n° 56
Mars 2008

POUR LA RECHERCHE

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

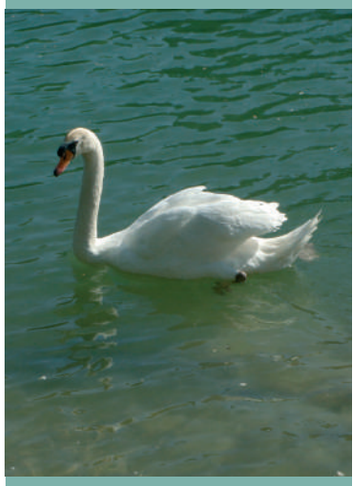
8 €

Editorial

- Monique Thurin -

Sommaire

◆ Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (2)
- Compte rendu des questions posées au cours de la Journée du 25 avril 2008



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr M. Falk-Vairant,
Dr J. Garrabé,
Dr N. Garret-Gloanec,
M. Thurin, M. Villamaux

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

● Le 25 avril 2008, s'est tenue la première réunion d'information et d'échanges sur le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*. Malgré la période des vacances scolaires, de nombreux participants de toute la France et regroupant différents secteurs d'activité sont venus écouter et poser des questions. Ces dernières ont cerné différents niveaux engagés par le travail des études systématiques de cas prévu dans le réseau.

Après une introduction de la journée par Olivier Lehembre, Bruno Falissard et Jean-Michel Thurin, Bruno Falissard a présenté le réseau de façon générale. Il est ainsi revenu sur le projet scientifique de base et sa méthode, son organisation et les retombées attendues, notamment en terme de publications.

Les questions éthiques traitées par Jean-Christophe Thalabard ont fait peser toute la difficulté d'un travail concernant des personnes, leur identité, leur intégrité, leur souffrance. Bien sûr, toutes ces questions sont dans la tête du clinicien et il est apparu qu'elles étaient au coeur du réseau déjà dans son texte de base "ne doit pas entraver le cours normal de la psychothérapie" et ce à quelque niveau que ce soit pour le patient inclus dans l'étude. Il doit être prévenu et avoir donné son accord.

L'après-midi Jean-Michel Thurin a présenté la méthodologie des études et là encore de nombreuses questions ont été posées, concernant notamment l'inclusion des patients dans les trois thèmes retenus pour cette année : Autisme, Borderline, Alzheimer. La méthodologie inscrite dans le réseau fait ressortir un suivi de patient en psychothérapie pendant un an. De ce fait, une autre question importante a été de résoudre l'inclusion des cas à partir de pratiques spécifiques, notamment chez les patients borderline (en institutions par exemple où ces patients sont hospitalisés à partir d'un passage à l'acte puis sortent et ne reviennent pas toujours aux entretiens ou plusieurs mois après, ou ceux encore qui sont dans des structures pour des temps définis et ne sont suivis que six mois, et encore, les sorties de traitement).

Ensuite, les responsables des pôles sont venus présenter leur cadre clinique et méthodologique dans les grandes lignes. D'abord Geneviève Haag pour l'autisme, Marie-Christine Cabié pour les patients Borderline, Philippe Robert pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Encore une fois, les questions très précises qui ont été posées ont souligné l'implication et la réflexion déjà engagées des personnes présentes, que cela soit dans le domaine de la clinique, du diagnostic, de la méthodologie et de la faisabilité.

Monique Thurin a présenté concrètement les moyens de communication intégrés à ce réseau, tant pour l'aide apportée aux groupes de pairs et à l'ensemble des participants, qu'au niveau de la méthodologie, de la documentation, de la formation....

Jean-Michel Thurin a présenté pour finir un calendrier des prochaines étapes, détaillé page 11 de ce numéro.

Bruno Falissard a invité chacun des participants à penser, dès à présent, comment il envisage d'inclure dans l'étude un (ou plusieurs) de ses cas.

Des échanges tout à fait passionnants ont accompagné chaque intervention permettant une visibilité des interrogations et éclairant les moyens à mettre en place dans l'organisation générale du réseau. Nous avons voulu en rendre compte dans ce numéro avec pour commencer le point de vue de Jacques Louys et Didier Houzel. ●

* http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Journee250408.html

Pour commencer...

Deux cliniciens donnent leur point de vue sur cette Journée.

- **Jacques Louys**

Pour un psychiatre libéral, la recherche sur le terrain, c'est du pain béni. Car il y a le problème de la réduction en science : pour trouver des régularités singulières et évaluables, il faut simplifier le champ d'étude. Mais si on simplifie trop, on perd l'objet même de l'étude pour n'en aborder finalement qu'un petit bout non pertinent.

Ce problème dans notre champ psy est redoutable et peu discuté. La plupart des études cliniques publiées n'expliquent pas la réduction dans lesquelles elles se placent et comment elles vont éviter ce biais. Elles utilisent généralement pour la recherche le manuel DSM qui ne définit pas au départ ce qu'est le « mental » censé être l'objet des perturbations relevées et qui ne définit pas non plus ensuite les réductions utilisées. Les libéraux contestent alors vigoureusement la pertinence et la valeur scientifique de ces études, ce qui les fait entrer en conflit ouvert avec ceux qui se sont donné tant de mal pour réaliser les études et construire des référentiels.

Dans cette étude clinique, on suit un cheminement différent : au départ, c'est le clinicien qui inclut son patient réel non réduit d'avance par un manuel dédié. Le DSM n'est posé qu'en comparatif. L'expérience des groupes de pairs montre que l'accord clinique est relativement facile à réaliser pour réussir la formalisation du cas à quelques uns, surtout qu'un gros travail épistémologique a déjà été fait pour préparer l'étude par M. et Mme Thurin. Il est remarquable que l'orientation théorique des professionnels n'est pas vraiment un obstacle en pratique clinique. La formation à cette formalisation du cas sera de toute façon assurée.

On peut espérer, par cette façon de procéder, que l'objet d'étude ne sera pas trop réduit dans les filtres successifs qui seront mis en place, y compris dans l'analyse terminale de contenu. Il serait intéressant d'en discuter au fur et à mesure de l'étude et de garder les traces de ce débat. Cela contribuerait grandement à la qualité finale de l'étude réalisée par le réseau et à sa crédibilité auprès des professionnels libéraux.

- **Didier Houzel**

La nécessité d'évaluer les pratiques psychothérapiques répond à plusieurs objectifs : scientifique, économique, politique.

L'objectif scientifique est pour moi le premier et le plus fondamental. Toute activité humaine qui se réclame d'une certaine scientificité doit pouvoir établir des procédures qui valident ses bases théoriques et leur mise en application pratique. Je soutiens que les pratiques psychothérapiques, incluant celles qui se fondent sur la théorie psychanalytique, doivent revendiquer un statut de scientificité sous peine de se voir réduites à des pratiques ésotériques réservées à des adeptes d'une croyance qui n'aurait de compte à rendre à personne.

Le séminaire de présentation du réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques nous a présenté une méthodologie qui répond à la première étape de toute démarche scientifique : l'explicitation des procédures en jeu. A ce titre il a ouvert un nouveau champ de réflexion pour les psychothérapeutes, quelle que soit la forme de psychothérapie pratiquée. Trop souvent, les psychothérapeutes se contentent d'une évaluation autoréférentielle : ce que prédit leur théorie de référence se trouve alors ipso facto validé sans qu'il soit besoin de recourir à une quelconque procédure extérieure à leur propre impression d'être utile à leurs patients. Toute pratique psychothérapique, par nature, implique la subjectivité du thérapeute. Il n'en est que plus important de ne pas s'arrêter à une évaluation subjective brute pour juger de l'efficacité d'un traitement et du bienfondé de ses soubassements théoriques. Chacun est persuadé de « faire du bien » à ses patients et il est nécessaire qu'il en soit ainsi pour fonder une alliance thérapeutique, entretenir l'espoir d'amélioration quelle que soit la lenteur de l'évolution et quels que soient les avatars que l'on peut rencontrer en cours de route. Autant la conviction d'être utile au patient est nécessaire au démarrage et à l'entretien d'un processus thérapeutique, autant elle ne peut suffire à en évaluer la qualité et l'efficacité réelle.

Une procédure d'évaluation des résultats, telle que celles fondées sur la randomisation d'une cohorte et sa comparaison statistique avec un groupe contrôle, outre les difficiles problèmes techniques qu'elle suppose, a l'inconvénient de passer une étape essentielle. Qu'appelle-t-on « résultats » dans le champ des psychothérapies ? Faut-il les juger sur la seule disparition des symptômes, avec souvent une grande incertitude quant à la permanence des résultats ainsi obtenus ? Faut-il exiger des modifications au-delà des symptômes observables, c'est-à-dire dans le fonctionnement psychique des patients ou dans l'organisation de leur personnalité ?

Mais ne risque-t-on pas alors de retomber dans l'autoréférence, chaque théorie de référence définissant en son sein quel type de fonctionnement mental est sain et quel type est pathologique, quelle structure de personnalité est normale et quelle structure est déviante ? Par ailleurs, les approches psychothérapiques dirigées directement sur la réduction voire la disparition des symptômes auront par principe l'avantage sur des approches psychothérapiques qui s'adressent préférentiellement à des niveaux sous-jacents. La pratique des psychothérapies chez les enfants à rendu particulièrement prudents nombre de spécialistes dans ce domaine en montrant que la disparition d'un ou de plusieurs symptômes ne signifiait pas, loin s'en faut, la résolution des problèmes de l'enfant. Ces problèmes peuvent se déplacer sur d'autres aspects du développement psychique que ceux qui étaient impliqués à l'origine, avec parfois une aggravation de leur signification pronostique malgré une expression pauci-symptomatique voire asymptomatique (que l'on songe par exemple à certains traitements d'énurésie ou d'encoprésie qui aggravent la conflictualité inconsciente au lieu de la réduire).

