n° 63
Déc. 2009

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

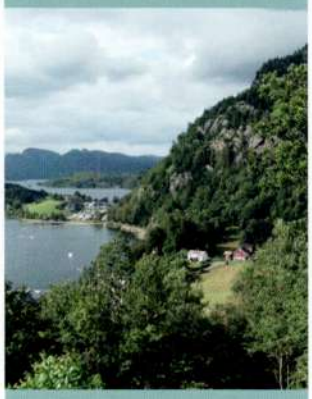
Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Sommaire

Journée d'étape du Réseau

22 janvier 2010



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 N. Garret-Gloanec, M. Thurin, M. Villamaux

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

● Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques a deux ans.

Depuis sa sélection par l'Inserm, en février 2008, une activité intense a été menée, tant par les membres du comité de pilotage que par les cliniciens qui s'y sont engagés, pour le faire vivre et le développer. Les enjeux sont considérables. Le développement d'une recherche empirique rigoureuse issue de la réalité clinique est devenue aujourd'hui plus que jamais nécessaire pour mieux comprendre et faire connaître *dans quelles conditions* et *comment* une psychothérapie marche. Ces questions, qui convoquent la complexité, impliquent les résultats mais ne s'y réduisent pas. L'ensemble place l'évaluation des processus de changement dans une position qui, tout en étant naturelle pour le clinicien, est aussi professionnelle et au coeur des progrès qui peuvent être réalisés dans le champ.

La première étape a été de construire le réseau, d'y intéresser les cliniciens et de conduire les premières études systématiques de cas isolés dans chaque pôle (autisme et troubles envahissants du développement, borderline adultes et adolescents, Alzheimer et troubles apparentés), de l'indication jusqu'à l'analyse complète des résultats. Cette étape est aujourd'hui réalisée.

Les quatre études intensives de cas présentées dans ce numéro font bien apparaître que les informations qu'elles apportent sur la nature, la gravité et les facteurs qui contribuent à l'origine et à la dynamique des troubles enrichissent considérablement le diagnostic catégoriel et introduisent l'approche qui peut être mise en oeuvre. L'analyse des effets est initiée à partir des mesures multi-dimensionnelles répétées qui portent non seulement sur la gravité des symptômes, mais aussi sur les fonctionnements sociaux et la relation à la réalité, indicateurs de psychopathologie mais aussi de santé. La description des éléments les plus caractéristiques du processus psychothérapique qui sous-tendent cette évolution permet ensuite de mettre en relation les effets avec l'action thérapeutique et les principaux facteurs qui la déterminent à différents temps. Des hypothèses peuvent être alors inférées à ce sujet sur des bases partagées.

Un autre résultat, inscrit dans les objectifs du réseau, est d'avoir démontré la possibilité et le caractère fructueux d'une collaboration étroite cliniciens-chercheurs. Les cliniciens soulignent l'effet profond de cette recherche sur leur pratique et l'intérêt des discussions cliniques structurées en groupes de pairs, ouvrant à une véritable « intervision ». L'objectivation de la pluralité des approches et des modalités de prise en charge au cas par cas devient dans ce contexte une ouverture et une opportunité pour saisir la réalité de l'ajustement en psychothérapie. Elle fait ressortir, en contraste, le caractère hasardeux et même désastreux des comparaisons globales entre « marques » que l'on voit encore fleurir, voire encourager.

La seconde étape est engagée depuis le début janvier. C'est la poursuite du recrutement des patients et du suivi de leur processus individuel d'évolution, la mise en route des analyses comparatives de cas progressivement réunis dans une base de données. Ces analyses permettront d'aborder des questions diagnostiques, développementales et techniques telles que celles que l'on a vu s'esquisser au cours de la journée d'étape. Elles porteront d'abord sur la comparaison des trajectoires de cas analogues et l'interrogation de leurs similitudes et différences. Ces observations devraient permettre de préciser s'il existe des profils types d'évolution, quels sont les principaux facteurs de changement dans des situations définies et les « fonctions pivots » qui déterminent un changement structurel. Le retour potentiel des connaissances sur les pratiques peut être important. Une des questions sous-jacentes est évidemment celle de la congruence entre une action psychothérapique et son effet sur une cause, dans un contexte défini.

