n° 60
Mars 2009

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Bruno Falissard -

Sommaire

◆ **Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (6)**

Journée d'étape du 5 Décembre 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 monde de la recherche est en pleine tourmente. Au-delà des réformes nécessaires pour sortir d'un système trop figé et parfois somnolent, au-delà de la volonté légitime que nos travaux soient lus dans un maximum de pays et soient donc le plus souvent possible exprimés en langue anglaise, il y a en ce moment une véritable attaque en règle contre le monde des Sciences Humaines et Sociales (SHS).

Les raisons de cette attaque frontale sont vraisemblablement multiples : séquelle académique d'un affrontement droite-gauche, revanche des décennies où les SHS étaient plus puissantes (au point d'en être parfois arrogantes), déni défensif du sujet pensant et social, ultime propagation de la pandémie matérialiste…

Les réactions à cette même attaque, ont heureusement été vives, signe - quoiqu'on en dise - de la bonne santé de notre démocratie, et parfois à l'origine de quelques beau textes. Le dernier en date est le manifeste* du « Cercle des professeurs et des chercheurs disparus » publié sur le site du MAUSS (Mouvement Anti Utilitariste dans les Sciences Sociales. Je ne connaissais pas, mais je vous recommande : ça change de l'ordinaire).

La recherche en psychiatrie est bien entendu à l'épicentre de cette tourmente. La psychiatrie est en effet par excellence à l'interface entre les sciences de la matière vivante (un organe, le cerveau) et les sciences humaines (le patient, sujet pensant en souffrance). La recherche dite clinique et épidémiologique étant d'ailleurs en permanence tirée à hue et à dia entre ces deux pôles.

Dans ce chaos, le « Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques » fait figure d'oasis, de preuve par les faits qu'il est possible de mettre en place des recherches qui dépassent le sempiternel clivage entre le quantitatif et le qualitatif, des recherches réalisées au plus près de l'activité de soin, pouvant conduire tant à la production de connaissances qu'à l'amélioration des prises en charge. Et ça marche ! Tous ceux qui étaient présents à la réunion d'étape du 5 décembre ont pu constater l'enthousiasme des participants et le professionnalisme du travail accompli par Monique et Jean-Michel Thurin. Dans 2 ans les premiers articles seront soumis. Dont au moins la moitié en anglais, naturellement. ●

* « Pour un Cercle des professeurs et des chercheurs disparus », Revue du MAUSS permanente, 11 février 2009 [en ligne]. http://www.journaldumauss.net/spip.php?article468

Avec son 60ème numéro,
POUR LA RECHERCHE
fête ses 15 années de parution
Merci à tous !

Suivi d'un cas pendant un an

Monique Thurin*, François Journet, Marc Malempré*****
*Paris, **Lyon et ***Mons (Belgique)

Introduction

Le retour d'expérience que nous avons présenté lors de la Journée du 5 décembre 2008 retrace l'évaluation du suivi psychothérapique d'un patient pendant un an en groupe de pairs. Les trois cliniciens formant ce groupe sont géographiquement éloignés et ont travaillé uniquement par échanges Skype et e.mail.

La personne en psychothérapie est un homme d'une cinquantaine d'année qui débutait un travail avec l'un d'entre nous. Les éléments de cette évaluation sont rendus anonymes et certains ont même été extraits afin que rien ne puisse identifier la personne.

La méthodologie suivie est celle proposée par le réseau dont le cas présenté fait partie des études pilotes préalables.

1. La formulation de cas initiale

Les notes de chacun des membres du groupe de pairs, concernant les éléments diagnostiques, les objectifs et la ou les stratégies pour les atteindre de chacune des trois premières séances transcrites par le clinicien ont été mises en discussion. Après validation, le clinicien du patient a élaboré une *formulation de cas* qui a fait l'objet d'une validation en groupe. Il s'agissait de faire ici, une description du cas et d'élaborer à ce moment précis comment le thérapeute peut envisager la prise en charge à partir de la plainte, son contexte et la demande du patient. Nous la résumons dans le tableau 1 de façon synthétique en quatre points.

Tableau 1. Formulation de cas initiale

1. Problèmes et leur place dans le contexte de vie, de l'histoire personnelle et des traits psychopathologiques manifestes

 Crise d'agitation colérique avec menace de se suicider liée à un conflit avec son entourage familial à son domicile et durant quelques heures. Aspect spectaculaire. Ne veut plus que ça se reproduise.

 Contexte de vie : relation conjugale conflictuelle, autres relations familiales complexes et difficiles, deuil douloureux récent.

 Histoire personnelle : carences parentales graves : père alcoolique indigent, mère peu affectueuse, placement brutal en institution à dix ans, séparation des frères et sœurs. Liens aux parents distendus mais non rompus, vécus comme négatifs. Trois institutions successives. Divorce personnel avec conflits durs et éloignement des enfants.

 Symptômes et comportements manifestes : angoisse, détresse, humeur labile, dysthymie ; angoisse de séparation ; peu de contenance émotionnelle.

2. Facteurs non dynamiques

 Instabilité du cadre familial et de vie durant son enfance.

3. Intégration des données

 Rupture des capacités d'adaptation chez une personne fragile souffrant de difficulté de contenance émotionnelle dans contexte de difficultés familiales multiples et d'antécédents de carences familiales et d'instabilité du cadre graves durant son enfance. Relation objectale anaclitique avec bascules bon / mauvais, défenses projectives ; éléments de personnalité borderline.

 Eléments favorables : bonne capacité à tenir son travail et à maintenir de bonnes relations sociales.