La proposition faite dans le projet de recherche soutenu par le réseau de partir des pratiques psychothérapiques, sans exclusives quant à l'orientation théorique de ces pratiques, et de soumettre l'évolution du traitement à des évaluations extérieures à l'appréciation du psychothérapeute lui-même, selon des procédures rigoureuses et validées, a l'intérêt considérable de sortir la question de l'évaluation de l'autoréférence et de faire préciser les mécanismes en jeu dans les psychothérapies en question. Il n'est pas interdit de penser que, dans une étape ultérieure, des méthodes d'évaluation fondées sur l'analyse statistique des résultats sera possible, mais alors dans un paysage éclairci par cette première étape et dégagé de présupposés qui entachent actuellement la comparaison entre les différentes approches thérapeutiques d'une aura

idéologique, faute de pouvoir préciser ce qui marche et ce qui ne marche pas dans les approches respectives.

Il m'a paru très important et très encourageant que les discussions au cours de ce séminaire évitent ces querelles idéologiques et s'engagent sur la base d'un respect pour toutes les formes de psychothérapies qui acceptaient de se soumettre aux procédures proposées. Il est particulièrement réconfortant pour le praticien que je suis d'entendre des chercheurs soutenir que l'efficacité des psychothérapies n'est plus à démontrer, même s'il y a lieu de la préciser dans certains champs de la psychopathologie. Cette reconnaissance m'a paru une base nécessaire pour fonder la coopération entre thérapeutes et chercheurs. Réciproquement, les nombreux psychothérapeutes présents à la réunion ont donné le sentiment de reconnaître la validité de la méthodologie proposée et, d'une manière plus générale, la nécessité de soumettre leurs pratiques à des procédures de validation. On était loin des jugements sans procès des uns et de la prétention à l'autosuffisance des autres qui trop souvent tiennent lieu d'arguments pour clore tout débat avant même qu'il ne soit ouvert.

Le deuxième objectif auquel doit répondre un effort d'évaluation des psychothérapies est d'ordre économique. Trop souvent, l'argument économique sert de repoussoir, comme s'il était honteux de soulever la question du coût d'un traitement par comparaison avec d'autres traitements dès l'instant qu'il s'agit d'une pathologie mentale. C'est oublier que depuis longtemps, et je suis de ceux qui pensent que cela est heureux, les demandes de psychothérapies sont sorties de la sphère d'un exercice strictement privé. Dès l'instant où il y a un tiers payant (la Sécurité Sociale et les Mutuelles dans le système français) ou que le traitement est financé par des budgets publics (comme c'est le cas dans les secteurs de psychiatrie), il est parfaitement illusoire d'échapper à toute demande d'évaluation en termes de coût et d'efficacité.

Certes, ce sont des domaines bien éloignés des préoccupations immédiates du psychothérapeute, qui peuvent lui paraître même opposés à la démarche qu'il entreprend pour aider son patient (que l'on pense par exemple à la comptabilité en termes d'actes qui tend à s'imposer dans les services publics). Naturellement les psychothérapeutes se sentent insuffisamment formés pour gérer ces questions qui les inquiètent légitimement. La plus mauvaise des réponses dans une telle situation est celle de la politique de l'autruche : ne rien vouloir voir ni savoir du problème dont on laisse la solution à d'autres quitte à juger ces autres incompétents, voire malveillants. Il est urgent que les thérapeutes adoptent là comme ailleurs le principe de réalité qui dit que s'il y a un budget pour financer leurs activités, ils sont redevables de ce budget aux yeux de la collectivité et qu'ils leur incombe de participer à des procédures d' évaluation d'efficacité, voire de rapport qualité/prix. Il leur appartient de surmonter leurs peurs a priori et de réduire les clivages qui fonctionnent trop souvent dans les milieux soignants où toute personne qui dispense des soins se situe du bon côté et place du mauvais côté ceux qui en évaluent le coût. L'expérience montre de manière répétée que cette politique de l'autruche ne peut conduire qu'au pire. La réalité, sous la forme de contrainte économique, finit toujours par s'imposer, mais souvent de la pire façon si les praticiens se désintéressent de la question pour laisser à des administratifs la tâche de trouver des solutions. Je pense à cet égard qu'il est très important d'avoir obtenu l'agrément de l'Inserm pour conduire cette recherche, agrément qui devrait peser de tout son poids à l'heure des choix et des ajustements budgétaires.

Le troisième argument est politique au sens large du terme. Défendre, dans le champ des activités soignantes, les approches psychothérapeutiques rejoint une certaine vision de l'homme et de la société et à ce titre relève d'une action politique. L'enjeu est évidemment considérable pour les patients, pour leurs familles et pour les psychothérapeutes eux-mêmes. Il n'est pas moins important pour la société dans laquelle nous vivons. Si l'on peut définir la psychothérapie en général comme l'influence d'un psychisme sur un autre psychisme à des fins thérapeutiques, elle ne se conçoit que dans une société où une telle influence peut être libre de toutes contraintes extérieures, où elle ne répond à aucun dogmatisme et où elle accepte d'être jaugée à l'aune d'une évaluation empirique de ses effets bénéfiques. Notre société est légitimement de plus en plus exigeante sur ces différents points au risque de basculer dans une illusion scientiste qui lui ferait croire que les seules approches valables et dénuées d'arrière pensée sectaires seraient celles qui auraient apporté la preuve ou prétendraient l'avoir apportée d'une validité objective telle que la préconise de nos jours l'*evidence based medecine*. Face à cet enjeu politique, dont les ramifications sont profondes, les arguments de l'approche psychothérapique sont fragiles. Elle se trouve d'ores et déjà écartée, au nom d'un manque d'objectivité et de scientificité, de bien des lieux où la science se fait ou croit se faire. Si les psychothérapies veulent continuer de se développer, elles n'ont pas d'autre choix que celui de la rigueur et de l'explicitation de leurs procédures de façon à convaincre les décideurs que l'esprit scientifique n'est pas forcément là où on s'en réclame le plus fort, mais là où on s'y soumet le plus totalement.

Au total, je place de grands espoirs dans le travail proposé par le réseau de recherches sur les pratiques psychothérapiques. Pour la première fois, à ma connaissance, il abolit les cloisons qui séparent la rigueur méthodologique et l'engagement thérapeutique. Il ne demande en rien aux psychothérapeutes de renoncer à la place de leur subjectivité dans leur pratique. Il les invite par contre à soumettre cet engament subjectif à une procédure d'explicitation qui non seulement peut permettre de confirmer la validité de leurs pratiques, mais peut aussi les aider à approfondir et à clarifier leurs références théoriques, autrement dit à mieux penser ce qu'ils font et à mieux comprendre ce qui se passe dans les traitements qu'ils conduisent. Loin de toute forme de « police épistémologique » que dénonçait Gaston Bachelard, la démarche proposée laisse entrevoir l'espoir d'une validation de ce qui mérite d'être validé et peut-être, pourquoi pas, d'élaguer de nos pratiques et de nos théories ce qui ne répondrait pas aux exigences d'une procédure de validation. ●

Retenez sur votre agenda la Journée d'étape du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

Le 5 décembre 2008

Elle se tiendra à Paris.
Le lieu sera communiqué ultérieurement.

Suivez l'information sur le site du Réseau

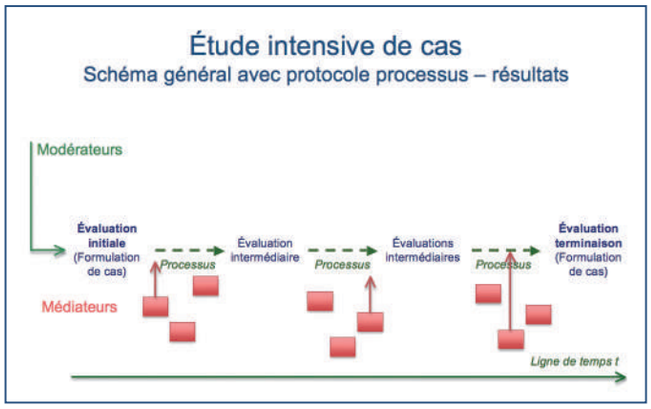
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

** Sigles utilisés dans les textes :*

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés
CPQ : Child Psychotherapy Q-set
EBM : Evidence Based Medicine
ECR : Essais contrôlés randomisés
EFP : Echelles de fonctionnement psychodynamique
ESM : Echelle Santé-Maladie
FFP : Fédération Française de Psychiatrie
PQS : Psychotherapy Process Q-set
TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

Définitions et schémas pour éclairer la démarche...

