



**HAL**  
open science

## Approche métacognitive dans le cadre de l'évaluation et la réévaluation de la voix

Anne Menin-Sicard

► **To cite this version:**

Anne Menin-Sicard. Approche métacognitive dans le cadre de l'évaluation et la réévaluation de la voix. *Rééducation orthophonique*, 2013, Dossier " L'évaluation vocale ", 254 (254), pp.121-134. hal-01081646

**HAL Id: hal-01081646**

**<https://hal.science/hal-01081646>**

Submitted on 10 Nov 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Article publié dans Rééducation Orthophonique  
N°254 - Dossier « L'évaluation vocale »  
Juin 2013  
pp. 121-134**

**Approche métacognitive dans le cadre de l'évaluation et la réévaluation de la voix**

**Anne Menin-Sicard**

Orthophoniste  
Master en Sciences du langage  
Chercheur associé au LURCO  
8 rue de Nîmes  
31400 Toulouse  
Courriel : anne.sicard2@orange.fr

**Résumé**

Cet article traite de l'importance de disposer de supports visuels animés pour expliquer le fonctionnement de la phonation aux patients. L'éducation thérapeutique est un sujet d'actualité. Rendre le patient expert de son fonctionnement le place dans une posture d'autonomie susceptible de garantir le résultat à long terme. Réaliser un bilan initial précis, objectif en corrélant l'évaluation objective avec les données de l'anamnèse et de l'auto-évaluation est primordial. L'approche métacognitive est particulièrement intéressante et efficace. Nous proposons ici deux types d'auto-évaluation : L'évaluation rapide en 5 questions implémentées dans le logiciel VOCALAB (version 3.7 en cours de validation) permettant d'obtenir rapidement un niveau de gêne et l'auto-évaluation personnalisée (AEP) élaborée en collaboration avec le patient qui l'inscrit dans un programme thérapeutique autonome. Un exemple est détaillé dans cet article. Une réflexion sur la qualité de la relation thérapeutique est aussi proposée.

**Mots-clés** : métacognition, auto-évaluation, éducation thérapeutique, relation thérapeutique

Dans la pratique orthophonique, le patient attend du thérapeute une réponse efficace à sa demande. L'orthophoniste est confronté à la nécessité de débiter rapidement la prise en charge, de la mettre en œuvre efficacement et d'en décider l'arrêt. Il doit aussi proposer dès la première séance un canevas thérapeutique avec des objectifs et des moyens à déployer pour garantir une diminution de la gêne voire une disparition. Or un projet même cohérent n'est en rien le gage d'une réussite totale du suivi. Dans la démarche d'évaluation, il est primordial de prendre en compte les compétences du patient. Ce qu'il fait bien est paradoxalement tout aussi important que ce qu'il fait mal. Il faudra donc formaliser les indicateurs positifs tout autant que les indicateurs négatifs. Pour cela, il est indispensable d'utiliser des outils d'évaluation permettant de dissocier de façon fiable les paramètres de la voix en dehors de toute subjectivité et en déduire le mode de fonctionnement du patient en corrélant quatre types de données : les informations obtenues lors de l'entretien d'anamnèse le plus détaillé possible, les données phoniatriques (intégrité des structures, qualité d'accolement, synchronisation des CV, participation des bandes ventriculaires), les données objectives obtenues par des mesures objectives instrumentales et l'auto-évaluation du patient.