4.Objectifs et stratégie

Objectifs : prévenir les crises « explosives » par différents moyens : soutenir l'assise narcissique ; améliorer la gestion des conflits (parler au lieu d'agir), les relations familiales, les capacités d'introspection, de verbalisation de son état intérieur (angoisses « prémonitoires » et agressivité), amener à un fonctionnement plus rationnel.
Diminuer l'anaclitisme, la dépendance à la reconnaissance par les autres.

Stratégie : psychothérapie psychodynamique de soutien et d'expression avec vigilance sur un risque de rupture.

2. L'échelle Santé Maladie (ESM) initiale et à un an

Avec les mêmes données cliniques (3 premières séances), nous avons évalué à l'aide de l'Echelle santé maladie la gravité du cas, de façon globale et à partir de 7 dimensions. Cette évaluation a été réalisée à nouveau après une année de psychothérapie.

Echelle Santé-Maladie (LUBORSKY, 1975)

	Évaluation initiale	Évaluation à un an	Gain
Estimation globale Santé-Maladie	55	65	10pts - 18.2%
Capacité d'autonomie	62	63	1pt - 1.6%
Gravité des symptômes	45	62	17pts - 36.2%
Malaise subjectif	47	53	6pts - 12.8%
Effets sur l'entourage	45	65	20pts - 44.4%
Utilisation des capacités	72	72	0pt - 0%
Relations interpersonnelles	53	65	12pts - 22.6%
Sources d'intérêt	48	54	6pts - 12.5%
			Gain total moyen : 18.5%

Pour ce patient, les améliorations à l'ESM portent surtout sur la gravité des symptômes, les effets sur l'entourage et les relations interpersonnelles. Nous notons un impact sur les sources d'intérêt mais pas d'impact sur l'autonomie et l'utilisation des capacités. Mais nous notons que ces dernières étaient relativement bonnes dès le départ.

Le Malaise subjectif reste un problème important.

3. Le diagnostic nosographique initial et à un an

Le diagnostic ici vient compléter l'évaluation du cas.

Pour ce patient, il a permis d'objectiver une réduction de gravité des troubles de l'axe I, un maintien du trouble de la personnalité non spécifié, un meilleur fonctionnement global.

DSM-IV-TR (APA, 2003)

	Diagnostic initial	Diagnostic à un an
Axe I	F41.2 : trouble anxieux et dépressif mixte F43.25 : avec perturbation à la fois des émotions et des conduites Z63.0 : problème relationnel avec le partenaire	F43.22 : Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive
Axe II	F.60.9 : Trouble de la personnalité non spécifié	F60.9 : trouble de la personnalité, non spécifié
Axe III	Aucun	Aucun
Axe IV	Problèmes avec le groupe de soutien principal	Problèmes avec le groupe de soutien principal
Axe V	EGF : entre 50 et 60	EGF : 72

4. Évaluations intermédiaires à partir de deux séances de psychothérapie

Deux autres instruments ont été utilisés au cours de cette évaluation : un instument d'évaluation *du fonctionnement* « Les Échelles de Fonctionnement Psychodynamique » et un instrument d'évaluation *du processus* « le Questionnaire de configuration psychothérapique ».

Pour ces deux instruments, 4 évaluations ont été réalisées : à 2 mois, 6 mois, 9 mois et un an. Tous les instruments utilisés dans cette étude sont décrits dans le numéro 58 de *Pour la Recherche (*en ligne à l'adresse suivante : http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR58/PLR58.html).

4.1. Les Échelles de Fonctionnement Psychodynamique (EFP)

Échelles de fonctionnement dynamique (HOGLEND, 1997)

	2 mois	6 mois	9 mois	12 mois	Gain
Qualité des relations familiales :	51	52	53	61	10 pts - 19.6%
Qualité des relations amicales	60	62	65	70	10 pts - 16.7%
Relations sentimentales/sexuelles	58	63	65	68	10 pts - 17.2%
Tolérance aux affects	43	60	58	70	27 pts - 62.8%
Insight	58	63	63	74	16 pts - 27.6%
Résolution de problème et capacité d'adaptation	61	68	66	66	5 pts - 8.2%
					Gain total moyen : 25.35%

Pour ce cas, l'amélioration porte d'abord sur la tolérance affective (62,8%) et l'insight (27,5%). Les relations interpersonnelles s'améliorent de 17 à 20 %. La résolution de problèmes et la capacité d'adaptation, liées à la subjectivité ne varient pas.

Les résultats sont cohérents avec ceux de l'ESM.

4.2. Le Questionnaire de configuration psychothérapique (PQS)

Que trouve t-on à partir de l'instrument évaluant le processus ?

*a) Ce qui a **toujours** été saillant au cours de la psychothérapie (items cotés à +4, +3, -4, -3 = très caractéristiques)*

Au niveau du patient : il est animé ou excité. Il n'a pas de difficulté à commencer la séance et n'y est pas silencieux ; il est actif durant la séance -> **implication.**

Il exprime une recherche de proximité avec son entourage. Les relations interpersonnelles constituent un thème central. La situation récente ou actuelle est discutée -> **dans l'actuel/ relations interpersonnelles/lien.**

Au niveau du thérapeute : position de **neutralité émotionnelle**, **de proximité.**

Au niveau du dialogue : il porte sur un thème spécifique.

*b) Les éléments suivants n'ont **jamais** été saillants dans la psychothérapie (items cotés à -1, 0, +1)*

Tentatives du thérapeute d'améliorer les relations quand l'interaction avec le patient est difficile. Différenciation active des significations réelles *vs* fantasmées, discussion sur l'image de soi. Centrage sur la culpabilité du patient, suggestion du sens du comportement des autres, réassurance directe, renforcement des défenses, remise en question du point de vue du patient -> **pas d'approche « pro active » du thérapeute.**

Recherche d'intimité, d'approbation, d'affection, provocation, avec le thérapeute -> **absence de manifestations transférentielles manifestes du patient.**

c) Ce qui reste stable (items stables non extrêmes mais qui reste en fond de la thérapie)

Chez le patient : est engagé dans la thérapie (+), aborde du matériel significatif (+), est dans l'introspection (+), ne résiste pas à l'examen de ses pensées (+). Ses sentiments ou perceptions sont reliés aux situations ou comportements du passé (+). Comprend ce que dit le T, se sent compris, se sent confiant et accepte les commentaires du T, reste peu clair et organisé dans son expression. Tendances projectives, culpabilité, anxiété, ressent un affect pénible, faiblement triste.