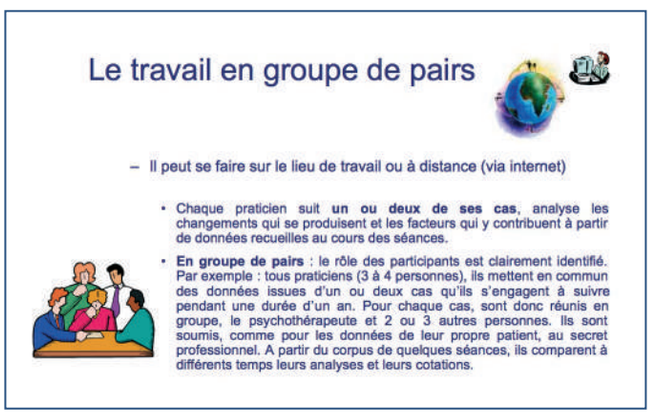
Par Jean-Michel Thurin

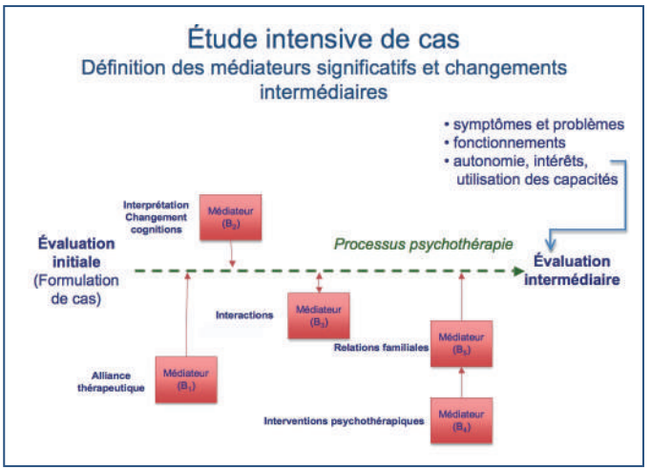


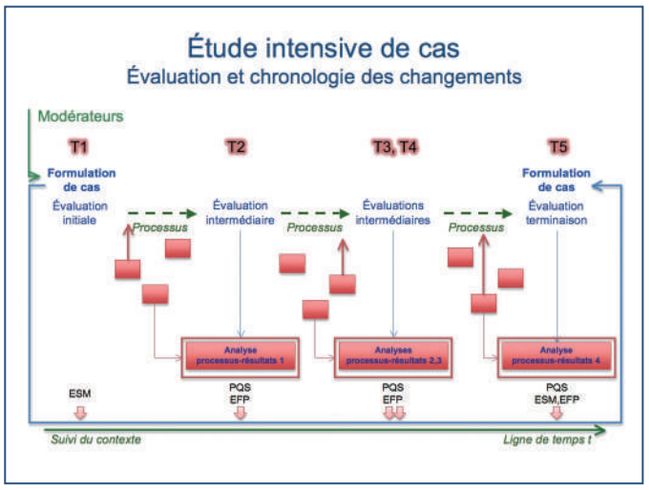
Modérateur : **variable qui délimite les conditions suivant lesquelles un traitement est associé à un résultat.**
Une caractéristique qui influence la direction ou l'amplitude de la relation entre une variable explicative x (par exemple, une situation) et une variable à expliquer y (un passage à l'acte). Si la relation entre la variable x et la variable y varie suivant qu'il s'agit d'hommes ou de femmes, le genre est un modérateur de la relation. Les modérateurs sont reliés aux médiateurs et aux mécanismes parce qu'ils suggèrent que des processus différents peuvent être impliqués (p.e., pour les hommes et pour les femmes) (Kazdin 2007).

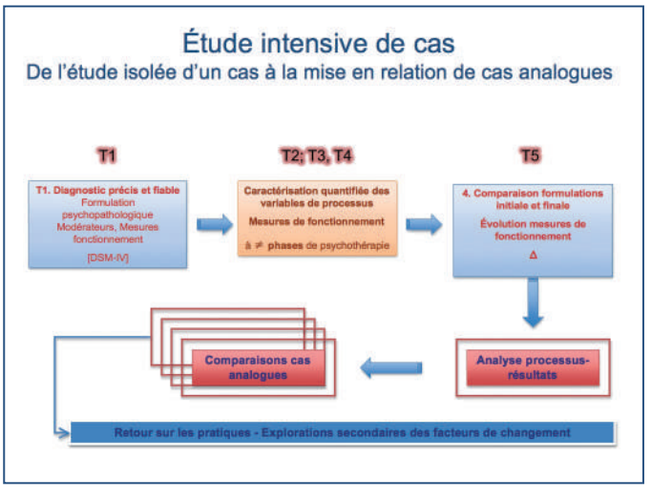
Médiateur : variable impliquée dans le processus de changement.
Une variable d'intervention qui peut compter (statistiquement) dans la relation entre la variable explicative et la variable à expliquer. Quelque chose qui intervient dans le changement peut ne pas expliquer nécessairement par quel processus le changement s'est produit. Le médiateur pourrait être également un représentant d'une ou plusieurs autres variables ou être une construction générale qui n'est pas nécessairement destinée à expliquer les mécanismes de changement. Un médiateur peut être un guide qui oriente sur des mécanismes possibles sans être nécessairement un mécanisme (Kazdin 2007).

Formulation de cas : une synthèse organisée des principaux éléments qui conduisent à un diagnostic psychopathologique approfondi et à des hypothèses pour engager une stratégie thérapeutique individualisée.
Un processus intégratif qui synthétise la compréhension que l'on a des facteurs complexes impliqués dans le développement des problèmes présentés par un patient et de leur interaction (Winters 2007).
Une compétence au cœur de la psychothérapie qui se trouve à l'intersection du diagnostic et du traitement, de la théorie et de la pratique, de la science et de l'art, de l'étiologie et de la description (Eells 2007).









Questions/Réponses avec les participants à la Journée du 25 avril

Compte rendu réalisé par
Monique Thurin, Marie-Christine Cabié, Jean-Michel Thurin et Michaël Villamaux

Nous avons souhaité, dans ce numéro, nous appuyer sur les questions posées par les participants au cours de la Journée et les réponses qui ont été apportées afin d'être au plus près des cliniciens vis-à-vis de leur participation au Réseau.

Participation au réseau

Pour devenir membre du réseau, il est demandé :

✓ d'avoir une pratique psychothérapique effective et de s'impliquer dans une action d'évaluation de psychothérapies ou d'interventions psychothérapiques à partir de l'une des trois problématiques retenues pour les années 2008-2009 : processus de développement dans l'autisme et les dysharmonies chez l'enfant ; psychothérapie des patients borderline et interventions psychothérapiques dans les processus de passage à l'acte ; interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement et la dépression de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ;

✓ d'avoir la possibilité de consacrer au moins une demi-journée par mois au travail de recherche et de participer aux formations initiales à la méthodologie ;

✓ d'avoir un équipement informatique relativement récent ;

✓ d'être membre d'une des associations de la FFP (sauf cas particulier après accord).

Les praticiens intéressés sont invités à adresser ou confirmer leur candidature en indiquant leur lieu d'exercice, dans quel pôle ils souhaitent s'inscrire, quel est leur cadre d'exercice (libéral / public) et avec quelle approche générale. (*cf. PLR* 55)

Constitution des groupes de pairs

Un groupe de pairs réunit trois ou quatre cliniciens. Chaque clinicien participe à l'évaluation d'un cas issu de sa pratique et d'un cas émanant de chacun des autres cliniciens. L'évaluation se déroule à partir de la méthodologie proposée par le réseau (*cf.* méthodologie des différentes étapes). Dans un groupe de pairs composé de trois cliniciens, trois cas feront donc l'objet d'une étude systématique durant un an.

Les groupes de pairs se constituent à l'intérieur de chaque pôle auquel participe le clinicien : autisme, borderline, alzheimer. Cette constitution sera initiée au cours de la première réunion générale de chaque pôle. Dès à présent des groupes de pairs sont déjà consitués. Les groupes peuvent se constituer localement et/ou par affinité (les personnes se connaissent), mais également par regroupement avec des pairs exerçant dans un autre cadre de travail que le leur. La technologie internet permet de réaliser les différentes évaluations à distance et dans de bonnes conditions.

Méthodologie

Éléments de définition/Méthodologie

Variables à expliquer, variables explicatives

En épidémiologie, on cherche à expliquer une maladie par une liste de facteurs de risque. Par exemple, pour le cancer du poumon (variable à expliquer), les variables explicatives seront le tabac, travailler dans une mine, les antécédents familiaux, etc.

Ce que l'on veut expliquer ici, par exemple, ce sont les passages à l'acte chez le patient borderline (mieux les comprendre pour éviter leur recours), le développement du patient autiste, les troubles du comportement (mieux les comprendre pour mettre en œuvre des réponses adaptées) chez le patient Alzheimer. Les variables explicatives : tous les facteurs que l'on veut étudier pour aborder la survenue de ces événements et leur résolution.

A ces variables, il faut ajouter celles du contexte… Le thérapeute devra renseigner pour chacun de ses patients un minimum de points, par exemple, dans quelles circonstances il a été hospitalisé, l'ancienneté de ses troubles, etc. Toutes ces variables de contexte permettront d'éclairer le poids des variables explicatives.

Q - Dans les variables à expliquer, il y a à la fois un trouble ou une évolution et un terrain. Comment peut-on homogénéiser les données de recherche pour les trois terrains ? Il y a aussi une question qui est celle du contrôle de l'environnement, prise comme variable de risque ou de changement favorable. Pour les passages à l'acte, pour l'Alzheimer, comment allez-vous faire pour prendre en compte ces variables ?

C'est en effet prévu. La conception méthodologique choisie pour le réseau, celle des études systématiques (ou intensives) de cas, est très différente de la démarche expérimentale des études d'efficacité portant sur des groupes. Dans ces études, la démarche est de se centrer sur l'homogénéité d'un groupe auquel une intervention est appliquée (à partir de critères diagnostiques d'inclusion très stricts concernant un trouble isolé) et de contrôler tout ce qui peut menacer la démonstration de la relation causale recherchée (l'efficacité de l'intervention psychothérapique définie appliquée pour ce trouble) en éliminant tout ce qui peut menacer la démonstration de cette relation (le contexte et le processus naturel de guérison si la durée de la thérapie est trop longue, la flexibilité individuelle du praticien dans l'application de la technique testée, les « comorbidités », etc.). Dans l'approche qui est proposée par le réseau, on part de ce qui existe (avec naturellement un minimum de bornes), en l'observant et le décrivant aussi bien que possible. Les principales variables spécifiques au patient, au thérapeute et au contexte (qui peut être l'institution, une vulnérabilité particulière à un moment donné) sont prises en compte et leur influence potentielle sur les résultats est envisagée.

Dans un second temps, les cas analogues sont mis en relation et les différences sont soigneusement étudiées. L'analogie des cas ne se limite pas nécessairement à une analogie diagnostique, d'autres variables d'intérêt peuvent être prises en compte.

Les facteurs « de risque » (variables ayant a priori une influence négative sur les résultats) sont associés à des facteurs « de chance » (variables de changement ayant une influence positive sur les résultats). Cela peut concerner les interventions techniques, mais également par exemple les interactions familiales et évidemment des interventions du praticien et la qualité de sa relation avec le patient. On travaille sur le processus interne de la psychothérapie, mais également sur ce qui l'entoure, sinon cela n'aurait aucune valeur puisque l'on travaille sur des cas isolés.