## **1- Education thérapeutique**

Dès la fin de la première séance du bilan, l'orthophoniste peut débiter « l'éducation thérapeutique », commencer à expliquer au patient les mécanismes qui l'ont conduit à cette gêne vocale : comment fonctionne le larynx, le rôle des articulateurs dans la phonation, le rôle du diaphragme et des muscles respiratoires. Pour ce faire, le thérapeute doit disposer de support explicatifs accessibles, clairs et animés permettant au patient de se représenter aisément les organes et leur physiologie et au thérapeute d'être efficace et clair dans ses explications. De plus, ces supports peuvent aussi servir à poser les limites de l'intervention orthophonique. Le pronostic de compensation n'est pas le même quand il s'agit d'un simple forçage vocal ou d'une dystonie laryngée (figure1). Dans le premier cas, l'aspect fonctionnel du travail orthophonique suffira à faire disparaître la gêne. Dans le deuxième cas, l'instabilité de la voix demeurera malgré le travail fait en séances. Le hémimage est une habitude délétère. Celle-ci a une cause qu'il est important de rechercher. Y a-t-il un reflux ? En visionnant les vidéos montrant la toux, le patient prendra conscience de l'accolement glottique violent et des conséquences sur la muqueuse du ligament vocal. La médiathèque de VOCALAB a été développée dans cette optique pour illustrer les pathologies les plus courantes (nodules, paralysie récurrentielle) mais aussi certaines modalités de fonctionnement du larynx spécifiques (respiration, phonation, changements de mécanismes, toux, rire).

L'éducation thérapeutique consiste à expliquer à l'individu que l'on accompagne, son mode de fonctionnement et les conséquences de la pathologie. Proposer quelques exercices ciblés avec des variantes finement adaptées aux capacités du patient est plus pertinent que de proposer un catalogue d'exercices liées à une méthode, appliqués de façon rigide et inadaptée.

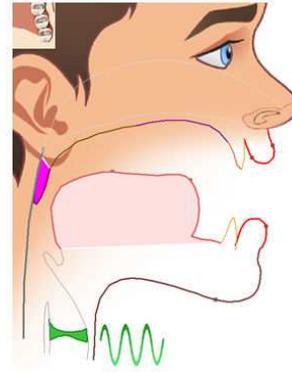


Fig. 1 : à gauche, vidéo de cordes vocales (paralysie CV gauche) : à droite tête animée disponible dans le logiciel Diadolab (module praxies) permettant d'illustrer les notions de résonateurs et donc de timbre

Le feed-back visuel en temps réel permet au patient de comprendre immédiatement les effets d'un bon soutien costo-abdominal sur la structure acoustique de la voix ou encore l'effet d'une attaque bien coordonnée sur la stabilité du son (Figure2). Notre rôle étant de leur expliquer en mots simples, les notions de timbre et s'assurer de la compréhension des exercices qui leur sont proposés. Cette compréhension garantit la motivation à reprendre quotidiennement les exercices à la maison et surtout à les transférer dans des situations d'interactions identifiées comme « à risques » pour le patient.