Chez le Thérapeute : est empathique, neutre, clair, formule des interprétations se référant à des personnes réelles de la vie du patient, identifie un thème récurrent, redit, reformule ce que dit le patient.

Dans le dialogue et les interactions : pas de discussions sur les symptômes physiques, les horaires de RV ou la relation thérapeutique.

d) Ce qui change (inversion de signes maintenue pendant au moins 2 évaluations)

Chez le patient : expression d'attentes positives vis-à-vis de sa thérapie. Abord de souvenirs et reconstructions de la petite enfance. Abord approfondi des conflits.

Chez le thérapeute : attention à des sentiments considérés comme inacceptables par le patient (colère, envie, excitation) ; réduction progressive des interventions incitatrices. Mise en liens de la relation thérapeutique et d'autres relations.

Dans le dialogue et les interactions : réduction de la discussion consacrée aux relations sentimentales. Discussion de l'interruption du traitement (vacances).

5. Mise en relation des évaluations à partir des différents instruments

Nous avons avons vu que le malaise subjectif, les relations interpersonnelles et l'Insight chez ce patient participaient de façon majeure à ses troubles. Nous allons donc nous centrer sur les éléments qui ont pu être objectivés à partir des instruments d'évaluation.

Le malaise subjectif reste très important à l'ESM (45 (début) ; 53 (un an)). Au PQS : anxiété, tension, fond dépressif, ressenti d'affect désagréable.

Les relations interpersonnelles : forte amélioration à l'ESM 53 (début) ; 65 (un an), retrouvée à l'effet sur l'entourage 45 (début) ; 65 (un an). Aux EFP : Relations amicales 60-70, un peu moins bonnes au niveau familial 51-61. Relations sentimentales et sexuelles 58-68. Elles constituent un thème central au PQS, en particulier, le patient parle de sentiments d'être proche ou avoir besoin de quelqu'un fortement coté à chaque évaluation. Les relations sentimentales proprement dites sont peu abordées et la relation dans le transfert ne l'est pas (sauf à la séance avant les vacances du thérapeute).

L'Insight : aux EFP -> 58 (2 mois) – 74 (un an). Au PQS, l'engagement du patient est important et révèle une configuration favorable à l'Insight : le patient comprend les commentaires du thérapeute, il est actif dans la séance, il ne résiste pas à l'examen de ses pensées associées à ses problèmes, il comprend la nature de la thérapie et ce qui est attendu, il est engagé dans le travail de la thérapie de plus en plus au cours de l'année, il aborde des questions et du matériel significatif, les souvenirs et les reconstructions de la petite enfance sont des sujets de discussion, il est dans l'introspection.

6. Nouvelle formulation de cas

Pour terminer l'évaluation, retour à la formulation de cas.

Tableau 2. Formulation de cas à un an

1. Problèmes actuels du patient. Approfondissement des variables causales. Etat des variables de psychopathologie, variables de santé

 Symptômes : anxiété, tendance persistante au débordement émotionnel et aux réactions impulsives (non réalisées), tendance au repli dépressif face aux conflits conjugaux. Culpabilisation. Fragilité « narcissique ».

 Cherche à connaître le détail des carences parentales avec maltraitances dont il a souffert. Besoin insatisfait d'explications de sa mère. Crainte de reproduire les défaillances paternelles auprès de ses enfants.

2. Mise en relation des objectifs initiaux et à un an

 Fort investissement de la relation thérapeutique et fiabilité du patient dans le suivi.

 Les crises « explosives » ne se sont pas reproduites. Verbalisation des conflits et des attentes de reconnaissance. Persistance, mais moins intensives des stratégies abandonniques. Amélioration des capacités d'introspection et de son état intérieur. Agressivité mieux contrôlée, moindre recours au clivage de l'objet, projection moins systématique.

3. Principales caractéristiques de la psychothérapie

 Le thérapeute a assuré une présence empathique. Il a évité des interventions (trop) actives et interprétatives, a favorisé la verbalisation des conflits, a utilisé la reformulation et la clarification de ce que dit le patient.

 Le patient a amélioré peu à peu ses capacités d'introspection, de compréhension et sa tolérance affective.

 Le malaise subjectif reste un problème important.

4. Éléments pour la suite

 La psychothérapie a des effets de surface et en profondeur -> poursuite de la psychothérapie psychodynamique.

 Renforcement du processus par introduction d'interventions du type « confrontations » et interprétations liées à la relation thérapeute-patient (analyse du mode transférentiel). Maintien d'une vigilance aux séparations. Évaluer la possibilité d'un jeu relationnel.

Trois groupes de pairs racontent leur expérience

Réflexions et conseils pratiques en début d'évaluation

Jacqueline Massonnet*

I. Pour démarrer… quelques précautions pratiques utiles à prendre pour éviter des déceptions de communication entre pairs.

1. Rédiger le compte rendu des séances 1, 2 et 3 au plus près du réel (genre : récit d'entretien avec dates des événements relatés).

2. Numéroter les pages du compte-rendu de séance, dater le document, identifier l'auteur du texte.

3. Pour chaque séance, indiquer à la fin du compte-rendu : les éléments diagnostiques, les objectifs et la stratégie envisagée.

