

Les ruptures de traitement (drop-out) en pédopsychiatrie: une revue

■ A. Abella, J. Manzano

Service médico-pédagogique,
Genève

Summary

Abella A, Manzano J. Termination of treatment (drop-out) in child psychiatry: a review. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:86–92.

At present literature shows growing interest in the clinical process and the clinician's participation as variable in the self-termination of treatment in child psychiatry centres. Most authors agree that socio-demographic factors centred on the child and family are poor predictors of drop-out. However, there is an increasing interest in studies regarding variables influencing the patient-therapist relationship such as personal characteristics of the clinician, the choice of treatment and the clinician's self-fulfilling prediction of the eventuality of child attrition.

Keywords: termination of treatment; child psychiatry; review

Résumé

La littérature sur les interruptions de traitement en pédopsychiatrie a passé de l'intérêt préférentiel pour les caractéristiques des enfants interrompant le traitement ou de celles de leurs familles à un questionnement de plus en plus important sur les variables concernant le processus thérapeutique et la participation du clinicien à l'avènement de la rupture. Si à l'heure actuelle la plupart des auteurs sont d'accord sur l'absence d'intérêt des nouvelles recherches portant sur les données socio-démographiques de l'enfant, estimées presque unanimement comme non reliées à la rupture, un nombre croissant d'auteurs, en revanche, prônent l'étude des variables propres à la relation entre le thérapeute et son patient. Ainsi, le processus thérapeu-

tique, les caractéristiques personnelles du clinicien, ses prédictions éventuellement auto-réalisatrices constituent maintenant l'une des voies de recherche les plus prometteuses, et aussi les moins explorées, sur les interruptions de traitement en pédopsychiatrie.

Mots clés: ruptures de traitement (drop-out); pédopsychiatrie; revue

Introduction

Peu d'aspects du processus de consultation et de traitement en psychiatrie d'enfant ont attiré autant l'attention des chercheurs que le problème des ruptures, son grand intérêt découlant principalement de deux types de préoccupations: d'une part la rentabilisation des équipes psychiatriques existantes ainsi qu'une offre de soins adéquate [1, 4, 7, 18–20, 23, 31, 35, 39, 41] et d'autre part le souci d'éviter le découragement et la démobilitation des soignants confrontés à des échecs vécus parfois comme incompréhensibles [24, 30, 31].

Les ruptures de traitement sont en effet généralement considérées comme impliquant un pronostic plus sombre que lorsqu'un terme est conclu entre le thérapeute et le patient et/ou ses parents [2, 16, 29, 31, 41]. Certains auteurs relèvent néanmoins la grande probabilité de bénéfices thérapeutiques dans bon nombre de cas de rupture [2]: la décision unilatérale d'interrompre le traitement répondrait alors, chez le patient ou chez ses parents, à des attentes différentes de celles des cliniciens [4, 8, 40]; le jugement pessimiste de ces derniers refléterait avant tout leur difficulté à reconnaître la possibilité de changements positifs chez le patient en dehors de leur action directe [1].

Méthodes

Nous avons révisé la totalité des articles recensés au sujet du drop-out en pédopsychiatrie sur deux bases de données bibliographiques: Medline, qui inclut la littérature apparue depuis 1966, et Psycinfo,

Correspondance:
Dr Adela Abella
Service médico-pédagogique
Case postale 50
CH-1211 Genève 8

dont les premières citations remontent à 1987. Les critères retenus pour la sélection des travaux cités dans cette revue ont été les suivants: (a) leur caractère récent: articles apparus après 1980; pour les travaux antérieurs à cette année nous avons choisi: (b) les articles souvent cités dans la littérature plus contemporaine (dès 1980); (c) les articles «pionniers» ou étudiant des aspects originaux, ceux explorant des hypothèses nouvelles ou bien soutenant des avis «extrêmes», ceux réalisés avec un protocole clair et exigeant ou portant sur des populations larges; (d) les revues de la littérature.