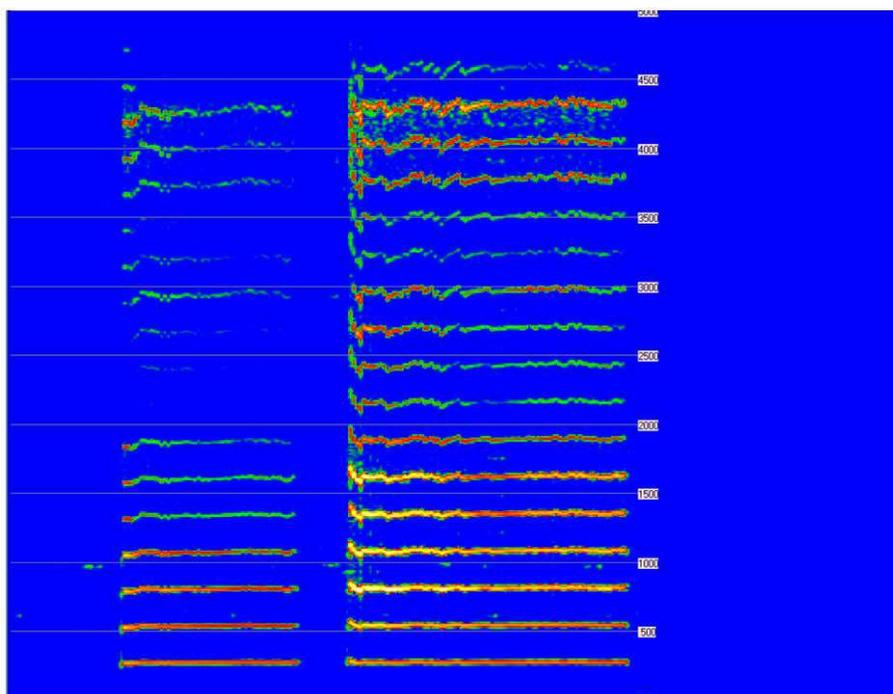


Fig. 2 : Ce spectre en temps réel (VOCALAB 3.7) illustre la notion de timbre : le premier [o] produit est détimbré. L'énergie dans la zone 3500 Hz-4500 Hz est proportionnellement faible alors qu'elle est renforcée dans le second [o] donnant à la voix une meilleure clarté, une impression d'intensité à effort égal.

Le module Praxie dans le logiciel DIADOLAB peut être aussi très utile pour expliquer le rôle des articulateurs dans le timbre de la voix : l'importance de la tension du voile du palais, et de la position basse de la langue dans la résonance du son produit. Ces notions abstraites sont le plus souvent décrites par les thérapeutes, professeurs de chant ou coach vocal par

des métaphores souvent assez éloignées de la réalité physiologique. Or la visualisation vient renforcer la proprioception dont on sait qu'elle est déterminante dans l'ajustement postural spontané (APS) recherché activement en séances.

## **2- La métacognition**

La métacognition se définit comme l'aptitude à comprendre, à expliquer ou à prédire ses propres actions et celles de ses semblables. Elle a été largement étudiée dans un cadre pédagogique mais s'applique aussi dans les champs rééducatifs et thérapeutiques. La plupart des modèles métacognitivistes décrivent une dimension introspective d'abord puis proactive ensuite. Ces mécanismes de régulation et de contrôle sont liés en partie à la proprioception. La métacognition s'inscrit dans une démarche formalisée dès le bilan initial. Celle-ci suppose une certaine aptitude à la proprioception. Plus nos patients perçoivent finement les mouvements dissociés puis coordonnés impliqués dans la phonation, plus aptes ils seront à modifier profondément et durablement leurs habitudes vocales. Il s'agit ici de la proprioception respiratoire, articuloire et laryngée.

### ***Echelle d'auto-évaluation Vocale synthétique corrélée implémentée dans le logiciel VOCALAB version 3.7***

L'auto-évaluation en bilan n'est pertinente que si elle est réalisée avec le patient. Les échelles doivent répondre à un souci actuel d'efficacité. Nous avons élaboré une auto-évaluation simple mais efficace intégrée au logiciel VOCALAB (Figure 3). Cette échelle est novatrice dans le sens où les critères d'analyse sont volontairement corrélés aux indicateurs objectifs et peut être proposée en moins de 7 mn. Elle permet de poser d'emblée les objectifs thérapeutiques. L'utilisation des curseurs et le calcul automatique de la note finale permet de réduire significativement le temps de passation. Le but de cette auto-évaluation est de faire un lien entre l'analyse acoustique et la perception que le sujet a de sa voix. Il est destiné à l'aider à prendre conscience de l'importance de l'adaptation de sa voix aux situations d'interactions qu'il rencontre et des axes thérapeutiques qui découleront de cette première auto-analyse.

Chaque critère correspond à des composantes liées aux marqueurs mais aussi à des critères d'utilisation de la voix au quotidien. Avec l'aide du thérapeute, le patient est invité lui-même à placer le curseur sur le chiffre qui correspond le mieux à ce qu'il perçoit de sa voix, de ses possibilités et de son ajustement. La couleur verte associée au smiley indique clairement un degré de satisfaction élevé. Au contraire la couleur rouge indique des difficultés importantes dont il faudra tenir compte. A chaque chiffre et correspond un texte qui décrit précisément des degrés de difficultés en terme d'intensité et de fréquence.

Un score total définit un niveau de satisfaction global allant de 5 à 25. Il est calculé automatiquement en fonction des scores donnés par les curseurs pour chaque rubrique. Plus le score est faible (proche de 1) plus la gêne est importante. Cette auto-évaluation rapide affiche déjà une sorte de canevas thérapeutique, d'objectifs à atteindre spécifiés dès le début de l'accompagnement qui aidera le thérapeute à prendre la décision d'un début ou d'un arrêt du suivi.