4. Envoyer aux pairs les 3 séances complètes.

5. Collecter le retour des avis des pairs sur un tableau frontal (Tableau 1).

6. Rédiger la formulation du cas avec les avis recueillis (en 4 points *cf.* méthodologie du réseau).

7. Valider à partir d'échanges Skype la formulation de cas avec les membres du groupe de pairs.

Cotateur 1	Cotateur 2	cotateur 3
1ère séance *Éléments diagnost. :* idées noires, se scarifie. Origine du problème située dans une série de deuils, initiés par le décès de sa grand-mère une dizaine d'années plus tôt... *Objectifs* élaboration des deuils *Stratégie* Mise en place espace de parole	**1ère séance** *Éléments diagnost. :* Le trouble de la personnalité borderline est le diagnostic qui convient le mieux. Au départ je penchais un peu pour une organisation typiquement névrotique, mais il y a les passages à l'acte … *Objectifs* ... *Stratégie* ...	**1ère séance** *Éléments diagnost. :* Cette patiente présente une instabilité des relations interpersonnelles (gestes d'affection et attaques brusques de sa mère sans transition), … *Objectifs* ... *Stratégie* ...
2ème séance *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*	**2ème séance** *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*	**2ème séance** *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*
3ème séance *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*	**3ème séance** *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*	**3ème séance** *Éléments diagnost. :* *Objectifs :* *Stratégie :*

Tableau 1 : avis schématisés des pairs sur les trois premières séances

II. Passation de l'Echelle Santé-Maladie (ESM). Concrètement, quelle marche à suivre pour que les cotations soient indépendantes ? Là encore quelques précautions pratiques peuvent être utiles

1. Etablir son évaluation indépendamment à partir des séances 1, 2 et 3 du début avec un chiffrage de 0 à 100 pour les 8 critères de l'échelle, et ce, pour TOUS les patients étudiés par les pairs. Commencer par estimer globalement l'état de santé-maladie du cas (critère 1), intuitivement, suivant la connaissance de son propre cas et en tenant compte des vignettes cliniques proposées par l'instrument ; pour les autres s'appuyer sur les comptes rendus et la formulation de cas. Puis, attribuer une note à chacun des 7 autres dimensions en tenant compte des commentaires fournis sur la grille (colonne de gauche). Revoir à la fin l'estimation globale de l'état de santé du patient (critère 1) et l'harmoniser avec les notes affectées aux 7 items.

2. Envoyer « en pièce attachée » la cotation de tous les cas aux pairs, ceci afin de préserver l'indépendance des points de vue sur l'état des patients.

3. L'auteur du cas reçoit les diverses cotations pour son cas et les regroupe sur un tableau frontal (tableau 2).

4. Il envoie aux pairs le tableau ainsi monté.

5. Prévoir un R.V. de groupe sur Skype.

6. Discuter alors les valeurs affectées à chacun des 8 items.

Questions éventuelles posées par l'utilisation de l'ESM

Au moment de la discussion, il apparaît que les pairs évaluent l'ESM du cas à partir des SEULS éléments donnés par les comptes rendus. Un écart de point de vue peut s'introduire significativement.

Des ajustements de représentation sont souvent nécessaires pour les valeurs entre 50 et 20-25. Pour l'une des patientes par exemple, qui présentait un double fonctionnement d'intégration apparente assorti de crises récurrentes extrêmement graves, les notes variaient selon que l'un ou l'autre des aspects était majoré. Obtenir des renseignements complémentaires du clinicien qui suit la personne va permettre de valider l'évaluation après une discussion clinique sur des éléments objectifs.

Dimensions	cotateur 1	Cotateur 2	Cotateur 3	Validation
Estimation globale santé maladie	45	30	18-20	38
Capacité autonomie	45	35	10	30
Gravité symptômes	40	30	20	25
Malaise subjectif	50	25	15	25
Effets sur entourage	35-40	25	18	30
Utilisation capacités	45	25	10	35
Relations interpersonnelles	45-50	30	25	38
Sources intérêt	40	30	20	35

Tableau 2 : cotation des 3 premières séances à l'ESM

Le tableau fait bien apparaître que l'estimation finale n'est pas une moyenne des cotations émanant de chacun des pairs.

Signalons un intérêt possible à retirer des échanges entre pairs autour de l'ESM : l'observation des pôles de ressources potentielles des sujets (notes les + hautes) ainsi que des pôles de difficultés importantes (notes les + basses) permet d'orienter les lignes du traitement : objectifs et stratégie à envisager par le thérapeute pour faire avancer le processus de changement.

** Psychologue clinicienne (Puteaux). Membre d'un groupe de pairs du pôle Borderline.*

Présentation d'un groupe de pairs du pôle autisme

Pierrette Poyet*, Christine Ritter, Laurence Barrer*****

Depuis le 5 septembre 2008, nous sommes réunies en groupe de pairs, avons échangé nos points de vue 1 à 2 fois/semaine sur Skype, qui est très pratique ; une icône s'allume signalant qui prend la parole, on peut parler à plusieurs.

Après avoir lu les notes extensives des trois premières séances consécutives, les observations des collègues sont prises en notes sur le *Livret.* Un gain de temps : coter et noter au fur et à mesure ! Nous avons débuté la *Formulation de Cas* et obtenu le consentement des parents.

Les séances de 09.08 sont cotées avec l'Ecar-t et la Grille, mais la comparaison des cotations en groupe de pairs n'a pas encore été réalisée. Avec nos séances de 11.08, nous avons commencé à coter le CPQ (*cf.* PLR 57), qui prend pas mal de temps. Notre prise de notes est précise ; en séance quelques phrases « repères » puis celles-ci sont tapées le soir même, comme dans l'observation du bébé, l'attention portée durant la séance soutient le travail de mémorisation encore souligné par la recherche.

