s'agit ici d'une photographie imparfaite de notre activité clinique, ces résultats sont une première étape en vue d'un élargissement de nos questionnements: réalisation d'une enquête de satisfaction commune à plusieurs consultations ambulatoires, corrélation avec le type de thérapie proposé, avec la perception du thérapeute sur son travail clinique et psychothérapeutique, par exemple. Convaincus de l'impossibilité d'appréhender la psychothérapie dans toute sa complexité, nous nous sommes intéressés à relever et à décrire ici certains aspects et effets des interventions psychothérapeutiques qui guident notre pratique clinique; nous souhaitons contribuer ainsi à souligner son importance et à mieux connaître les conditions nécessaires à son développement et à sa réalisation dans le domaine des soins psychiques aux enfants et adolescents. La connaissance des mécanismes de changement dans les psychothérapies est devenue un axe de progrès [26] que la démarche scientifique peut contribuer à établir – à condition de ne pas céder aux tentations réductrices et de confirmer nécessairement le caractère incontournable de la singularité subjective, des trajectoires individuelles et de la richesse du processus psychothérapeutique.

Remerciements

A l'équipe de la Consultation ambulatoire du SUPEA Bugnon qui s'est largement impliquée dans le projet d'enquête, à l'équipe de recherche, ainsi qu'aux enfants, adolescents et parents qui ont accepté de répondre aux questionnaires.

Références

- 1 Lucas G. Psychiatrie de l'enfant: quels patients, quels traitements? PUF le fil rouge. Paris. 2002.
- 2 Chanez J-M. Etude de la population consultante et des trajectoires de soins dans une clinique de psychiatrie infantile. Thèse n° 9866 de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève. 1997.
- 3 Magnificat S, Dazord A, Gerin P, Guillaud-Bataille J-M, Beyer H, Péchiné C. Modalités de prise en charge ambulatoire en psychiatrie de l'enfant. Etude de 7 centres de consultation. Neuropsychiatrie de l'Enfance 1994; 42(3):76–86.
- 4 Bachmann J-P. Evaluation de la satisfaction d'une population consultant un service de psychiatrie infantile. Thèse n° 9327 de la Faculté de Médecine de l'Université de Genève. 1992.
- 5 Kourany RFC, Garber J, Tornusciolo G. Improving first appointment attendance rates in child psychiatry outpatient clinics. JAACAP. 1990; 29(4):657–60.
- 6 Gould MS, Shaffer D, Kaplan D. The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. JAACAP. 1985;24(3):316–28.

- 7 Barnett RJ, Docherty JP, Frommelt GM. A review of child psychotherapy research since 1963. *JAACAP* 1991;30(1):1–14.
- 8 Weisz JR, Donnenberg GR, Han SS, Kauneckis D. Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *J Abnormal Child Psychol.* 1995;23:83–106.
- 9 INSERM expertise collective. *Psychothérapie: trois approches évaluées – rapport pour la Direction Générale de la Santé*. Les Editions INSERM, 2004.
- 10 Roth A, Fonagy P, Parry G. *Psychotherapy Research, Funding, and Evidence-Based Practice*, in *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. The Guilford Press, NY, p. 37–56. 1996.
- 11 Zimmermann G, De Roten Y, Despland JN. Efficacité, économie et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie.* 2008;159(3):119–26.
- 12 Hibbs ED. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001;10(1):3–11.
- 13 Weisz JR, Doss JA, Hawley KM. Youth Psychotherapy Outcome Research: A review and Critique of the Evidence Base. *Ann Rev Psychol.* 2005;56: 337–63.
- 14 Graham P. Treatment interventions and findings from research: bridging the chasm in child psychiatry. *Br J Psychiatry.* 2000;176:414–9.
- 15 Weiss, et al. The effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67(1):82–94.
- 16 Remschmidt H. Evidence concerning the effectiveness of psychotherapies with children and adolescent. *Curr Opin Psychiatry.* 2003;16(4):389–93.
- 17 Kazdin AE. The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child Adolesc Mental Health.* 2002;7(2):53–9.
- 18 Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley & Sons 1994, p. 13–37.
- 19 De Roten Y. Processus de co-construction de l'alliance thérapeutique. *Psychothérapies.* 2000;20(4):243–8.
- 20 Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(1):50–65.
- 21 Kazdin AE, Whitley MK. Pretreatment Social Relations, Therapeutic Alliance, and Improvements in Parenting Practice in Parent Management Training. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(2):346–55.
- 22 Bickman L, Summerfelt WT, Bryant D. The quality of services in a children's mental health managed care demonstration. *J Mental Health Admin.* 1996;23(1):30–9.
- 23 Schmelze M. Qualité des résultats en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent stationnaire et semi-stationnaire en Suisse. *Psy & Psy Bulletin.* 1/8, p. 24–25. 2008.
- 24 Laget J, Chanez JM, Dubois PF, Halfon O. Hospitalisation psychiatrique des adolescents dans le canton de Vaud: une étude sur les modalités d'admission, les filières de soins, le rôle et le vécu de l'hospitalisation. *Arch Suisses Neurol Psychiatrie.* 2002;153(6):272–81.
- 25 Luborski L, Barber JP, Siqueland L, Daley D. The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II). *J Psycho Res.* 1996;5:260–71.
- 26 Thurin JM. Evaluation des effets des psychothérapies. *EMC (Elsevier Masson SAS, Paris). Psychiatrie.* 2009;37-802-A-10.