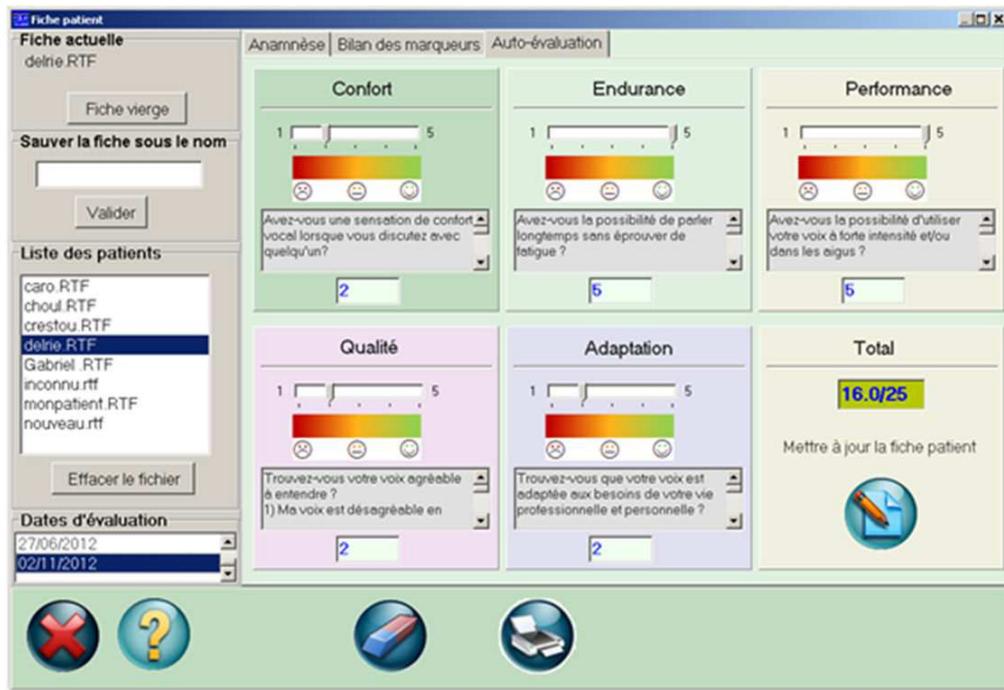


Fig. 3 : écran initial de l'auto-évaluation. Les marqueurs sont positionnés par défaut au niveau 3, intermédiaire entre le niveau 1 (évaluation la plus négative) et le niveau 5 (évaluation la plus positive)

- **Confort** : La notion de « confort » renvoie aux sensations agréables ou désagréables liées à l'utilisation de la voix. Elle est notée de 1 (confort le plus faible) à 5 (confort le plus élevé). Elle fait appel aux **compétences proprioceptives** du patient.

1. Je me sens en permanence une sensation d'inconfort vocal important	2. Je ressens souvent un inconfort vocal	3. Je ressens un inconfort vocal seulement lorsque je parle fort ou que je crie	4. Je ne ressens de l'inconfort vocal que très occasionnellement	5. Je ne ressens jamais d'inconfort vocal
-----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

- **Endurance** : La notion d'endurance renvoie à la capacité du sujet à parler ou chanter longtemps même dans le bruit sans éprouver de fatigue. Elle est notée de 1 (endurance la plus faible) à 5 (endurance le plus élevée). Elle est en lien avec **la durée** d'utilisation de la voix sans fatigue à corréliser avec la pratique, à l'intensité du travail vocal.

1. Je me sens fatigable vocalement en permanence	2. Je me sens souvent fatigable vocalement.	3. Je me sens fatigable seulement quand je parle longtemps	4. Je ne ressens de la fatigue qu'occasionnellement	5. Je ne ressens jamais de fatigabilité vocale même si je parle longtemps
--------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

- **Performances** : Cette notion renvoie **au contrôle des paramètres de la voix** : la hauteur et l'intensité. Elle est notée de 1 (performance la plus faible) à 5 (performance le plus élevée). Le contrôle fin de la hauteur (au niveau laryngé) et le contrôle de l'intensité (gestion de la pression expiratoire). Les deux combinés permettant une certaine souplesse d'utilisation.