Aucune de ces deux bases de données ne nous a fourni d'articles à orientation psychanalytique, les aspects liés à ce sujet étant vraisemblablement traités sous d'autres rubriques telles que: transfert et contretransfert, alliance thérapeutique, réaction thérapeutique négative, «acting-out» ... Notre but se limitant à parcourir la littérature qui traite spécifiquement et systématiquement des ruptures du traitement, nous avons laissé pour un travail ultérieur cet autre volet de la question qui concerne l'étude plus détaillée des différents aspects de la relation entre le thérapeute et son patient capables de contribuer à l'avènement de la rupture.

Etat actuel de la recherche

A l'intérieur de la très abondante littérature traitant des ruptures de traitement en psychiatrie depuis les années 50, les études consacrées aux enfants sont nettement minoritaires, n'atteignant que 1-2% de la totalité alors que la population pédopsychiatrique représente environ 1/4 de la population psychiatrique totale [32]. Rien n'autorise, par ailleurs, d'extrapoler aux enfants les conclusions des études concernant les adultes sous prétexte que la décision de maintenir ou d'interrompre un traitement dépend plus souvent des parents que du jeune patient. Les recherches sur les ruptures chez les enfants se révèlent par conséquent plus complexes [1, 2, 32, 38], leurs variables appartenant à trois catégories: (a) *l'enfant*: sexe, âge, scolarisation, QI, diagnostic, type de symptômes, etc.; (b) *les parents*: niveau socioculturel, facteurs démographiques (caractéristiques de la famille, distance entre le domicile et le centre de traitement, appartenance à une minorité ethnique), psychopathologie, attentes et motivation; (c) *le thérapeute et le processus thérapeutique*: facteurs «externes» (liste d'attente, renouvellement des équipes, type de traitement proposé, personne ou institution ayant conseillé la consultation et contact entre cette personne et le clinicien) et aspects qui caractérisent la personnalité et le fonctionnement

mental du clinicien (spécificité professionnelle, niveau d'expérience, intérêts et aspirations, jugements et prédictions, pronostic, sentiments personnels).

Taux de rupture

Conséquence prévisible de la grande variabilité entre les définitions de rupture utilisées dans les diverses études, le chiffre proposé par les différents auteurs oscille le plus souvent entre 20 et 75% [1, 6, 8, 17, 35, 37, 38, 40] avec certaines valeurs extrêmes, comme 11% pour Gould et al. [14]: tout patient venu à un premier entretien puis manquant les suivants et, à l'opposé, 85,4% pour Novick et al. [31]: toute interruption à n'importe quel stade de la consultation et du traitement dans une période de 2 ans minimum.

Variables concernant l'enfant

Les variables le plus souvent considérées au niveau de l'enfant sont les symptômes ayant conduit à une consultation et les caractéristiques démographiques.

En ce qui concerne la symptomatologie de l'enfant, les divers travaux parviennent à des conclusions parfaitement contradictoires. Pour les uns il y a une association significative entre la rupture et certains symptômes spécifiques tels que: troubles affectifs ou conduite antisociale [4], absentéisme scolaire [35], fugues [31] ou, pour les adolescents, difficultés scolaires et comportement suicidaire [40]. Pour les autres, en revanche, c'est la persistance dans le traitement qui est associée à des symptômes comme: troubles du développement, conduite aberrante ou symptômes somatiques [35], anxiété [6] ou, chez les adolescents, une conduite antisociale [40]. Enfin pour plusieurs auteurs [14, 21, 24, 30, 31] il n'y a aucune différence significative au niveau du symptôme entre les enfants qui interrompent le traitement et ceux qui le continuent.

D'autres recherches se sont intéressées davantage à la durée de la symptomatologie ou à son degré de gravité. Certains auteurs [5, 10, 28] relient la persistance du traitement au fait que les problèmes de l'enfant ont surgi longtemps avant la première consultation alors que d'autres [30] n'ont trouvé aucune association significative entre ces deux variables. Il en va de même pour la relation entre gravité symptomatique et rupture, tantôt mise en évidence [17, 36] tantôt écartée [23, 24].