Ce caractère systématique de l'étude fait que chaque cas qui sera construit va rester. Chacun des membres du réseau peut être assuré que son travail ne sera pas perdu.

Modérateurs et médiateurs

Q - Pouvez vous préciser la définition des modérateurs par rapport aux médiateurs ? Est-ce différent des variables explicatives ?

Les modérateurs sont constitués des variables qui délimitent les conditions suivant lesquelles un traitement est associé à un résultat. Dit autrement, ce sont des variables dont l'efficacité réelle d'un traitement donné peut dépendre. Ils préexistent au début de la thérapie et peuvent être constitués de facteurs généraux tels que le statut socio-économique, l'accès aux services de soins, le genre. Cela peut être également des variables qui ont montré dans des études antérieures qu'ils rendent la psychothérapie plus difficile, tels que la sévérité des troubles, l'association d'un trouble de la personnalité, une mauvaise image de soi, des relations interpersonnelles inexistantes ou difficiles, une difficulté de penser, de construire un lien, etc.

Cela peut être également l'expérience et le style de personnalité du thérapeute. Dans le champ de la psychiatrie de l'enfant, Kazdin cite l'âge de début et la sévérité de la dysfonction, la famille (constellation, relations, discorde ou concorde) et le contexte social (p.e, l'école, le voisinage, la culture).

Les médiateurs sont les variables impliquées dans le processus de changement, qui constituent le moteur du changement. Il peut arriver que la variable soit une intervention précise. Plus généralement, c'est une configuration de facteurs qui constituent un micro processus où les interventions, les interactions patient-thérapeute et leur dynamique sont associés. Le médiateur peut être ainsi une expérience particulière qui se produit dans la psychothérapie. Les médiateurs peuvent aussi se situer dans une modification du contexte au cours de la psychothérapie : un changement de situation, une amélioration des relations socio-familiales, etc.

Un modérateur peut devenir un médiateur. C'est le cas lorsqu'une relation familiale s'améliore du fait d'une intervention sur le stress ou d'une aide éducative des proches. Une ouverture des relations interpersonnelles, une aptitude retrouvée d'expression affective et de penser deviennent des moteurs de changement.

Les mécanismes de changement introduisent potentiellement d'autres niveaux, notamment émotionnels, perceptifs, mnésiques et donc aussi biologiques (évolution des régulations neuro-hormonales associées à certains états, plasticité neuronale), qui peuvent être impliqués par une action psychothérapique.

Les variables explicatives sont un terme générique de l'épidémiologie. Les modérateurs et les médiateurs définissent le cadre dans lequel ces variables interviennent (en dehors ou dans la thérapie). Les variables explicatives abordent la question de la causalité d'un effet de façon plus générale. Par exemple, l'essai contrôlé randomisé d'un traitement médicamenteux compare un groupe avec traitement à un autre groupe avec absence de traitement. Il peut établir une relation causale entre une intervention et un changement thérapeutique. Mais rapportée à la psychothérapie, cette démonstration ne permet pas nécessairement d'expliquer pourquoi la relation a été obtenue. Une variable associée à celle que l'on suppose être la cause du changement (p.e., la restructuration cognitive, une interprétation) peut être la véritable cause (p.e., l'attention portée au patient, la réduction du stress, …). Le niveau d'observation et les interventions ne sont pas de même ordre.

Cadre des études

Le rythme des évaluations à des temps définis : à l'initiation, 2 mois, 6 mois et un an

Le protocole proposé dans le réseau spécifie que les évaluations ont lieu suivant l'organisation suivante :

- La formulation de cas est établie à partir des trois premières séances et constitue la ligne de base de la psychothérapie. À partir de ce même matériel clinique, une évaluation du fonctionnement global et dans différentes dimensions est réalisée (p.e., avec l'ESM* pour les patients borderline).

- Les évalutations intermédiaires à 2 et 6 mois sont réalisées à partir d'un instrument de fonctionnement ou de développement (p.e., EFP de Hoglend, grille de Haag) sur la base de deux séances qui se suivent et d'un instrument du processus à partir d'une séance avec prise de notes extensives (PQS de Jones (borderline), CPQ de Schneider (autisme)).

- L'évaluation finale (à un an) est réalisée à partir de trois séances (les trois dernières de cette période). Une nouvelle formulation de cas est réalisée et les instruments précédents sont à nouveau utilisés.

Q - Comment, dans ces évaluations, considérer les ruptures, la discontinuité des prises en charge, notamment avec les patients borderline ? Comment la méthodologie proposée peut-elle être aménagée lorsque les psychothérapies se déroulent dans des institutions où le temps de séjour est limité ou discontinu ?

Quand le pôle borderline va finaliser sa méthodologie, l'éventualité de la discontinuité sera prise en compte comme une adaptation aux spécificités. Par exemple, si pour les séances intermédiaires, nous n'avons pas deux séances qui se suivent aux dates déterminées, on peut concervoir que cela soit dans une fenêtre « aux alentours de » 2 mois ou 6 mois. Si le patient ne revient pas dans cet espace temps, on ne le considère pas immédiatement comme perdu de vu, on attend qu'il revienne et là on verra. L'important est que cela soit noté et prévu dans la méthodologie. S'il n'y a que deux séances sur une année, il est difficile d'avoir des informations suffisantes, s'il y en a 6, ce sera quand même informatif.

Concernant le processus du passage à l'acte, il sera certainement nécessaire de faire des évaluations particulières centrées sur ce qui se passe dans ce temps particulier (8-10 séances durant lesquelles le processus sera examiné).

Suivi du patient dans l'institution

Une autre question découlant de ce qui précède est importante : si l'institution a prévu des relais (notamment dans le cadre de la protection judiciaire de la jeunesse), il y aura un changement possible de psychothérapeute à ce moment là. Ce sont des patients avec lesquels peuvent se produire de nombreuses ruptures, mais en même temps, les institutions s'ingénient à créer des liens et à se mettre en relation. Comment cela peut-il être intégré dans la méthodologie proposée par le réseau ?

Si le nouveau psychothérapeute accepte de rentrer dans l'évaluation du suivi du cas particulier, il semble tout à fait réalisable de poursuivre l'évaluation. Encore une fois, il faut que cette spécificité, avec ses modalités, soient établies dans la méthodologie. Nous ne l'avons pas encore posé ainsi mais ce n'est pas impensable.

Lorsque le réseau a été présenté, le cadre des études était ouvert. À présent il s'inscrit dans trois pôles.

Un minimum d'homogénéité est nécessaire pour que les choses puissent être interprétées. Les trois champs d'homogeneité sont ici les trois troubles choisis : autisme, borderline, Alzheimer. Chacun a à peu près dans sa tête ce que cela veut dire : cela ne va pas être un TOC, ni un état dépressif majeur. Peut-être que dans deux ans, cette thématique sera intéressante mais là, le paradigme c'est qu'un thérapeute suit un patient issu de l'un de ces trois champs pendant un an. Si, à la marge, on sent que pour une problématique clinique particulière, comme celle des patients borderline, on s'interdit un changement de thérapeute alors que quelque part il y a une logique institutionnelle derrière la prise en charge, ce serait ridicule de ne pas le prendre en compte. Il faut s'adapter à la réalité, mais s'adapter à la réalité ne peut pas dire qu'il n'y a plus de critères de suivi.

Q - N'est-ce pas dommage de se limiter à trois axes de recherche ?

Nous l'avons initialement regretté, mais à l'expérience ces trois thèmes ouvrent déjà énormément de questions (diagnostic, indicateurs de changement, ruptures de traitement). Le fait de se focaliser va nous aider à travailler et à présenter des résultats. On travaille pour avoir des résultats et que cela serve à quelque chose.

A ce sujet, il est essentiel pour ces études portant sur les cas isolés qu'il n'y ait pas de données manquantes et il est important de noter les éléments dont nous disposons, les conditions de l'évaluation, etc. Par exemple, dans un entretien à 2 mois, on ne devrait pas trouver la même chose que dans un entretien à 6 mois. Cette variation potentielle fait partie de la recherche. Si cette chronologie n'est pas respectée et que l'on met tout dans une marmite, on ne pourra rien en faire. Nous ne sommes pas obligés de tout concentrer à l'identique, mais les différences doivent être notées. Tout cela représente un certain travail, mais des enseignements peuvent en être assez rapidement tirés qu'un recentrage sur des thèmes définis va faciliter.

Par ailleurs, les thèmes n'ont pas été choisis en fonction d'un financement, comme l'a suggéré la question d'un participant. Les patients borderline ont été choisis car ce sont des cas difficiles, qui nous interrogent dans la clinique, des cas où nous pouvons vraiment faire des choses en psychothérapie. La place de la psychothérapie dans le développement des enfants autistes, ses approches et ses techniques sont peu étudiées.

Après avoir noté que les patients choisis correspondaient à des cas pour lesquels les traitements pharmacologiques se sont avérés peu convaincant, une question s'est orientée sur le but des études dont un des participants n'avait pas saisi que la relation à l'efficacité faisait partie des objectifs de ce réseau.

La perspective des études du réseau n'est surtout pas de déclencher une course aux résultats. Il s'agit d'études processus-résultats dans lesquelles l'efficacité représente une sorte de fil rouge des processus de changement. Tel changement se produit dans telles conditions avec tels effets. Les effets étudiés ne se limitent pas aux symptômes, comme dans les études de résultats classiques, mais prennent largement en compte les fonctionnements et le développement.

Nous savons que les psychothérapies sont efficaces dans certaines pathologies, mais dans celles-ci, c'est moins évident et encore moins comment elles le sont. Cela aurait un impact important de le montrer.