Notre groupe de pairs est constitué de trois cliniciennes psychothérapeutes – psychanalystes ayant chacune une longue pratique auprès des enfants avec autisme. Nous nous situons dans le champ psychodynamique.

Les présentations cliniques des trois enfants concernés, se déroulent dans un climat de confiance, d'intérêt partagé pour l'ouverture que ce travail peut nous offrir.

L'application d'une méthodologie telle qu'elle nous est proposée, ne nous est pas familière et nous inscrit dans un cadre rigoureux. Les contraintes qui en découlent ne semblent pas perturber le processus thérapeutique.

Les observations, transmises avec détails et précisions, nous aident à repérer plus précisément l'impact et les effets de nos interventions en séance, donc d'analyser plus finement les réponses que nous donne l'enfant.

Les remarques et les questions des collègues lors des présentations ouvrent des élaborations nouvelles. Elles peuvent révéler des enkystements contre-transférentiels, elles apportent distanciation et relancent notre capacité de rêverie.

Le groupe de pairs semble pouvoir occuper une fonction de tiers.

Nos rencontres en groupe de pair ont lieu grâce à Skype. Cet outil permet d'échanger souvent et facilement lors des premiers entretiens et des consensus. La configuration de nos ordinateurs ne nous permet pas d'utiliser de webcam. Nous avons dû nous accorder sur les temps de parole sans visuel en repérant l'interlocuteur sur l'icône Skype. Au-delà de 15 millions d'utilisateurs la communication se coupe fréquemment...

Pour le recueil des données, l'une d'entre nous a proposé la méthode en 3 colonnes de Guy Gimenez (2000). Elle permet de mettre en exergue les processus à l'œuvre dans la séance et les mécanismes du patient. On observe leur fréquence de mois en mois et leur évolution. L'une d'entre nous enregistre sur vidéo ou dictaphone pour découper la séance après-coup :

1. matériel clinique sensoriel (les faits exhaustifs) ;
2. mouvements internes du clinicien (affects, associations) ;
3. hypothèse sur le processus repéré.

Le groupe de pairs nous renvoie une objectivité (superviseur). Notre implication *in situ* s'observe dans les décalages observés du consensus au CPQ.

** Psychothérapeute (Blois), ** Psychologue (Erstein), *** Psychologue (Toulon). Membres d'un groupe de pairs du pôle Autisme.*

Gimenez, G. (2000). Clinique de l'hallucination psychotique Ed. Dunod, Paris.

Présentation d'un groupe de pairs du pôle Borderline

Dominique Bilani*

La transmission de l'expérience d'un début d'étude en groupe de pairs s'inscrit dans la temporalité, temporalité de l'acte de l'intervention de la première journée d'étape, courte pour rendre compte d'un historique qui mérite réflexion.

Rencontres de partenaires d'une aventure clinique à mesurer par un dispositif de cotation enceint dans un *timing*, rencontres et choix de pairs dans le cadre d'une transmission d'outils et de méthodologie éprouvés et référents (pour le réseau RRFPP qui a reçu le label INSERM pour cette étude), rencontres entre des pairs et leurs invisibles patients.

L'axe temporel fonde le processus dans lequel chacun des pairs est au travail avec les autres dans le *timing* pris lui-même dans le processus de la psychothérapie où l'insight du patient et celui des thérapeutes sont mis à l'épreuve dans l'expérience du transfert.

Chaque clinicien a porté son choix sur un patient adulte déjà engagé dans un processus psychothérapique de plusieurs mois à plusieurs années. Il semblerait que notre groupe de pairs ait adopté une compréhension clinique consensuelle facilitant le travail de cotation.

Egalement proches géographiquement, nous avons préparé nos rencontres de travail par courriel et avons privilégié les rencontres à l'utilisation du skype pour ce qui est de l'organisationnel.

Puis, nos pratiques cliniques nous ont plongé brutalement dans un rapport à l'intime de l'autre pair, inconnu jusqu'alors, et les rencontres de travail conviviales ont favorisé une dynamique psychique interindividuelle et intersubjective inhérente au travail de repérage clinique.

Les rencontres sur nos lieux de travail respectifs (cabinets) ont ancré cette réalité et nous ont permis de saisir les atouts des uns et des autres pour traverser l'épreuve de réalité de la cotation.

Dans un premier temps, il nous a été utile de nous assurer d'une bonne compréhension réciproque de ce qui nous était demandé et nous avons rapidement présenté nos patients dans leurs parcours antérieurs au début de la recherche.

Puis chacun s'est engagé dans le travail de représentation de la clinique de l'autre, non pas pour en discuter, mais pour trouver un consensus de cotation avec les outils et poser le diagnostic selon le DSM IV.

Nous avons, après avoir coté individuellement et lors de nos rencontres, apporté quelques précisions qui pouvaient avoir été négligées dans le recueil de notes extensives des séances afin de réajuster en groupe de pairs la cotation individuelle.

Les données ont été ensuite entrées dans les grilles présentées dans le carnet d'évaluation du pôle borderline.

** Psychologue clinicienne (Vincennes). Membre d'un groupe de pairs du pôle Borderline.*

Sur votre agenda
prochaines Journées du Réseau

25 septembre 2009
et
27 novembre 2009

Inscription par e.mail à
mthurin@techniques-psychotherapiques.org

Modalités d'évaluation des prises en charge multiples

Jean-Michel Thurin

avec les contributions de

R. Coutelle, J. Pradère, E. Morilla, F. Mosca, L. Liberman, MC. Cabié et M. Thurin

Les réunions de pôles ont fait apparaître la variété et la complexité des dispositifs institutionnels de prise en charge.