Quant aux données démographiques, quelques rares travaux ont associé la rupture avec la race de l'enfant [31], son sexe [37] ou son âge: ruptures plus fréquentes chez les enfants plus âgés [7, 31, 37], ou au contraire chez les enfants plus jeunes [35]. Cependant, à l'heure actuelle, l'unanimité s'est pratiquement faite sur l'absence de corrélation significative entre les variables démographiques telles que l'âge, la race, le sexe, le QI ou le niveau de scolarité et les interruptions précoces du traitement [4, 9, 10, 14, 30, 40, 43]. Cette conclusion est sans doute, pour le moment, le résultat le plus concluant de la recherche sur les ruptures de traitement en psychiatrie d'enfant.

En résumé, les diverses recherches sur les variables concernant l'enfant ont abouti à des résultats parfaitement contradictoires, à une exception près: les variables démographiques, considérées de façon unanime comme non reliées à la rupture.

Variables concernant la famille

Les caractéristiques socio-démographiques ainsi que la psychopathologie, les attentes et la motivation parentales sont les aspects les plus étudiés dans les cas de ruptures mais là encore les résultats se révèlent franchement contradictoires.

Ainsi, une fréquence supérieure de rupture chez les familles les plus défavorisées [17, 19, 31, 32] ou, à l'inverse, chez les familles plus aisées [35, 37] ressort de certaines études mais pour la plupart aucune association significative n'est trouvée [4, 5, 7, 10, 14, 22, 28, 35, 41].

L'appartenance à une minorité raciale est également parfois associée à la rupture [31, 40] et parfois non [4, 14, 22, 32, 37, 41]. Les mêmes contradictions se retrouvent pour la distance entre le domicile familial et le centre de traitement: si Novick et al. [31] y voient un élément favorisant la rupture, ce n'est pas le cas pour d'autres auteurs [4, 10, 41].

Une absence de concordance similaire se retrouve en ce qui concerne la psychopathologie parentale et la gravité des difficultés intrafamiliales. Pour certains auteurs il n'y a pas de corrélation significative entre ces deux variables [14] tandis que d'autres chercheurs associent la rupture avec le divorce parental [6, 31] ou le stress familial [16, 35]; pour d'autres encore le taux de rupture est plus élevé lorsque l'enfant vit avec ses deux parents biologiques [4, 35], l'hypothèse proposée étant que des parents unis se sentent plus forts pour faire face seuls aux difficultés de leur enfant. Un degré plus important de psychopathologie parentale est parfois mis en cause [14] et parfois pas [16, 28, 37];

quant à Ross et Lacey [35] ils estiment que les ruptures de traitement ont tendance à diminuer lorsque les parents suivent un traitement concomitant.

C'est sur la motivation positive et l'attitude coopérative des parents que les auteurs se montrent le plus d'accord. Pour la plupart, en effet, une bonne motivation favorise la poursuite du traitement [4-6, 8, 10, 19, 32, 35, 37, 40] bien que Levitt [23] et Weisz et al. [41] n'aient quant à eux pas trouvé d'association significative entre ces variables et la rupture. Enfin certains auteurs relient la poursuite du traitement à une plus grande conscience chez les parents des problèmes de l'enfant et de leur propre implication [19] alors que pour d'autres la rupture serait liée à un moindre investissement de l'enfant par les parents [4]. Quant à Farley et al. [8], ils imputent les interruptions du traitement à l'insatisfaction générale des parents vis-à-vis des services offerts, à l'absence de progrès de l'enfant et à la frustration de leurs attentes.

En résumé, comme les recherches concernant les variables propres à l'enfant, celles sur les familles aboutissent à des résultats entièrement contradictoires, sauf en ce qui concerne l'importance de la motivation parentale, considérée par la plupart des auteurs comme reliée significativement à la rupture.

Variables concernant le thérapeute et le processus thérapeutique

Les recherches concernant ces variables peuvent être partagées en deux groupes: celles relatives aux aspects «externes» de l'appareil de soins: liste d'attente, renouvellement des équipes, type de traitement proposé et celles se rapportant à la personne du thérapeute.