Analyse des résultats

Une question sur la construction de l'argumentation finale à la suite des résultats selon les trois types d'analyse choisis a permis d'éclairer la part des trois volets d'analyse : analyse qualitative du verbatim, analyse des scores aux questionnaires et analyse de l'étude épidémiologique. Ce sont trois niveaux d'analyse différents qui vont s'éclairer l'un et l'autre. Dans l'analyse ils seront chacun dans leur champ.

Néanmoins si, dans l'étude épidémiologique transversale, l'on montre qu'il y a soit une grosse, soit ou une petite activité de la psychothérapie en France avec les patients borderline, on pourra dire quelque chose par rapport aux résultats. C'est dans l'interprétation qu'elles se nourriront l'une et l'autre, mais au niveau des analyses, elles sont perpendiculaires. Ce sont des observations qui sont dans des champs épistémologiques différents.

La question du Placebo

Un participant a posé la question de savoir s'il était possible de développer des outils qui montreraient que certaines pratiques font du bien parce que l'on s'occupe des gens, mais que ce bien n'est que relatif parce qu'elles ne soignent pas ...

Un premier niveau de réponse est de noter la durée pertinente du suivi (un an). En effet, l'effet placebo de la prise en charge existe mais à court terme. Si la prise en charge n'est pas consistante cela s'amende avec le temps. Beaucoup d'études portent sur ce problème du placebo dans les essais contrôlés randomisés. L'effet placebo marche très bien au début. Par exemple, avec les anti psychotiques ou avec les antidépresseurs, ce sont les études à 6 mois ou à un an qui montrent que les médicaments sont différents. C'est la même chose avec les psychothérapies. C'est avec le temps qu'apparaît l'efficacité du soin, c'est avec le long terme.

Avec la méthodologie proposée dans le réseau, on ne travaille pas seulement sur le symptôme mais aussi sur les fonctionnements avec des indicateurs qui ne montrent pas une évolution miraculeuse comme pourrait le représenter l'amélioration des symptômes. D'autre part, la chronologie du changement est prise en compte. L'impact initial n'apparaîtra pas dans tous les indicateurs. L'idée générale est d'essayer de comprendre pourquoi et comment un changement se produit.

La perception du thérapeute

Un participant aurait souhaité que l'analyse de la perception des psychothérapeutes fasse partie des résultats : ce que pensent les soignants de ce qu'ils ont fait, de la rencontre. La proposition concerne une analyse qualitative sur le vécu du soignant impliqué dans la rencontre. Il est prévu dans les études que le thérapeute écrive sur ce qu'il fait, cela commence par la prise de notes extensives qu'il prend. Un point essentiel de ce réseau est la démarche (notamment dans le travail en groupe de pairs) qui permet un retour pour le clinicien de ce qui s'est passé. Le *Psychotherapy process Q-set,* qui est l'instrument du processus proposé, permet une observation de ce que fait ou dit le thérapeute, ce travail va lui revenir.

La question du groupe contrôle

Au sujet de l'efficacité, a-t-on pensé à des comparateurs lorsque l'on n'est pas dans une psychothérapie type ?

C'est la question des groupes contrôles. Il n'y a pas de groupe contrôle, c'est très difficile dans les psychothérapies, cela a déjà été soulevé (placebo, liste d'attente, intervention non spécifique). Il n'y a aucune situation satisfaisante, et en plus on ne se situe pas dans ce paradigme. La comparaison avec un sujet non pris en charge, cela va nous échapper mais c'est vrai que ce n'est pas dans nos objectifs.

Nous sommes dans une étude où les questions posées sont les facteurs pronostiques et les mécanismes, puisque l'on part du principe que l'efficacité est démontrée de façon générale. L'intérêt est de montrer en même temps que le patient va mieux, mais aussi en quoi il va mieux, ce qui est une question très importante dans le champ des psychothérapies.

Un problème soulevé est de savoir comment on peut distinguer, dans les différents types de psychothérapies, ce qui va être considéré comme un mieux chez le patient.

C'est une question très vaste de la psychiatrie. Dans les essais randomisés, quand on teste un antidépresseur, à la fin il faut bien dire que le patient va mieux sous antidépresseur que sous placebo. Alors on prend des échelles, mais des échelles de champs conceptuels différents (échelles de symptômes, impression clinique globale perçue par le clinicien) et des auto évaluations réalisées par le patient. Vous voyez que dans les essais randomisés, la source d'information est différente. Là, nous avons dit qu'il n'y aurait pas d'auto évaluation, car cela pourrait influencer le processus de soin, d'abord si on commence à donner des questionnaires aux patients en psychothérapie, on est beaucoup moins dans l'observationnel, et en plus cela complique la protection des personnes. C'est une limite aussi. De plus, avec l'autisme et l'Alzheimer, il y a une limite pour l'auto évaluation, cela fait déjà deux tiers des sujets où cela pose des problèmes méthodologiques importants. Nous avons donc une hétéro évaluation, mais aussi un trinôme de cliniciens, c'est-à-dire qu'il y a des enregistrements des séances, il y a le psychothérapeute qui donne son point de vue sur l'évolution du patient mais il y a aussi deux autres collègues qui vont évaluer, donc ce n'est pas une évaluation

par une seule personne qui prend en charge le patient comme dans les essais randomisés. C'est une critique que l'on pourrait faire des essais randomisés où c'est le psychiatre qui dit si le patient va mieux ou pas, c'est une vraie limite méthodologique. Dans notre cas, d'autres cliniciens évaluent un cas dans une pratique qui n'est pas la leur. Après, il y aura quelqu'un qui fera une analyse du contenu de ces verbatim. C'est donc le mélange de ces subjectivités qui fait que l'on aura après une appréciation qui ne sera pas tautologique de l'évolution du patient.

Entre les deux, il y a des instruments que l'on va utiliser qui permettent d'interroger le corpus.

Données dans la séance, données hors la séance

Une question importante est posée à propos des passages à l'acte connus par le thérapeute, abordés pendant la séance ou simplement relatés par l'équipe institutionnelle et dont le patient ne parle pas en séance. Comment s'inscrit ce matériel clinique dans les études de suivi ? Par exemple, pour réaliser la formulation de cas, doit-on se servir de ce qui est inscrit dans les dossiers avec les parcours institutionnels et les éléments familiaux qui ne sont pas forcément abordés par le patient, notamment l'adolescent ?

Qu'un certain nombre de choses échappent est une évidence. En dehors des passages à l'acte relatés ou non, il y a des tas d'actes qui ne sont pas rapportés par le patient donc qui ne sont pas connus du thérapeute. Mais n'est-ce pas le principe de la psychothérapie que le patient aborde les choses importantes quand les conditions sont réunies pour qu'il puisse le faire ?

Pour un adulte en psychothérapie, la question se pose moins. Les données sont celles issues des séances. Avec les enfants, c'est différent et varie en fonction des cas et du stade de la thérapie. Il est probable qu'avec les patients Alzheimer, une grande partie de données émanera de l'entourage institutionnel et familial.

A partir du moment où l'on peut décrire précisément comment les données ont été recueillies, une bonne partie de cette question est sans doute résolue. Si dans le cadre institutionnel, on peut décrire ces passages à l'acte parce qu'ils ont été transmis au psychothérapeute du patient, on ne voit pas comment cela ne pourrait pas rentrer dans le cadre de l'évaluation, mais à une place différente du processus psychothérapique proprement dit, si ce n'est pas repris en entretien. Nous avons commencé à aborder ces questions qui seront rediscutées en groupe de pilotage. C'est évident qu'il va falloir rentrer toutes les informations fournies par la famille ou le fonctionnement des équipes. L'idée du travail en institution va d'une façon ou d'une autre être relaté. Les éléments « modérateurs » et « médiateurs » intégrés à la méthodologie permettent de distinguer les données qui seront internes au processus de la psychothérapie ou contextuelles. Par exemple, le fonctionnement de l'équipe pourra être un modérateur **ou** un médiateur.

La formulation initiale du passage à l'acte chez le patient borderline

Cela comprend les actes impulsifs : se donner des coups, s'automutiler, prendre des risques, avoir des pulsions de boulimie, d'alcoolisation ou autre, réaliser une tentative de suicide. Tous ces éléments se situent à la limite de la personne, de ce qu'elle peut supporter et des moyens qu'elle a pour intégrer une situation interne ou sociale. D'autres questions ont été posées à propos du fait que le passage à l'acte soit à rapporter au transfert ou non. Ce sont des questions très générales auxquelles on n'aura pas de réponse tout de suite mais qui sont très pertinentes. Il est hors de question de faire une description sans approche théorique parallèle et complémentaire. On ne peut pas travailler sans relation à une théorie, cela fait partie de la psychothérapie. Simplement, on se donne les moyens de pouvoir explorer ces questions et cela va se faire en différentes étapes, dont la première est celle du recueil des données à partir desquelles soi et les autres vont pouvoir se faire une idée précise de ce qui se passe. La communauté qui émerge à partir de l'analyse d'un corpus par plusieurs praticiens est très étonnante, à l'expérience.

Ne sommes-nous pas en train de discuter de ce qui est évalué, demande un participant ? Sommes nous en train d'évaluer le fonctionnement de la structure de la personnalité du patient ou le processus thérapeutique ? Ce qui n'est peut-être pas tout à fait la même chose. Un passage à l'acte peut être tout à fait évacuateur et passer à coté ou peut s'inscrire dans un processus thérapeutique. Est-ce que les deux font partie de l'évaluation ?

Les deux font partie de l'évaluation qui aborde le fonctionnement du patient en général et dans l'interaction avec le thérapeute. Parmi les indicateurs, on trouve l'*insight* pris dans le sens de la compréhension que la personne a acquise ou non de ses conflits psychologiques, de ses comportements, etc. Là on peut aborder des changements qui sont fonctionnels, mais également quasiment structuraux car entre le moment où le passage est une réaction non pensée en dehors du psychisme et celui où le psychisme intervient maintenant, c'est devenu une compétence supplémentaire du patient qui va pouvoir dire « maintenant, avant de passer à l'acte je peux comprendre ce qui m'arrive et je peux à partir de là éviter l'action délétère pour l'essentiel ». Le processus et les indicateurs de changement permettent d'objectiver ce passage.