Dans de nombreux cas, une psychothérapie bien individualisée constitue l'axe du dispositif, mais il existe aussi des interventions institutionnelles qui entrent clairement dans les pratiques psychothérapiques.

Nous avons donc essayé de concevoir comment ces pratiques pouvaient être prises en compte dans le protocole proposé, en respectant deux conditions incontournables : évaluation centrée sur le cas, avec un référent identifié, et utilisation des mêmes outils d'évaluation que pour les psychothérapies individuelles. Le pôle Autisme a été pris comme exemple mais les aménagements s'appliquent également aux pôles Alzheimer et Borderline.

● Des configurations variées

Parmi les configurations décrites, nous pouvons citer :

- la psychothérapie individuelle ;
- les packs réalisés par 3 thérapeutes ;
- un groupe bihebdomadaire de 3 enfants encadré par une psychologue, une psychothérapeute et une psychomotricienne (ce groupe comprend un temps avec les parents, puis avec les enfants seuls, puis de nouveau avec les parents) ;
- la thérapie familiale et l'accompagnement familial associés à la psychothérapie de l'enfant ou lui étant intégrés dans des entretiens mensuels réguliers ;
- des groupes thérapeutiques à médiation : musicothérapie, art thérapie, balnéothérapie, relaxation, peinture, théâtre, cirque, et à visée sensorimotrice : équithérapie, aquathérapie, escalade ;
- association de psychomotricité et d'orthophonie, temps séquentiels.

● Trois démarches principales

Trois démarches principales d'évaluation peuvent être envisagées pour aborder cette pluralité d'approches :

- La psychothérapie individuelle est le cœur de la prise en charge. La psychothérapie institutionnelle qui l'accompagne est située comme modérateur. Elle est décrite dans ses grandes lignes, en pondérant la participation de l'enfant à différentes activités dont certaines pourront être considérées comme des médiateurs (acteurs des processus de changement).

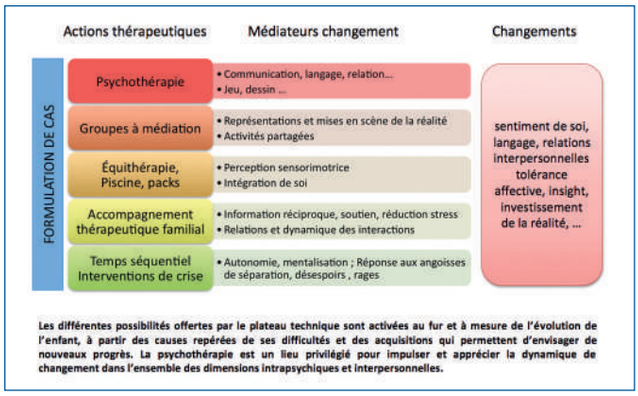
- Il existe deux pratiques psychothérapiques principales (p.e. individuelle et familiale) qui ont des objectifs complémentaires et sont en inter-relatation. Elles sont évaluées l'une et l'autre. Elles sont accompagnées d'autres approches (modérateurs).

- Il existe une psychothérapie institutionnelle incluant différentes « modalités psychothérapiques » dont les niveaux d'approche et d'expression peuvent être différents. Ces modalités s'intègrent dans un projet global, mais leurs objectifs respectifs peuvent être décrits, les médiateurs et leurs relations à des variables causales et/ou à des projets d'acquisition identifiés.

● Intêret de la formulation de cas

Quelle que soit la démarche, la formulation de cas est au centre de la représentation et de la conception du projet thérapeutique individuel ou institutionnel (figure ci-dessous).

Dans l'idéal, il s'agit d'une formulation répétée à des temps réguliers de la prise en charge. Elle est conçue de façon à appréhender les problèmes de l'enfant en tenant compte de ses spécificités. Les causes directes et plus générales auxquelles ses problèmes sont rapportés, sont décrites. Les objectifs et les stratégies qui peuvent être mises en œuvre pour les atteindre sont définis, en relation à ces causes et en s'appuyant sur le modèle théorique le plus pertinent pour le praticien et l'équipe. Cet abord différencié permet de formaliser la façon dont les différents acteurs concernés seront impliqués dans le processus thérapeutique, leur action spécifique permettant non seulement de répondre à un problème, mais de contribuer au projet d'ensemble.



Les différentes possibilités offertes par le plateau technique sont activées au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant, à partir des causes repérées de ses difficultés et des acquisitions qui permettent d'envisager de nouveaux progrès. La psychothérapie est un lieu privilégié pour impulser et apprécier la dynamique de changement dans l'ensemble des dimensions intrapsychiques et interpersonnelles.

Dans la troisième démarche, il parait évidemment très difficile d'apprécier isolément l'effet de chacune des différentes interventions thérapeutiques. Réciproquement, il serait dommage de réduire la diversité ajustée des approches à un dispositif global dont on évaluerait le bénéfice par une comparaison pré-post. Le psychothérapeute et le référent de l'enfant semblent les mieux placés pour appréhender la chronologie des interventions, leur finalité et les changements qui les accompagnent ou non. Ils ont la possibilité de saisir les évolutions dans un cadre qui reste stable, ce qui fait ressortir la dynamique propre de l'enfant en développement dans sa relation à l'autre, mais aussi l'intervention potentielle d'autres facteurs que le processus de la cure ne permet pas d'expliquer. Cette démarche rejoint celle proposée par Kazdin (2003) pour démontrer les mécanismes de changement en recherche psychothérapique. Ces évolutions se retrouveront dans les indicateurs symptomatiques et comportementaux, mais aussi dans ceux qui caractérisent la qualité des fonctionnements et qui constituent de fait des indices de santé (notamment le sentiment de soi, le langage, les relations interpersonnelles, la tolérance affective, l'aptitude à se comprendre et se représenter les états de l'autre (insight) et l'investissement de la réalité). Le protocole de l'étude intensive de cas permet d'objectiver le processus de changement et les événements qui y participent, d'abord dans la cure mais aussi dans le contexte institutionnel et familial.