Les résultats des études sur la relation entre la rupture et la longueur plus ou moins importante de la liste d'attente sont contradictoires: si pour certains auteurs il n'y a pas de relation significative entre ces deux variables [19, 28, 30], d'autres chercheurs y trouvent une association positive avec la rupture [4, 18, 31] ou au contraire avec la tendance à persister dans le traitement [5, 28, 35]. C'est ainsi que le fait de consulter après une longue liste d'attente a été interprété comme un moyen de mesurer la motivation des parents et donc proposé par certains auteurs comme outil de sélection pour les «bons» cas en éliminant d'emblée les cas risquant de rompre précocement [5, 26, 35].

Une autre variable souvent étudiée porte sur les caractéristiques de la personne ou de l'institution

ayant conseillé la consultation; là aussi les résultats sont contradictoires. Ainsi, alors que dans certains travaux cette variable apparaît indéniablement associée à l'interruption du traitement [14, 19, 31, 35, 37, 43], d'autres n'y voient aucune relation significative [4, 10, 40]. Plusieurs auteurs ont relevé le fait que, lorsque le référent est l'école, un taux élevé de rupture s'ensuit [14, 19, 43] et plus particulièrement lorsque l'on constate en même temps une importante psychopathologie parentale [14]. L'envoi par une instance judiciaire ou un service social a été mis en cause comme favorisant la rupture [43], de même que la décision spontanée des parents de consulter [37, 43]. Une diminution des ruptures est constatée lorsque le thérapeute prend contact avec le référent [6] et également lorsque c'est le médecin de famille qui conseille la consultation [31].

Le fait d'avoir été suivi préalablement sur le plan psychiatrique a été souvent considéré comme un facteur lié à la poursuite du nouveau traitement [18, 31, 40]. Néanmoins, en étudiant la rupture aux différentes phases de celui-ci, Viale-Val et al. [40] nuancent cette opinion et Pekarik et Stephenson [32] ne notent pas d'association.

En ce qui concerne les modalités de traitement, les thérapies de groupe ont été associées à la rupture et les thérapies individuelles à la poursuite du traitement [8], surtout lorsque la fréquence est supérieure à une séance hebdomadaire [40]. Pour certains auteurs le taux de rupture a également tendance à diminuer lorsque les deux parents participent au traitement de leur enfant [5, 35].

Les recherches sur le deuxième type de variables, celles concernant la personne du thérapeute et son fonctionnement mental, sont rares. Une étude [38] observe qu'il y a moins d'interruptions lorsque le thérapeute est encore en formation, l'hypothèse étant qu'un plus grand enthousiasme ajouté à une moindre quantité de travail contribuent à améliorer la relation du clinicien avec son patient. Le renouvellement des équipes ne paraît pas, quant à lui, influencer significativement la rupture [4].

Trois recherches se sont centrées plus spécifiquement sur les attitudes et les prédictions des thérapeutes. Pour Shapiro [36] la différence la plus significative entre les enfants qui continuent le traitement et ceux qui l'interrompent se situe au niveau des réponses affectives du thérapeute envers son patient ou ses parents, réponses qui sont nettement plus positives dans le cas des premiers. L'attribution d'un meilleur pronostic est également favorable à la poursuite du traitement, quoique à un moindre degré, alors que les estimations diagnostiques faites par le

clinicien n'ont pas de valeur prédictive. Autrement dit, les patients qui interrompent précocement le traitement ne sont pas plus perturbés que ceux qui le continuent et il est possible qu'il s'agisse d'une réponse aux sentiments négatifs du thérapeute. Dans le même ordre d'idées, Viale-Val et al. [40] observent que l'intérêt personnel du clinicien pour un type particulier de patients entraîne une diminution des ruptures alors que Sirles [38] signale que la prédiction par le clinicien d'une interruption précoce du traitement a une corrélation positive avec la réalisation de la rupture.

En résumé, alors que les recherches sur les aspects «externes» de l'appareil de soins parviennent à des résultats soit contradictoires soit non concluants, une nouvelle voie de recherche se profile, qui met l'accent sur les sentiments, attitudes et prédictions des thérapeutes et qui reste, encore à l'heure actuelle, largement inexplorée.