Il faudrait se mettre d'accord pour dire qu'une psychothérapie n'est pas un processus de réduction ; il ne faut pas réduire le champ de l'évaluation, mais plutôt que d'être descriptif il faut peut-être être plus inclusif. Maintenant à travers ces questions, ce qu'il faut préciser, c'est que ce n'est pas le thérapeute que l'on évalue, c'est la thérapie. Je crois qu'il faut se mettre d'accord là-dessus car ce matin j'entendais à travers une question qu'il y avait des bonnes et des mauvaises thérapies. Vous avez répondu, mais il faut le redire que l'on est tous sur la même ligne de départ et que l'on sera aussi sur la même ligne d'arrivée. Il n'y aura pas des scores sur les bons ou les mauvais patients et ça c'est vraiment un préalable important.

Absolument, c'est une ligne vraiment générale et ce n'est pas simplement une profession de foi, on pourrait se mettre d'accord d'un point de vue éthique là-dessus mais aussi il faut voir que cela s'accorde parfaitement avec l'approche scientifique. En effet, lorsque l'on entre dans le scientifique on s'aperçoit que la causalité ne se réduit qu'exceptionnellement à une relation simple. C'est pour cela que JM Thurin a donné l'exemple de Strupp qui a bien montré qu'il n'était pas question du bon ou du mauvais thérapeute. C'était le même thérapeute, avec des patients semblables pour lesquels il avait des résultats différents, il a essayé de comprendre pourquoi. La démarche qui nous est proposée est de cet ordre là [un ouvrage portant sur 6 cas, 3 réussites et 3 échecs vient de paraître]. Nous n'avons jamais eu avec les groupes avec lesquels nous travaillons des dérapages à ce niveau car l'esprit, les connaissances qui sont incluses dans ce travail là sortent de ce genre de pensée, pour le coup très réductionniste.

La réduction elle est à tous les niveaux, répond un participant « Tout ce que l'on va faire va passer par des filtres réducteurs, de la formulation de cas au début, à l'analyse de contenu à la fin. Chaque fois on va perdre quelque chose, je ne suis pas contre mais déjà lorsque l'on va faire la formulation, il faut faire en sorte de ne pas trop perdre de choses en cours de route. C'est pour cela que j'étais sensible lorsque vous disiez qu'il ne faut pas partir d'un abord théorique afin d'essayer de dire les choses les plus descriptives possible, c'est intéressant cette notion de description, c'est pour ne pas trop réduire. Dans tous les genres d'études, notamment celles basées sur les statistiques, on pose déjà dans les pré requis ce que l'on va trouver après. Ce qui serait intéressant cette fois-ci, ce serait de ne pas faire cela, c'est-à-dire de poser avant ce que l'on va trouver après. Est-ce que l'on fait des réductions d'emblée jusqu'à une

réduction linéaire jusqu'à la fin ou essaye-t-on de trouver ce qu'il y a d'inattendu ? ».

La question de la subjectivité

Comment allons-nous contrôler notre subjectivité dans les observations que nous faisons ? Les phénomènes intrinsèques et extrinsèques, par exemple à partir d'une cassette, ne sont pas vus de la même façon par tous. Comment cela peut-il être objectivé ?

Nous travaillons à partir du matériel qui est écrit. Par exemple, lorsqu'il y a une discussion sur les cotations, on part toujours de ce que l'on a, on revient sur le matériel. Evidemment, c'est un sacrifice, surtout pour le thérapeute, parce que l'on peut toujours dire, il reste ceci ou cela. Mais avec cette règle là, on voit déjà beaucoup de choses, on a déjà beaucoup d'éléments sur ce qui caractérise une psychothérapie à différents moments et l'évolution qui s'y produit. Il y a nécessairement des limites et des biais, mais l'expérience nous a montré qu'avec l'utilisation d'outils spécifiques, on peut appréhender de nombreux phénomènes.

Diagnostic et inclusion

Critères d'inclusion

1. Qui inclure ?

La question du diagnostic est la première à prendre en compte. Il importe d'identifier trois points :

- Le diagnostic est posé par le praticien. L'inclusion se fait sur une base clinique qui lui appartient.
- Le deuxième point est d'arriver à renseigner un minimum d'éléments nosographiques conformes à la littérature internationale. Il n'est pas indispensable que tous les critères soient présents.
- Le troisième point est qu'il conviendra à chaque axe d'homogénéiser les phénotypes pour que les résultats soient interprétables.

2. Quand inclure un patient?

Il peut s'agir de nouveaux patients ou de patients déjà présents dans la file active :

- S'il s'agit de patients déjà connus, il est possible de les inclure en cas de réaménagement de la file active, de situation de crise, en tous cas lorsqu'il existe une interrogation sur la prise en charge.
- Les patients autistes passent par des périodes de stagnation et des périodes de manifestations bruyantes. Cette alternance fait partie de l'évolution normale. Il apparaît donc plus pertinent de démarrer à un temps *t* et de décrire finement s'il s'agit d'une période de stagnation ou de manifestations bruyantes.

3. Durée de la prise en charge

Nous savons que les patients borderline sont susceptibles d'interrompre leur thérapie. Il n'est donc pas évident que leur prise en charge dure un an comme l'étude le requiert. L'inclusion de ces patients perdus de vue sera examinée dans un second temps et sera fonction du nombre de séances effectuées et de la qualité des données recueillies.

En ce qui concerne le travail en détention pendant une durée limitée de six mois, des aménagements seront examinés. Il pourra être possible, par exemple, que la recherche puisse être poursuivie pour un même patient après sa détention par une autre équipe.

4. Travail en institution

Un thérapeute est chargé de recueillir les informations pour un patient inclus. Il doit être le référent du patient et impliqué dans la prise en charge psychothérapique.

Les moyens dont disposent l'institution et son fonctionnement devront être décrits et font partie des modérateurs.

Tout changement dans la prise en charge institutionnelle devra être noté ; il peut s'agir par exemple de la mise en place ou de l'arrêt d'un groupe thérapeutique, d'une sortie d'hospitalisation, etc. Des informations sur les raisons de cette nouvelle orientation seront recueillies. Ces éléments peuvent alors être considérés comme des médiateurs.

5. Modalités thérapeutiques

Toutes les modalités thérapeutiques peuvent être incluses.

Pratiques et théories

Paramètres de la psychothérapie en institution.

Q - On peut être amené à voir le patient seul, mais la plupart du temps cela va être avec l'équipe soignante, la fois d'après il pourra y avoir deux enfants qui se seront rajoutés, est-ce que cela pose problème ? On prend les choses comme elles viennent ?

Absolument. On prend les choses comme elles viennent. C'est un élément méthodologique central. Surtout, il ne faut pas y toucher, puisque c'est une étude observationnelle. Il faut donc faire exactement comme vous faites dans votre pratique psychothérapique habituelle. Bien entendu, le fait que certaines de nos séances soient étudiées par des collègues peut faire que ce ne soit plus tout à fait complètement une observation. Mais c'est un principe scientifique, le fait d'observer modifie toujours ce que l'on observe dans une certaine mesure. Et ce n'est pas pour cela qu'il ne faut rien faire.

Cela revient un peu à ce qui a été dit. Il ne faut pas imaginer que l'on va tout pouvoir modéliser correctement, tellement c'est compliqué. Il y a un compromis à trouver entre oublier tout le monde extérieur, se focaliser sur un patient au risque que cela n'ait plus aucun sens et vouloir tout embrasser et qu'à la fin rien ne soit analysable.

Tout cela, c'est la rédaction d'un cahier d'observation qui est le mot clé, c'est qu'à la fin il y aura une ou deux pages de variables qui seront recueillies par le psychothérapeute, parce que, encore une fois, pour que cela soit faisable, il ne faut pas que cela soit lourd. Donc, il ne faut pas que cela prenne trop de temps, sinon vous ne le ferez pas. Quelque part, cela sera un peu frustrant, mais c'est en le faisant que l'on aura des informations et que l'on aura des limites. Et ces limites là, on pourra ensuite travailler dessus pour améliorer.

Q - Quand vous parlez de psychothérapies, il semble que cela ne soient que des psychothérapies individuelles. Est-ce que vous pouvez préciser ?

Non ce ne sont pas seulement des psychothérapies individuelles. Le groupe peut être pris comme un cas en lui même ou encore les membres du groupe peuvent être suivis individuellement à l'intérieur d'une psychothérapie de groupe.

Q - Est-ce que vous avez explicité à un moment ou à un autre qu'il n'y a pas d'enjeu sur la théorie ?

C'est très important. Il n'y a pas d'enjeu de démonstration de la théorie. Il est tout à fait probable en revanche que de nouvelles questions surgissent et que les théories en bénéficient. Ce qui est la question, c'est la rencontre thérapeutique et ses implications pour le patient et le thérapeute.

A aucun moment, il n'a été dit qu'un thérapeute doit appartenir à un courant théorique. Cette question ne se pose pas. Néanmoins les thérapeutes inscrits dans le réseau seront amenés à décrire leur pratique.

Q - C'est difficile de séparer la psychothérapie individuelle par rapport à la prise en charge institutionnelle ? Doit on prendre en compte l'un ou l'autre aspect ? Comment concilier les deux ?

La solution qui est proposée par rapport à cette difficile question est la suivante. Soit la prise en charge institutionnelle est stable et déjà organisée avant la thérapie. Elle entre alors dans les modérateurs et est décrite dans ses grandes lignes, avec la possibilité de préciser ensuite si le patient y participe de façon

active ou pas. Soit c'est une intervention qui s'inscrit en plus de la psychothérapie individuelle à un certain moment et cela devient un nouveau médiateur qui est décrit comme précédemment et dont la date d'initiation est précisée.