1. J'éprouve de grandes difficultés à faire monter ma voix et/ou à parler fort.	2. J'éprouve à des difficultés à parler fort et/ou à faire monter ma voix dans les aigus.	3. Je me sens assez limitée dans ma capacité à parler fort et/ou à faire monter ma voix dans les aigus	4. Je ne perçois des limitations pour parler /chanter à forte intensité ou faible intensité et ou à monter ma voix dans les aigus qu'occasionnellement	5. Je ne perçois aucune limitations pour parler /chanter à forte intensité ou faible intensité et ou à monter dans les aigus.
---------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- **Qualité** : Cette notion renvoie au paramètre de timbre (riche/pauvre, altéré/non altéré). C'est un **critère esthétique** (auditif), noté de 1 (qualité la plus faible) à 5 (qualité le plus élevée). Elle est liée à la propreté spectrale (vibrations parasites) et renvoie à la qualité de l'ondulation des cordes vocales mais aussi à l'utilisation des capacités résonnantes de la voix (formant extra-vocalique).

1. Ma voix est désagréable en permanence (soufflée, voilée, éraillée, bruitée)	2. Ma voix est souvent désagréable (soufflée, voilée, éraillée, bruitée)	3. Ma voix est parfois désagréable	4. Ma voix n'est occasionnellement désagréable à entendre.	5. Ma voix est toujours agréable et ne s'altère jamais
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

- **Adaptation** : Cette notion fait référence à la qualité de **l'ajustement de la voix** aux différentes situations d'interactions auxquels est confronté le patient dans son quotidien (personnelle et/ou professionnelle). Elle est notée de 1 (adaptation la plus faible) à 5 (adaptation le plus élevée). Cette notion sera à détailler lors du suivi. Elle est la conséquence de tous les autres points. Si la qualité de la voix perturbe les interactions, si l'inconfort lié au serrage contribue à réduire les échanges, si la fatigabilité en situation de bruit par exemple intervient très vite et conduit le patient à des situations d'évitement ou de compensation inadéquates alors cela signifie que la voix n'est pas adaptée.

1. Je perçois un malaise important chez les autres à cause de ma voix	2. Je me sens peu à l'aise en société à cause de ma voix	3. Il m'arrive de ne pas me sentir très à l'aise en société à cause de ma voix	4. Je ressens ma voix comme plutôt adaptée à mes différentes situations d'interactions	5. Je perçois que ma voix est bien adaptée à mes différentes situations d'interactions
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

**Total : score sur 25 :**

- Score total de 5 à 8 : grade 1 : dysfonction grave
- Score total de 9 à 12 : grade 2 : dysfonction sévère
- Score total de 13 à 16 : grade 3 : dysfonction moyenne
- Score total de 17 à 21 : grade 4 : dysfonction légère
- Score total de 22 à 25 : grade 5 : aucune dysfonction

L'augmentation des performances permettra d'améliorer le confort donc l'endurance. Le rendement laryngé sera meilleur. L'adaptation de la voix à la vie personnelle et professionnelle est l'objectif ultime du suivi. Cette échelle est en cours de validation dans le cadre d'une ERU (Equipe de Recherche UNADREO 15).