Discussion et conclusions

L'examen des différents travaux concernant les variables associées aux interruptions de traitement en pédopsychiatrie montre la rareté des résultats concluants dont nous disposons à l'heure actuelle. La seule conclusion admise pratiquement de façon unanime par les différents auteurs concerne l'absence de corrélation significative entre les ruptures et les variables démographiques décrivant l'enfant, telles que l'âge, le sexe, la race, le QI ou le niveau de scolarité. L'importance d'une bonne motivation parentale pour la poursuite du traitement est également généralement reconnue.

En dehors de ces deux points, les résultats des différentes recherches sont le plus souvent contradictoires, ou du moins non concluants [1, 13, 38, 39], si bien qu'à l'heure actuelle nous ignorons les caractéristiques des enfants interrompant précocement leur traitement ainsi que les conditions dans lesquelles la rupture se produit [1, 38].

Par ailleurs certains auteurs [24, 28, 41] pensent qu'il n'existe pas de différences significatives entre les patients qui interrompent leur traitement et ceux qui le continuent, ce qui autoriserait l'utilisation des premiers comme groupes de contrôle dans la recherche clinique. Cette conclusion est contestée par d'autres auteurs [12] qui attribuent la discordance entre les différentes recherches à des divergences méthodologiques.

Plusieurs facteurs ont été en effet invoqués pour expliquer la confusion régnant dans ce domaine: l'utilisation dans les diverses études d'instruments d'évaluation et de mesure différents [1, 14, 31],

l'absence de sous-groupes dans la population ayant interrompu le traitement (alors qu'il est possible que les facteurs déterminant une rupture après 1 ou 2 entretiens ne soient pas les mêmes qu'à un stade avancé du traitement) [1] mais surtout l'utilisation de définitions divergentes dans les différentes études [1, 2, 13–15, 31, 36, 38, 42]. Ainsi, certains auteurs considèrent déjà comme une rupture la non venue au premier entretien [18, 30], tandis que d'autres réservent ce terme à la période d'investigation [7, 10, 14, 19, 22, 28, 36, 41], durant le traitement [5, 8, 9, 10, 32, 35, 40], ou encore entre la fin de l'investigation et le début du traitement [26]. Les uns estiment qu'une rupture intervient lorsqu'un patient arrête le traitement avant un nombre déterminé de séances, le plus souvent fixé de manière arbitraire [5, 7, 22, 28, 35, 41]; les autres considèrent qu'il est inutile d'établir cette distinction étant donné la difficulté à délimiter clairement, dans la clinique, la période d'investigation et celle du traitement [1, 4, 6, 19, 38].

Cet état de choses confirme ce que de nombreux auteurs ont déjà signalé [1, 12, 38, 39]: le manque de conclusions précises sur les ruptures de traitement en pédopsychiatrie n'est pas tant dû au nombre relativement modeste de travaux sur cette question qu'aux divergences méthodologiques; il y a ainsi peu d'espoir pour qu'une multiplication des recherches entreprises dans la même ligne que les précédentes puisse à l'avenir mieux éclaircir le sujet.

C'est pourquoi au cours des dix dernières années, des propositions insistantes ont été faites [1, 13] pour qu'une seule et même définition de la rupture soit utilisée dans les différentes recherches mais non sans relever la difficulté de trouver un accord [1]: ainsi Garfield [13] propose de limiter le terme aux ruptures intervenues durant la période du traitement, une fois l'investigation terminée, tandis que d'autres auteurs signalent l'aspect artificiel, particulièrement dans la clinique, d'une séparation tranchée entre investigation et traitement [1].

Par ailleurs, et cela complique encore davantage le problème, au-delà de la confusion introduite par ces divergences méthodologiques, il est possible que les conclusions obtenues à partir d'un contexte donné ne puissent pas être applicables à un autre contexte bien différent [30]. En effet, les diverses variables étudiées prennent un sens différent selon le contexte idéologique et la philosophie de soins propres à chaque contexte thérapeutique du fait que ceux-ci génèrent, à travers leur interaction complexe, des attentes et sentiments différents chez les divers protagonistes de la démarche thérapeutique – enfant, parents, cli-

nicien –, attentes et sentiments qui vont influencer la décision de poursuivre ou d'interrompre un traitement.