Q - Je ne voudrais pas que ce travail fasse d'autres clivages entre les psychothérapies des enfants autistes réalisées dans certain cadre ou dans un autre, suivant une approche ou une autre. Peut-on imaginer que le travail d'évaluation soit une partie d'un tout, que cela ne soit pas exclusivement la thérapie individuelle dans un cadre analytique, mais que la thérapie soit prise dans un ensemble plus vaste ?

La cotation sera faite à partir d'un outil transthéorique qui permettra l'échange. Mais si chacun ne reste pas dans sa spécificité on verra tout et on ne verra plus rien non plus. Il est important que chacun reste dans sa spécificité tout en ayant une cotation qui permette des entrecroisements. C'est ce que permettent le PQS* chez l'adulte et le CPQ* chez l'enfant.

Q - Quel est le statut du passage à l'acte ? Cela pose la question du statut du symptôme dans la psychopathologie. Le passage à l'acte est souvent le signe d'une symbolisation en acte ou d'une absence de symbolisation. Le symptôme ne veut pas dire qu'il n'y a pas eu d'amélioration, mais s'inscrit dans un processus qui pourra aussi prendre une signification particulière dans la relation transféro-contre-transférentielle.

Nous partons bien du principe que le passage à l'acte a une signification et que cette signification peut s'inscrire dans une interaction. La perspective est très ouverte et il n'y a pas de réponse préétablie par rapport à cette signification. Chacun de nous a un repérage théorique, mais il s'agit d'essayer de rester le plus longtemps possible au plus près du processus tel qu'il se déroule, tant du point de vue du patient que des interventions du thérapeute et de leurs interactions, et de dessiner les grandes lignes des trajectoires potentielles et abouties. Nous ne sommes pas ici dans une perspective de validation de l'efficacité d'une théorie à partir de la technique qui lui est associée (ce qui pose en soi des tas de problèmes). Nous sommes dans celle d'un repérage des pratiques, de leurs conditions et de leurs effets. Pourquoi et comment ce résultat, quel qu'il soit, est-il advenu ? Il y a une approche de l'évaluation des psychothérapies où l'on définit des techniques types pour les appliquer dans des conditions idéales et observer le résultat. Le principe épistémologique et général des études systématiques de cas est très différent car il prend en compte le contexte : le thérapeute ajuste sa pratique en fonction de son analyse clinique et de son interprétation du déroulement, des aptitudes du patient et des objectifs qu'il poursuit. L'observation de ce processus, le repérage de ses principales caractéristiques, puis l'analyse de son progrès et des changements qui s'y produisent peuvent apporter des réponses à des questions cliniques essentielles, en particulier quelles sont les pratiques efficientes pour ce problème (le passage à l'acte) dans les conditions naturelles où il se produit et que l'on peut décrire.

Q - Oui mais quelle est la place du symptôme ? Son sens pour le patient ? Le passage à l'acte est différent du passage par l'acte.

Bien sûr, une automutilation peut avoir une valeur d'appel, mais cela n'est pas toujours le cas. Dans la pratique, le choix de notre interprétation s'appuie sur tout un processus d'analyse clinique réalisé extrêmement rapidement durant lequel nous réunissons tout un ensemble d'éléments que nous rapportons à plusieurs références possibles d'analyse. Cela nous a beaucoup gêné professionnellement de ne pas pouvoir expliciter cette dynamique complexe. Le symptôme peut avoir différentes significations, quelque fois orientées vers l'autre, mais aussi parfois exprimer un débordement, voire un retour à soi. Tout cela est évidemment à préciser et les approches psychopathologiques et psychothérapiques ne sont sans doute pas les mêmes suivant les cas. L'objectif est de préciser ces questions et bien d'autres en réunissant des expériences, initialement disparates, mais qui ont sans doute aussi beaucoup d'aspects communs, dans une perspective pragmatique.

Q - Peut être pour prolonger ! Avons nous la capacité de prendre du recul ? De pouvoir dire à un moment : voilà ce qui s'est passé. Comment rendre compte de ce phénomène ? L'acte est il adressé au thérapeute ?

Le recueil de données et leur analyse permettent ce recul. Les questions, les hypothèses et les réponses reposent sur les données des entretiens et/ou des activités psychothérapiques. La méthodologie est conçue pour permettre une analyse des caractéristiques de la psychothérapie et des fonctionnements du patient aux différents temps d'évaluation et leur évolution sur une période d'un an. Concernant les passages à l'acte, la situation est très différente selon qu'ils existaient avant la psychothérapie, apparaissent durant la psychothérapie, s'y accentuent ou s'y réduisent. Mais dans tous les cas, vous pourrez vous rapporter à ce que le patient exprime de la crise qu'il a traversée, et aussi à la relation qu'il a avec lui-même et avec son thérapeute avant le passage à l'acte et comment cela évolue. Par exemple, à l'évaluation suivante il apparaîtra que l'on est rentré dans un travail d'un autre ordre à partir d'une configuration d'interaction donnée, ce qui peut permettre l'hypothèse du transfert. La dynamique s'est modifiée. On retrouve quelque chose d'un peu semblable avec l'apparition du rêve dans une psychothérapie. Certains patients rêvent dès le début, mais pour d'autres le rêve marque un changement dans le travail psychique et l'on peut même soutenir qu'il a été produit en relation à la thérapie. De la même façon, si dans la suite d'un passage à l'acte le patient aborde sur un autre mode avec son thérapeute des éléments personnels et que l'on peut constater à la fois ce changement et un étiolement des réponses sous la forme de passages à l'acte, l'hypothèse d'une expérience psychothérapique positive pourra être soutenue.

Pour compléter cette question, nous pouvons nous référer à Kazdin (2003)* qui présente sept conditions nécessaires pour démontrer les mécanismes de changement dans la recherche en psychothérapie : 1) une association forte entre l'intervention psychothérapique (A), le mécanisme de changement dont on a fait l'hypothèse (c-a-d, le médiateur) (B) et le changement thérapeutique (C) ; 2) la spécificité des associations entre l'intervention, le mécanisme proposé et le résultat, c-a-d son caractère plausible particulier par rapport à des explications alternatives ; 3) le gradient, c-a-d le fait que plus le processus ou l'agent causal allégué est important, plus le changement est grand au niveau de la variable à expliquer ; 4) l'expérimentation qui vise à réduire les explications alternatives en analysant précisément les ingrédients impliqués ou non impliqués dans le changement à différents moments et dans différents cas (en allant au delà de la thérapie dans sa globalité, comme c'est le cas avec les ECRs) ; 5) la relation temporelle, c-a-d le fait que l'intervention thérapeutique alléguée a précédé le changement ; 6) la consistance, qui se réfère à la réplication d'un résultat observé à travers les études, les échantillons et les conditions (il faut envisager toutefois qu'un modérateur puisse intervenir sur le résultat) ; 7) le caractère plausible et la cohérence du mécanisme inféré avec la base scientifique générale. Cela souligne l'importance d'une investigation des mécanismes de changement qui soit étayée par la théorie et les connaissances disponibles à un moment donné.

Tous ces critères agissent de concert et même s'il est important de rappeler qu'une corrélation n'est pas une causalité, on peut dire que « le cas est plus solide quand la perspective est longitudinale, quand il existe une certaine spécificité qui fait que le mécanisme possible de changement n'est pas associé à de nombreux résultats différents, quand sa mise en œuvre conduit à un changement et qu'il existe une relation « dose-réponse », quand cette relation a été répliquée, et quand il y a une explication plausible et cohérente de cette relation».

* Kazdin, A., Nock M. (2003). Delineating mechanisms of change child adolescent therapy : methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44:8, pp 1116-1129.

Éthique

Un certain nombre de questions ayant trait à l'éthique se posent dès qu'une recherche est entreprise. Qu'en est-il du consentement du patient ? En quoi cela modifie t-il le processus thérapeutique ? Comment préserver la confidentialité des données ?

Consentement du patient

En ce qui concerne le consentement du patient, nous pouvons distinguer deux types d'études :

1. Celles pour lesquelles le consentement du patient est obligatoire. La recherche implique une modification éventuelle du traitement que le patient va recevoir. C'est par exemple le cas des études en double aveugle dans lesquelles un produit actif est donné à certains patients, un placebo est donné à d'autres. L'objet de l'étude est l'effet du produit.

2. Celles pour lesquelles le consentement du patient n'est pas obligatoire. Le traitement donné au patient est identique à celui qu'il aurait reçu en l'absence de recherche. Celle-ci s'effectue sur les données recueillies par le clinicien qui est, en quelque sorte, « l'expérimenté ». Notre projet de recherche appartient à ce deuxième groupe, basé sur des études observationnelles. Le psychothérapeute retranscrit des séances de psychothérapie qui sont ensuite analysées par des pairs ; le psychothérapeute et les pairs remplissent les questionnaires sur l'évolution du patient, à partir de ces séances. Les patients ne sont jamais interrogés directement. Les éventuels enregistrements audio ou vidéo des séances sont placés sous la responsabilité du clinicien. Le patient doit être informé du devenir des séances enregistrées. Néanmoins, bien que le consentement du patient ne soit pas obligatoire, il nous parait préférable de l'obtenir. Un formulaire a été rédigé dans ce sens présentant les grandes lignes du projet. Le patient est ainsi informé de sa participation mais également de sa possibilité d'y renoncer à tout moment sans que cela n'entrave la poursuite de son traitement.

En ce qui concerne les enfants et les adolescents, le formulaire sera remis aux parents ou à leur représentant légal.

Cette demande faite au patient ne va pas se faire dès le premier entretien. Lorsqu'un clinicien dispose de suffisamment d'éléments pour souhaiter inclure un patient dans l'étude, il doit l'en informer et obtenir son consentement. Cela peut être dans les trois premiers mois de la psychothérapie au cours desquels le clinicien aura pris suffisamment de notes des séances.