● En résumé

Les formulations de cas répétées à chaque évaluation intermédiaire permettent un travail d'évaluation des variables causales actives et des stratégies ajustées qui peuvent leur être attribuées à partir de la palette du dispositif (médiateurs).

Les effets des pratiques psychothérapiques peuvent être évalués à partir des indicateurs de changement inclus dans les instruments et de leur pertinence spécifique par rapport aux trios « manifestations - variables causales - interventions psychothérapiques ». Le matériel clinique est le même que dans la méthodologie générale (séances transcrites).

Principes d'analyse des données

Jean-Michel Thurin

Objectifs

Les questions auxquelles il est attendu que les études puissent répondre sont les suivantes :

1. Résultats : Est-ce qu'une psychothérapie réalisée dans des conditions naturelles est efficace pour un patient souffrant de l'un des troubles suivants : borderline, autisme et apparentés, dépression et troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer ?

2. Processus : Quelles sont les caractéristiques des approches et des processus mis en œuvre dans chacun des cas ?

3. Processus-résultats : Existe-t-il des modalités générales d'approche qui marchent mieux que d'autres dans des cas analogues et quel est leur degré d'adéquation à des approches référencées ? Existe-t-il des configurations particulièrement efficaces et peut-on formuler des hypothèses sur les raisons de cette efficacité ?

Méthode d'analyse

1. Résultats : Les changements sont mesurés dans différents registres qui concernent à la fois les symptômes et les fonctionnements intra personnels et inter personnels à partir des tailles d'effet obtenues.

La chronologie des changements est également étudiée, notamment pour situer quelles sont les dimensions qui répondent le plus et le moins rapidement à la thérapie, et discuter la logique de cette évolution.

2. Processus : Pour caractériser le processus à partir du *Questionnaire de configuration psychothérapique* (PQS), nous disposons des éléments suivants :

a) Items les moins et les plus caractéristiques de la thérapie à chacune des cotations (3, 6 et 12 mois).

b) Score moyen de chaque item dans la thérapie mise en œuvre.

c) Distinction entre facteurs communs (p.e., « alliance thérapeutique ») et facteurs spécifiques à chaque approche (Jones et Pulos, 1993).

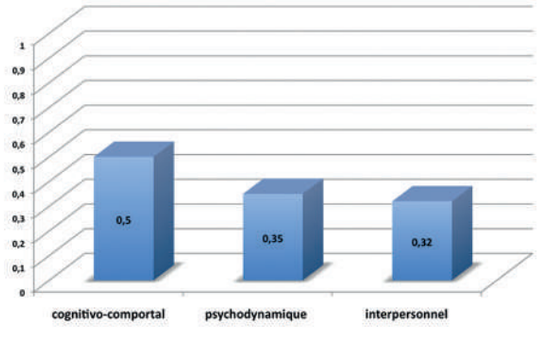
d) Classements réalisés par des experts de différentes approches (psychodynamique, cognitivo-comportementale, interpersonnelle, systémique, …) pour définir le degré de concordance des items du PQS avec les caractéristiques de pratique et de processus de chacune d'entre elles.

e) Classements issus d'études antérieures décrivant les processus de psychothérapies menées par des praticiens de différentes approches pour différents troubles (dépression, état de stress post-traumatique, trouble panique).

Le classement présenté en (d) a été obtenu de la façon suivante : Ablon et Jones (1998, 2002) ont demandé à des cliniciens de différentes orientations théoriques de construire un traitement type répondant aux critères techniques et théoriques de leur approche en classant les items du PQS suivant leur degré de concordance avec cette approche. Il s'agit d'un modèle général, non relatif à une pathologie spécifiée. Par exemple, les items du PQS situés comme les plus caractéristiques de la psychothérapie psychodynamique sont par ordre : la discussion des rêves ou des fantasmes du patient ; la neutralité du thérapeute ; l'attention du thérapeute à l'utilisation par le patient de mécanismes défensifs ; la mise en relation de thèmes exprimés dans la relation thérapeutique et dans d'autres relations ; l'interprétation des désirs, des sentiments et des idées inconscients ; l'absence de jugement, etc. Les items considérés comme les plus caractéristiques de la TCC comprennent la discussion d'activités spécifiques et de tâches à réaliser à la maison, de thèmes cognitifs et de systèmes de croyance, des buts de traitement du patient, l'encouragement du patient d'essayer de nouvelles façons de se comporter, le contrôle par le thérapeute de l'interaction et l'adoption d'une attitude de soutien direct, etc. Dans la thérapie interpersonnelle, les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central ; le thérapeute met l'accent sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément ; le patient parle de sentiments d'être proche ou d'avoir besoin de quelqu'un ; le thérapeute explique sur quoi s'appuie sa technique ou son approche ; etc.

3. Processus-Résultats : Pour expliciter la démarche générale de mise en relation des données de processus et de résultats, nous nous appuierons sur l'article d'Ablon et *al.* (2006) qui ont étudié les caractéristiques et les résultats d'une psychothérapie réalisée dans des conditions naturelles par des praticiens d'orientation psychanalytique avec des patients souffrant d'un trouble panique. Cette démarche comprend quatre temps.

Premier temps : Caractéristiques générales de l'approche mise en oeuvre. Le score de chacun des items issus de l'analyse de cas est mis en relation avec celui de chacun des items des profils types. Cela permet d'avoir une représentation de l'approche mise en œuvre (voir figure ci-dessous). Cette opération peut être réalisée pour chacune des étapes de la psychothérapie et permet alors d'étudier l'ajustement de la psychothérapie aux différentes étapes.