Ainsi par exemple les divergences entre les différents auteurs sur les moyens de diminuer les ruptures montrent clairement le grand écart existant entre les philosophies de soins des diverses communautés professionnelles. En effet, pour certains cliniciens l'élimination d'emblée des «mauvaises motivations» à travers l'imposition d'une longue attente est un but souhaitable qui améliore l'efficacité et la rentabilité d'un centre de santé mentale. Pour d'autres cliniciens la notion même de «mauvaises motivations d'emblée» est fort discutable, une des premières tâches du processus thérapeutique étant de travailler les sentiments ambivalents présents dans toute démarche de consultation. De ce point de vue, les prétendues «mauvaises motivations d'emblée» peuvent être considérées en réalité comme un produit des premiers moments de la relation entre un thérapeute donné et son patient. Or, toute manœuvre pour décourager les «mauvais cas», loin de limiter effectivement les ruptures, révèle une attitude du clinicien qui ne peut que les favoriser. Il est donc probable que des philosophies de soins différentes n'influencent pas seulement l'interprétation des phénomènes étudiés mais ont vraisemblablement un poids important sur l'avènement du phénomène en question.

Perspectives de recherche

En parcourant la littérature sur les ruptures en pédopsychiatrie, on peut déceler une double évolution. D'une part l'importance donnée initialement aux facteurs propres à l'enfant ou sa famille (niveau socioculturel, psychopathologie) a fait place à un intérêt croissant pour les facteurs intervenant chez le thérapeute. D'autre part, l'étude des aspects plus objectifs relatifs à l'enfant, sa famille ou le thérapeute (aspects socio-démographiques, personne ayant conseillé la consultation, existence d'une liste d'attente) est remplacée par un questionnement plus récent sur les sentiments, attentes, motivations, prédictions, tant du clinicien que des parents. Autrement dit, l'accent mis au départ sur l'influence des facteurs externes, objectifs, opérant fondamentalement chez l'enfant ou chez ses parents se déplace vers un intérêt pour la relation entre le patient, ses parents et le thérapeute et pour la forme sous laquelle celle-ci se manifeste: attentes, motivations, sentiments, prédictions. Cette double évolution fait écho aux propositions de certains auteurs qui considèrent

qu'au vu de l'état actuel de la recherche, le clinicien devrait, au lieu d'essayer d'identifier les caractéristiques des patients interrompant le traitement, s'interroger plutôt sur le processus thérapeutique et sur son propre comportement [38].

L'étude de la relation entre le thérapeute et son patient n'est pas exceptionnelle dans les recherches sur les résultats de la psychothérapie [3, 12, 25]. En revanche, en ce qui concerne les interruptions de traitement, c'est une voie encore largement inexplorée, à quelques exceptions près, comme par exemple les travaux sur la motivation des parents et leur collaboration au traitement. Il s'agit là d'une variable sur laquelle les différents auteurs sont en général d'accord. Il est toutefois intéressant de signaler comment Armbruster et Kazdin [1] privilégient l'étude de la motivation des parents, en négligeant les possibles répercussions de celle-ci sur les cliniciens. C'est en effet la manière de mesurer la motivation des parents qui, pour ces auteurs, est le point de discussion. On peut cependant émettre aussi l'hypothèse que l'estimation par le clinicien de l'attitude parentale a vraisemblablement des effets sur ses propres attitudes et attentes et peut donc influencer le processus thérapeutique, et cela indépendamment des instruments de mesure utilisés et donc de la justesse de son appréciation.

Une telle ligne de recherche, encore minoritaire dans la littérature [36, 38, 40], soulève la question de la participation active du clinicien dans l'avènement de la rupture, soit à travers ses attitudes: intérêt personnel pour un certain type de cas et réponses affectives positives associées à la continuation du traitement [36, 40], soit à travers ses prédictions: pronostic plus favorable lié à la poursuite du traitement ou, à l'inverse, prédiction de rupture liée à l'interruption effective du traitement [36, 38].