Lorsque l'accompagnement a bien avancé selon les axes thérapeutiques définis au début, il peut être utile surtout si la progression n'est pas significative de revenir à cette auto-évaluation rapide pour évaluer les progrès et ré-orienter éventuellement les axes thérapeutiques. Il est aussi très utile et complémentaire d'élaborer avec le patient une auto-évaluation personnalisée (A.E.P)

### ***L'auto-évaluation personnalisée***

Ce travail permet de replacer le patient au cœur de son suivi, de le rendre acteur et de le placer dans un processus d'autonomie. Pour être finement ajusté à la problématique du patient, ce questionnaire d'autoévaluation doit s'élaborer avec son entière coopération. L'incitation à la formalisation de l'auto-évaluation permet de définir des objectifs à court et moyen terme, d'évaluer l'efficacité des stratégies et des exercices proposés, d'évaluer la proactivité et l'implication du patient et enfin le transfert des compétences et stratégies apprises en séance dans des situations d'interactions quotidiennes. Le questionnaire comporte généralement plusieurs rubriques. Nous en donnons quelques exemples non exhaustifs ci-dessous.

- Planification d'habitudes de vie plus adaptées

*Ex : « je sais que j'ai besoin de 9 h de sommeil, je fais en sorte de les respecter »*

*Ex : « je sais que le stress et le surmenage contribuent à mon hypertonie, je m'octroie régulièrement des pauses respiratoires pour diminuer mon état tonique »*

- Rendre conscient des habitudes nocives et trouver des stratégies pour en limiter l'impact

*Ex : « je diminue ma consommation de cigarettes »*

*Ex : « je sais que le fait de racler et tousser sans arrêt altère la muqueuse de mes cordes vocales alors j'essaie d'avalier ma salive ou de boire pour l'éviter »*

*Ex : « Je sais que parler longtemps avec le téléphone coincé sur l'épaule augmente mes risques de forçage alors je limite les conversations ou j'évite cette posture »*

- Activation des processus attentionnels

*Ex : « je fais attention à ma posture et à ma respiration »*

*Ex : « Je fais attention à ma voix »*

- Anticipation des situations à risques

*Ex : « je sais que lorsque je parle à mon voisin trop longtemps dans le bus en tournant la tête, je fatigue ma voix alors je me positionne mieux et je sur-articule pour diminuer le risque de forçage »*

*Ex : « Je sais que je suis exposée aux échanges dans des ambiances très bruyantes, alors je m'y prépare et j'adapte mon geste vocal »*

- Activation des capacités d'introspection et de proprioception

*Ex : « j'essaie d'identifier le plus finement possible le seuil au-delà duquel je sens que mon larynx se serre et que je force ».*

*Ex : « j'essaie de ne pas prolonger une phrase alors que je n'ai plus la pression expiratoire suffisante ».*

- Mise en œuvre et applications des consignes et exercices

*Ex : J'utilise mes compétences vocales travaillées en séance dans les situations que j'ai identifiées préalablement comme étant à risque vocalement »*

*Ex : « je m'entraîne très régulièrement pour améliorer mes performances vocales car je sais que cela contribuera à diminuer et faire disparaître mes difficultés et à augmenter mes performances et mon endurance vocale ».*

- Evaluer le degré d'autonomie

*« J'ai confiance en mes possibilité d'évoluer avec aide »*

*« J'ai confiance en mes possibilités d'évoluer sans aide »*

La réponse aux questions peut se faire de façon analogique (barrette comportant 10 cases) notées de 0 à 10 ou digitales avec 5 choix possibles (pas du tout, pas vraiment, parfois, souvent toujours). Le patient colorie la petite case correspondant à son ressenti sincère. Cette échelle est imprimée et confiée au patient qui doit s'évaluer une fois par mois. Les échanges autour de l'évaluation permettent de voir les progrès et d'identifier très vite les résistances. Il est important que le nombre d'items n'excèdent pas 6 ou 7 afin que le patient s'en rappelle en l'absence de l'exemplaire imprimé. Sélectionner les items les plus pertinents est donc une nécessité.

Nous illustrons nos propos par une recopie d'un questionnaire AEP élaboré en séance avec Mme Uth. Cette dame de 77 ans souffre d'une immobilité laryngée. D'origine espagnole, elle est prolixe et parle fort ! Elle souffre aussi de problèmes de posture (graves lombalgies). Les marques roses correspondent à l'évaluation initiale, les marques vertes à l'évaluation faire un mois après.