Psychothérapie mise en œuvre par des psychodynamiciens pour le trouble panique relativement à des profils types de chaque approche

Deuxième temps : De quelles approches sont issus les éléments actifs ? Le fait que la psychothérapie soit globalement un composite de plusieurs approches, comme cela apparaît dans la figure ci-dessus, laisse entière la question de ce qui est spécifiquement actif dans sa mise en oeuvre.

Pour le savoir, on recherche d'abord les corrélations entre les éléments caractéristiques de chaque approche et les résultats. Ici, ce sont les éléments de la psychothérapie interpersonnelle qui sont le plus impliqués dans les résultats de deux des trois échelles utilisées pour les mesurer.

Troisième temps : Quelle est la configuration émergente à partir des dix éléments les plus et les moins caractéristiques ? Peut-on la rapprocher d'un profil type ? Les vingt items émergents éclairent la nature des thèmes de discussion, la position et les interventions du thérapeute, celles du patient et leurs interactions. La corrélation de cette configuration d'items

saillants avec les traitements types permet d'affiner le profil de la psychothérapie mise en oeuvre (ici, interpersonnelle-psychodynamique).

Quatrième temps : Peut-on établir une relation entre les aspects spécifiques du processus psychothérapique et les résultats ? Ces variables peuvent évoluer d'une étape de la psychothérapie à une autre. Le seuil de la taille d'effet pour que les items soient pris en compte est déterminé et l'on considère les éléments corrélés à un résultat positif ou négatif. Dans l'étude qui nous sert d'exemple, les items suivants apparaissent être les plus impliqués dans les résultats favorables suivant l'échelle symptomatique (SCL-90).

81. Le thérapeute met l'accent sur les sentiments du patient pour les approfondir.	**.70**
74. L'humour est utilisé.	**.52**
01. Le patient verbalise des sentiments négatifs envers le thérapeute.	**.50**
97. Le patient est dans l'introspection, explore des pensées et des sentiments intérieurs.	**.49**
73. Le patient est engagé dans le travail de la thérapie.	**.4**

Cinquième temps : Peut-on expliquer cet effet ? Les items saillants permettent également d'envisager comment, au delà des références théoriques des praticiens et des étiquettes, une importance est donnée à une dimension particulière et la façon dont elle est abordée. Dans cette étude, c'est l'attention portée aux éléments émotionnels (facteur spécifique) qui apparaît directement associée aux résultats positifs. L'alliance thérapeutique (facteur commun), intervient également.

En résumé, l'analyse porte sur les résultats, le processus et la relation entre le processus et les résultats ; Il y a plusieurs niveaux d'approche, du macro (processus mis en œuvre distinguant les facteurs patient, l'alliance, et les types d'approches), au micro, avec une analyse des éléments spécifiques qui contribuent au processus, jusqu'aux hypothèses fonctionnelles relatives aux aspects de la pratique associés à un résultat positif ou négatif.

Jones EE & Pulos SM. Comparing the Process in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993 ; 61(2): 303-316.

Ablon J.S., Jones E.E. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 1998 ;* 8(1) 71-83.

Ablon J.S., Jones E.E. Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy : Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am. J. Psychiatry,* 2002 ;159, 775-783.

Ablon JS, Levy R, Katzenstein TAI. Beyond brand names of psychotherapy : identifiying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006 ; 43(2): 216-231.

Quelques points de repères

Rappel pour participer aux études

1. Être inscrit au réseau : en faire la demande et avoir rempli la fiche d'information.

2. Inclure un patient pour un suivi psychothérapique évalué pendant une année suivant la méthodologie proposée.

3. S'organiser en groupe avec deux pairs qui suivent également un patient inclus dans les études. Les évaluations des trois patients sont réalisées par chaque membre du groupe de pairs. Elles sont faites individuellement et validées en groupe.

4. Faire la demande de consentement au patient pour son inclusion dans l'étude.

Anonymisation des données cliniques

1. Au moment de l'inclusion d'un patient : envoyer un e.mail (mthurin@techniques-psychotherapiques.org) afin d'obtenir un code pour ce patient et un code d'identification clinicien (ces codes sont notés dans un cahier non accessible).

2. Si vous n'aviez pas encore le livret d'évaluation, vous l'obtiendrez en même temps que les codes. Il contient : une fiche descriptive des études avec les indicateurs de changement, une fiche récapitulative d'évaluation, un descriptif de l'évaluation de départ, spécifique dans chacun des pôles, les fiches à remplir pour la cotation des différents outils d'évaluation, à 2, 6 et 12 mois.

3. Toutes les données cliniques doivent être anonymisées avant l'envoi par e.mail : absence de nom du patient ou tout ce qui pourrait l'identifier : les lieux, les dates, les événements spécifiques…Les fichiers envoyés sont codés.

Que deviennent les données cliniques

1. Le transfert des données par voie informatique a demandé une méthodologie de protection des données clinique et une limite des personnes ayant accès à ces données au niveau du réseau (Monique Thurin (codes, validité et mises des données dans les bases), Tiba Baroukh (traitement statistique des données) et Jean-Michel Thurin (coordonnateur)). Dépôt d'un dossier à la CNIL. Un avis positif du Comité consultatif a été reçu sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIR).

2. Les données d'évaluation sont stockées dans une base sur un serveur non accessible par internet. Elles seront traitées ensuite pour l'analyse.

3. Les données cliniques sont stockées sur le même serveur dans des dossiers indépendants. Ces données sont entièrement anonymisées avec code confidentiel pour l'ouverture des fichiers.

Suivez l'information sur le site du Réseau

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

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 2009)
à

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

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

Impression : ARTHEO