La relation entre la prédiction d'une rupture par le clinicien et sa réalisation soulève par ailleurs le problème intéressant de l'intervention des prophéties auto-réalisatrices, décrites par Rosenthal et Jacobson [34] dans le terrain de l'éducation: des chercheurs avaient proposé des tests psychologiques à un groupe d'enfants sélectionnés au hasard et de faux résultats furent communiqués aux enseignants; huit mois plus tard les enfants qui avaient été signalés arbitrairement comme ayant des potentialités intellectuelles particulièrement importantes obtinrent effectivement des gains dans le QI supérieurs aux autres enfants. Autrement dit, l'amélioration dans leur QI n'était pas en relation avec les potentialités intellectuelles initiales des enfants mais dépendait du fait que des prédictions dans ce sens avaient été communiquées aux en-

seignants. Il s'agissait donc de prédictions entièrement arbitraires qui par le fait d'avoir été émises amenaient à leur réalisation, ce que les auteurs avaient appelé l'effet Pygmalion. Cette question portant sur l'intervention des prophéties auto-réalisatrices a été jusqu'à présent peu étudiée en ce qui concerne les ruptures de traitement [2, 27] et constitue vraisemblablement à l'heure actuelle l'une des voies de recherche les plus prometteuses.

En conclusion, la voie de recherche qui nous semble la plus intéressante à l'heure actuelle sur les ruptures de traitement en pédopsychiatrie est celle de l'étude de la relation entre le thérapeute et son patient, en tenant compte de l'intervention active du clinicien sous la forme d'attitudes, attentes, prédictions, etc. La littérature psychanalytique est certainement à même de fournir les éléments théoriques et cliniques permettant de dégager des hypothèses capables d'orienter de nouvelles recherches dans cette voie.

Références

- 1 Armbruster P, Kazdin AE. Attrition in child psychotherapy. In: Ollendick TH, Prinz RJ, eds. *Advances in Clinical Child Psychotherapy*. New York: Plenum Press; 1994.
- 2 Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull* 1975;82:738-83.
- 3 Beutler LE, Crago M, Arizmendi TG. Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley; 1986.
- 4 Cohen RL, Richardson CH. A retrospective study of case attention in a child psychiatric clinic. *Social Psychiatry* 1970;5:77-83.
- 5 Cole JK, Magnussen MG. Family situation factors related to remainers and terminators of treatment. *Psychotherapy Theory Research and Practice* 1967;4:107-9.
- 6 Cottrell D, Hill P, Dearnaley J, Ierotheou A. Factors influencing non-attendance at child psychiatry out-patient appointments. *Br J Psychiatry* 1988;152:201-4.
- 7 Ewalt P, Cohen M, Harmatz JS. Prediction of treatment acceptance by child guidance clinic applicants. *Am J Orthopsychiatry* 1972;42:857-64.
- 8 Farley OW, Peterson KD, Spanos G. Self-termination from a child guidance centre. *Community Ment Health J* 1975;11:325-33.
- 9 Feister AR, Mahrer AR, Giambra LM, Ormiston DW. Shaping a clinical population: the drop-out problem reconsidered. *Community Ment Health J* 1974;10:173-9.
- 10 Gaines T Jr. Factors influencing failure to show for a family evaluation. *Int J Family Counseling* 1978;6:57-61.
- 11 Gaines T, Stedman JM. Factors associated with dropping out of child and family treatment. *Am J Family Therapy* 1981;9:45-51.
- 12 Garfield SL. Research on clients variables in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley; 1986.