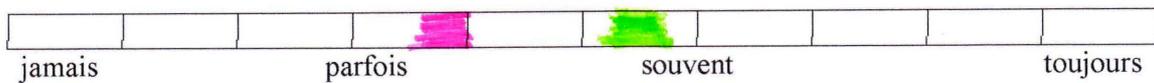
*Exemple de Mme UTH*

### AUTO-EVALUATION PERSONNALISEE (A.E.P)

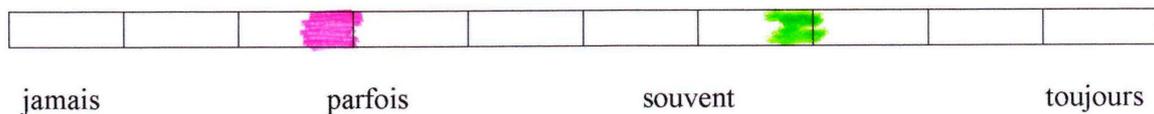
Dates :

Code de couleur (une par date) ■ 15/10/12 ■ 18/11/12

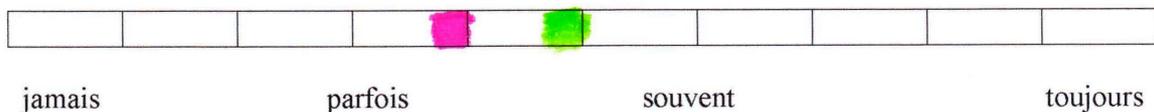
**1. Je sais que le fait de faire attention à ma respiration contribue à la qualité de mon geste vocal donc j'y pense :**



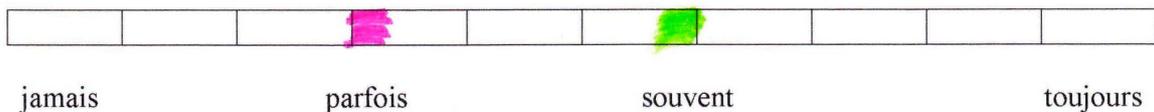
**2. Je sais que le fait de faire attention à ma posture (avancée du menton) contribue à la qualité de mon geste respiratoire et vocale donc j'essaie d'y penser**



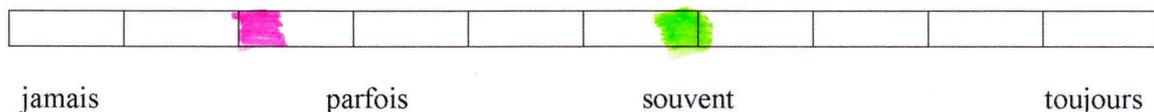
**3. J'essaie d'identifier les situations susceptibles de générer un forçage et de mettre en application un geste vocal approprié à cette situation :**



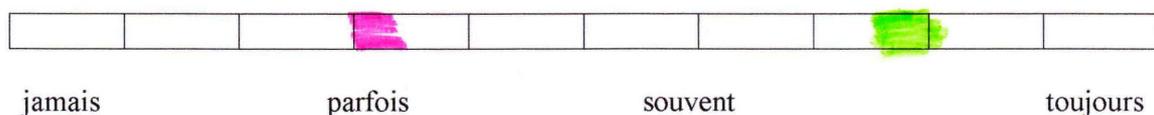
**4. J'essaie d'identifier le plus finement possible le seuil au-delà duquel je sens que mon larynx se serre et que je force**



**5. J'essaie de bien articuler voire de surarticuler pour favoriser la résonance et donc mon intelligibilité**



**6. J'essaie de m'entraîner à moduler davantage ma voix en racontant des histoires aux enfants.**



Cette analyse comparative permet de voir les progrès et de visualiser le chemin à parcourir jusqu'à l'autonomie complète.

### 3- Importance de la qualité de la relation thérapeutique :

La réussite d'un suivi est aussi liée à la qualité de la relation thérapeutique : les modèles bipolaires de type « hiérarchiques » (celui qui sait/celui qui fait mal) sont éculés. La triangulation :

- Accompagnant
- feed-back objectif (outil d'analyse + AEP)
- sujet souffrant mais compétent et actif

est plus respectueux et efficace. Ce fonctionnement permet de limiter la charge affective et rééquilibre la responsabilité thérapeutique.