L'effet sur la relation thérapeutique

Participer à une recherche a toujours un effet. Imaginons qu'un clinicien décide de ne pas informer un patient, de ne pas lui demander son consentement, cela aura un effet sur son authenticité dans la relation, sur la qualité de l'alliance thérapeutique et donc sur le processus thérapeutique. C'est un argument de plus pour informer le patient. Quand le patient est informé, l'effet est plus souvent positif que négatif. Dans ce dernier cas, l'inclusion du patient sera remise en question. La qualité de la relation thérapeutique ne doit en aucun cas être entravée. En ce qui concerne les enregistrements audio ou vidéo l'expérience montre que très vite les patients n'y prêtent plus attention. Nous pouvons donc faire l'hypothèse que très vite après l'information et l'obtention du consentement du patient, le processus de la thérapie suit un cours naturel. Cela fait parti d'un pré requis majeur des études.

La sécurisation des données

La base de données informatique sera sécurisée et pour sa création une demande d'autorisation est faite à la CNIL. Seuls les responsables de l'étude auront accès à l'ensemble de la base de données.

Les données recueillies qui seront dans la base de données informatique pour permettre une comparaison des cas étudiés, seront anonymisées. Les données dites « sensibles » seront codées dans des catégories plus générales : Est-ce que les relations familiales sont bonnes ? Les relations interpersonnelles ? Est-ce que la personne a une compréhension de la signification de son comportement ? etc.

Une procédure est envisagée pour que le *chainage* obligé (lien entre les données et les partenaires de la prise en charge du patient) n'attente pas à la vie privée de la personne. Seule une personne connaitra le lien entre l'identité du patient et son identifiant dans la base de données. De préférence, cette personne sera le psychothérapeute. Pour exemple, dans le système anglo-saxon, tout accès aux données d'une personne passe par son médecin référent. Les règles sont très strictes et nous paraissent pertinentes et donc à suivre dans le cadre de ce réseau.

Pour en savoir plus :

- Texte du Décret n° 2006-477 du 26 avril 2006 modifiant le chapitre Ier du titre II du livre Ier de la première partie du code de la santé publique relatif aux recherches biomédicales : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000458901&dateTexte=
- *Les questions éthiques et de consentement* in Thurin JM & Thurin M, (2007). Evaluer les psychothérapies, Dunod, pp 215-227.

Agenda

Le **5 décembre 2008**, aura lieu la première journée d'étape de développement des études avec sans doute beaucoup de questions et de points à traiter.

D'ici là, : en mai-juin réunions des comités pilotage des différents pôles. Leur programme sera de délimiter l'objet de l'étude, de définir les indicateurs et les instruments. C'est un temps important. Il faut insister sur le fait que l'on reste dans une activité de recherche complètement compatible avec la pratique (faisabilité, pas trop lourd).

A partir de ces réunions des Comités de pilotage, des réunion générales avec les personnes inscrites dans les pôles se tiendront les **5 septembre** pour le pôle autisme et le **16 septembre** pour le pôle borderline.

Juin - septembre : formations aux instruments et à leur passation. Pour partie, elles seront présentielles et pour l'essentiel nous tenterons de les réaliser en ligne (via Internet). D'autre part, les personnes qui ont fait la formation peuvent être des relais. D'autres situations peuvent se présenter auxquelles on essaiera de répondre au fur et à mesure.

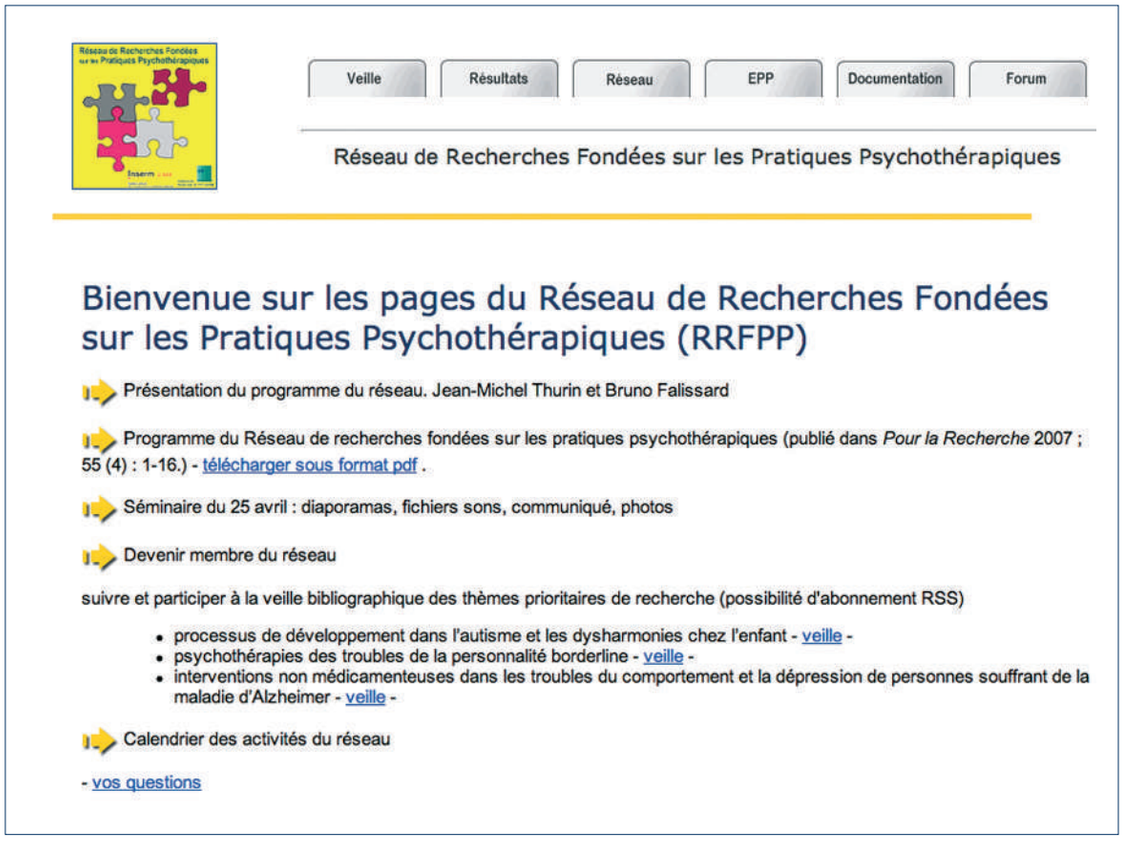
L'objectif est que chacun soit à l'aise avec la méthode et les outils tout en réduisant au maximum les déplacements, mais il faut aussi que cela reste vivant et convivial.

1er octobre, les études commencent. Une bonne collaboration entre les pôles, le groupe de pilotage et M Thurin pour la communication sera indispensable.

Nous disposons sur Internet d'outils performants permettant de communiquer, de réunir de l'information, de faire des conférences en ligne...

Concernant l'inclusion des cliniciens, il est prévu de faire 2 vagues d'études de cas. La première débute le 1er octobre et la seconde ultérieurement. Actuellement, nous avons reçu les candidatures de personnes qui s'inscrivent individuellement et qui sont motivées, intéressées. Il est possible de commencer avant le 1er octobre dans les situations particulières (p.e. le placement limité dans le temps de patients suivis dans le cadre judiciaire, se faisant avant cette date). Le conseil que l'on peut donner, c'est d'essayer de travailler en temps réel plutôt que revenir sur les cas suivis, c'est très dynamisant.

Nous espérons recevoir de nombreuses candidatures pour pouvoir utiliser les possibilités très intéressantes ouvertes par ce réseau.



Cette page d'accueil du site internet du Réseau est accessible à l'adresse :
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/
Vous y trouverez les informations et l'actualité sur le réseau régulièrement mises à jour.

Nous remercions les participants* pour ces échanges.

Jean-Louis ADRIEN, Emma ALFEREZ, Renald ASVAZADOURIAN, Patrick BANTMAN, Laurence BARRER, Patrick BELAMICH, Patrice BOSC, Aïcha BOUMAZA, Michèle BRIAN, Catherine BRODIN, Marie-Christine CABIÉ, Romain COUTELLE, Noella DARCQ, Jacques DAYAN, Aurélie DOCTEUR, Nathalie DURIEZ, Bruno FALISSARD, Muriel FALK-VAIRANT, Jean FERRANDI, Anne-Marie GALLOT, Ignacio GARCIA-ORAD, Vincent GARCIN, François GIRAUD, Elisabeth GLATIGNY, Marc GROHENS, Julien-Daniel GUELFI, Pascaline GUERIN, Mabel GUIBERT, Philippe GUILLAUMOT, Geneviève HAAG, Didier HOUZEL, Brice KITIO, Ariane KOSCIUSKO-MORIZET, Laurence LACOSTE, Pierre LAMY, Claudine LECLERCQ, Olivier LEHEMBRE, Isabelle LEMAIRE, Lydia LIBERMAN GOLDENBERG, Adeline JACQUEMIN, Fabienne LIGIER, Estelle LOUET, Jacques LOUYS, Nicole LUXEMBOURGER, Christine MANUEL, Stéphanie MARTINEZ, Jacqueline MASSONNET, Charlotte MAYER, Blanche MELIARENNE, Edgard MOUSSAOUI, Bernard ODIER, Gérard OPPENHEIM, Evi PAPADAKOU, Patrick POLO, Pierrette POYET, Anne REVAH-LEVY, Christine RITTER, Philippe ROBERT, Joelle ROCHETTE, Fabienne ROOS-WEIL, Marie-Claude SAIAG, Nicole SEGUIER, Maria SQUILLANTE, Arnaud TELLIER, Jean-Christophe THALABARD, Monique THURIN, Jean-Michel THURIN, Koffi TOUGBO, Marie-Claire TRAMONI, Luis VERA, Michael VILLAMAUX, Michèle VITRY, Bernard VOIZOT.

* Cliniciens individuels ou représentant d'équipes

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

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 l'A.F.P.*, à la *S.I.P., la S.F.P.E.A. et au C.N.U.P.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

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 2008)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

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

Impression : ARTHEO