- 13 Garfield SL. Giving up on child psychotherapy: who drops out? Comment on Weisz, Weiss, and Langmeyer. *J Consulting Clin Psychol* 1989;57:168–9.
- 14 Gould MS, Shaffer D, Kaplan D. The characteristics of dropouts from a child psychiatry clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1985;24:316–28.
- 15 Gould MS, Shaffer D, Kaplan D. Dropouts after first attendance: reply. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986;25:139.
- 16 Kazdin AE. Premature termination from treatment among children referred for antisocial behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 1990;31:415–25.
- 17 Kazdin AE. Research design in clinical psychology. 2nd edition. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1992.
- 18 Kourany RFC, Garber J, Tornusciolo G. Improving first appointment attendance rates in child psychiatry out-patients clinics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:657–60.
- 19 Lake M, Levinger G. Continuance beyond application interviews at a child guidance clinic. *Social Casework* 1960;91:303–9.
- 20 Larsen DL, Nguyen TD, Green RS, Attkisson CC. Enhancing the utilization of outpatient mental health services. New York: Human Sciences Press; 1983.
- 21 Lefebvre A, Sommeraur J, Cohen JT, Waldron S, Perry I. Where did all the no shows go? *Can J Psychiatry* 1983;47:111–3.
- 22 Levitt EE. A comparison of “remainers” and “defectors” among child clinic patients. *J Consult Clin Psychol* 1957;21:316.
- 23 Levitt EE. A comparative judgemental study of “defection” from treatment at a child guidance clinic. *J Clin Psychol* 1958;14:429–32.
- 24 Levitt EE. Research on psychotherapy with children. In: Garfield SL, Bergin AE, eds. *Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley; 1971. p. 474–94.
- 25 Luborsky L, Auerbach AH, Chandler M, Cohen J, Bachrach HM. Factors influencing the outcome of psychotherapy: a review of quantitative research. *Psychol Bull* 1971;75:145–85.
- 26 Madger D, Werry JS. Defection from a treatment waiting list in a child guidance clinic. *J Am Acad Child Psychiatry* 1966;5:706–20.
- 27 Martin PJ, Moore JE, Sterne AL, McNairy RM. Therapists prophesy. *J Clin Psychol* 1977;33:502–10.
- 28 McAdoo WG, Roeske NA. A comparison of defectors and continuers in a child guidance clinic. *J Consult Clin Psychol* 1973;40:328–34.
- 29 Michelson R. Psychotherapeutic outcome for children in a community mental health center: psychological, demographic and treatment predictors. *Psychol Rep* 1981;48:323–6.
- 30 Nimgaonkar VL, Farrell MP. Reasons for non-attendance at a child guidance clinic. *Child Care Health Dev* 1988;14:387–93.
- 31 Novick J, Benson R, Rembar J. Patterns of termination in an outpatient clinic for children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1981;20:834–44.
- 32 Pekarik G, Stephenson LA. Adult and child client differences in therapy dropout research. *J Clin Child Psychol* 1988;17:316–21.
- 33 Phillips EL. *Psychotherapy revised: new frontiers in research and practice*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1985.
- 34 Rosenthal R, Jacobson L. *Pygmalion in the classroom. Teacher expectation and pupils' intellectual development*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1968.
- 35 Ross AO, Lacey HM. Characteristics of terminators and remainers in child guidance treatment. *J Consult Clin Psychol* 1961;25:420–4.
- 36 Shapiro RJ. Therapist attitudes and premature termination in family and individual therapy. *J Nerv Ment Dis* 1974;159:101–7.
- 37 Singh H, Janes CL, Schechtman JM. Problem children's treatment attrition and parents' perception of the diagnostic evaluation. *J Psychiatr Treatment Evaluation* 1982;4:257–63.
- 38 Sirles EA. Dropout from intake, diagnostics and treatment. *Community Ment Health J* 1990;26:345–60.
- 39 Sue S, McKinney HL, Allen DB. Predictors of duration of therapy for clients in the community mental health system. *Community Ment Health J* 1976;12:365–75.
- 40 Viale-Val G, Rosenthal RH, Curtiss G, Marohn RC. Dropout from adolescent psychotherapy: a preliminary study. *J Am Acad Child Psychiatry* 1984;23:562–8.
- 41 Weisz JR, Weiss B, Langmeyer DB. Giving up on child psychotherapy: who drops out? *J Consult Clin Psychol* 1987;55:916–8.
- 42 Weisz JR, Weiss B, Langmeyer DB. On dropouts and refusers in child psychotherapy: reply to Garfield. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:170–1.
- 43 Williams R, Pollack RH. Some non-psychological variables in therapy defection in a child guidance clinic. *J Psychol* 1964;58:145–55.