Quelques principes ont été formalisés ci-dessous :

- Le **Principe d'empathie et de bienveillance** : le patient doit se sentir accueilli, écouté, sa plainte entendue, reformulée et précisée lors de l'anamnèse.
- Le **Principe de transparence** : la pathologie, le trouble doit être clairement expliqué avec des supports adaptés (éducation thérapeutique)
- Le **Principe de compétence** : (Partir du principe que le patient peut et sait plutôt que l'inverse), s'appuyer sur ses points forts
- Le **Principe de confiance** réciproque dans la capacité du thérapeute à aider son patient et la capacité du patient à respecter le cadre thérapeutique (régularité et ponctualité).
- Le **Principe d'adaptabilité** : le thérapeute doit faire preuve de flexibilité mentale et grâce à une écoute et une observation continue peut modifier **à tout moment** les axes thérapeutiques en fonction de l'évolution propre à chaque patient.
- Le **Principe de diversité** : le thérapeute évitera d'appliquer des méthodes figées avec une progression rigide mais doit pouvoir s'ouvrir à la multiplicité des approches et proposer des exercices adaptés à chaque type de pathologie. Il doit pouvoir mettre en œuvre des dispositifs combinés en partenariat avec d'autres disciplines médicales (phoniatry, otorhinolaryngologie, pneumologie etc...) et paramédicales (ostéopathie, relaxation, sophrologie).
- Le **Principe de créativité** : (le patient peut-être créateur de son devenir : il s'agit de l'inciter à juger lui-même de ce qu'il produit ou fait, de ce qui est bien pour lui, en ne lui donnant pas les solutions immédiatement mais en lui donnant les pistes pour les trouver seul. Trouver des stratégies, des postures adaptées à ses interactions quotidiennes.
- Le **Principe d'autonomie** : le but ultime du travail étant qu'il puisse trouver lui-même avec notre aide, les stratégies les plus efficaces et adaptées à son trouble
- Le **Principe de relativité** : le thérapeute peut par sa bienveillance et son humour, aider le patient à accepter son trouble ainsi que les limites de l'aide orthophonique, relativiser les difficultés sans les nier et avoir progressivement une certaine mise à distance lui permettant d'avancer plus sereinement.

Ces principes appliqués garantissent l'adhésion et la motivation du patient même pour des suivis qui peuvent être long avec une issue incertaine.

### 4- Conclusion

L'éducation thérapeutique est une approche responsabilisante incitant les thérapeute à partager des connaissances et des savoir-faire. L'approche métacognitive basée sur l'auto-évaluation donne un cadre rassurant, motivant pour le patient. Il se sent responsable de sa

progression et acteur de son devenir. L'autonomie par le transfert des compétences est acquise plus rapidement. Cette approche permet une bien meilleure définition des modalités de suivi et aide le thérapeute dans la prise de décision (nombre de séances à prévoir, fréquence, arrêt ou report de suivi). Ces techniques rééquilibrent la responsabilité thérapeutique. L'orthophoniste ne « prend pas en charge » mais « accompagne » le patient. S'il y a échec ou abandon, la responsabilité est alors partagée car les résistances auront été rapidement détectées lors de l'auto-évaluation. Le thérapeute peut aussi décider de stopper et /ou de différer un suivi si les résistances sont trop fortes (demandes émanant d'un tiers le plus souvent). Les méthodes d'auto-évaluation peuvent se mettre en œuvre très tôt vers l'âge de 8 /9 ans à partir du moment où l'enfant a acquis une certaine maturité et autonomie de pensée.

Cette mise en œuvre est d'autant plus justifiée que le trouble est sévère et que la participation active et régulière du patient aux séances est importante. Cette méthode est humainement riche car flexible. L'auto-évaluation personnalisée complétée par une évaluation objective se révèle efficace car parfaitement ajustée à la personnalité, le mode de fonctionnement, les aptitudes ou difficultés du patient.