Chaque cas inclus par un clinicien apporte sa contribution à cette entreprise difficile. Le réseau ouvre dès à présent des perspectives passionnantes dans le champ de la recherche, de la formation et des pratiques en psychothérapie. Nous vous appelons à y participer ●

Compte-Rendu de la Journée d'étape du Réseau à deux ans

Monique Thurin

● La Journée du 22 janvier, qui présentait les premiers résultats du réseau, a abordé deux thèmes : le fonctionnement du réseau et l'analyse de cas isolés. Le second axe a occupé l'essentiel de la journée avec la présentation de quatre cas évalués chacun par un groupe de pairs inscrit dans l'un des pôles du réseau : autisme et troubles envahissants du développement (TED), Alzheimer et troubles apparentés, borderline adulte et borderline adolescent.

Environ quatre vingt personnes ont participé à cette journée, dont une partie non négligeable n'était pas inscrite dans le réseau.

La première partie de la journée a été consacrée à un rappel des objectifs du réseau et de l'intérêt de s'y engager, des enjeux actuels de la recherche sur les psychothérapies, du déroulement sur les deux années d'existence de ce réseau et de ce qui se prolonge, notamment au niveau international avec la participatation depuis juin 2009 de collègues cliniciens venus d'Angleterre et d'Italie. Ensuite, un point sur le réseau a été fait qui concernait concrètement les cliniciens engagés, les inclusions de cas dans chacun des pôles, le déroulement des activités dans et autour du réseau et les modalités du suivi méthodologique.

Se sont ensuite succédées les présentations des cas par les groupes de pairs. Les quatre cas ont été exposés suivant un format commun correspondant au déroulement complet de l'application de la méthodologie aux données recueillies, depuis la formulation initiale jusqu'aux résultats à un an et en y associant l'analyse des différents facteurs de processus et d'environnement qui ont pu y contribuer.

Chacune des interventions a été discutée par deux cliniciens séniors impliqués dans la recherche. Le groupe de pairs qui en était l'auteur a ensuite répondu aux questions soulevées par les discutants et à celles émanant de la salle. Les questions n'appelaient pas toujours des réponses aisées, mais les cliniciens ne s'y sont pas soustrait.

Nous vous proposons, pour chacun des cas présentés, un court résumé clinique des principaux éléments de ce suivi puis un aperçu des points importants de la discussion.

Mais pour commencer, remercions les cliniciens, Sandrine Coussinoux, Thierry Gallarda, Emmanuel Guiliano pour le pôle Alzheimer ; Laurence Barrer, Pierret Poyet, Christine Ritter pour le pôle autisme ; Maud Julie, Isabelle Lemaire, Agathe Sultan pour le pôle Borderline adolescent ; Jean-Yves Gautier, Nicolas Juskewycz, Michèle Vitry pour le pôle Borderline adulte.

Merci également aux discutants qui ont permis de soulever d'importantes questions : Philippe Robert, Julien Daniel Guelfi pour le pôle Alzheimer ; Catherine Barthélémy et Geneviève Haag pour le pôle autisme ; David Cohen et Bruno Falissard pour le pôle borderline adolescent ; Marie-Christine Cabié et Monique Thurin pour le pôle borderline adulte.

Pour chacune des présentations, nous montrerons, la cotation d'un des instruments utilisés. La méthodologie ainsi que l'ensemble des instruments sont présentés dans de précédents numéros de *Pour la recherche* et sur le site internet dédié au réseau dont l'adresse figure dans l'encadré ci-dessous.

Vous pouvez encore vous inscrire pour participer aux études du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques psychothérapiques
Informations sur le site
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

● **Pôle Alzheimer - Vignette clinique**

Madame S., 74 ans consulte suite à un « choc existentiel » qui entraîne une exaltation de ses sentiments avec de nombreux symptômes somatiques : perte de poids et de sommeil, sentiment « d'effondrement physique », asthénie. Elle se plaint de désorientation temporelle et d'une difficulté à trouver ses mots. Elle refuse tout traitement psychotrope dont elle a eu une expérience négative lors d'un précédent épisode dépressif. Elle relate de nombreuses pertes (parents, amis) et souffre depuis longtemps d'un isolement familial.

À l'échelle Santé-maladie, Mme S. se situe à 55/100, ce qui interroge sur l'un des problèmes suivant : *le patient a manifestement besoin d'un traitement pour continuer à travailler de façon satisfaisante ; il a une difficulté croissante à se maintenir de manière autonome (même sans besoin explicite ou reconnu de traitement proprement dit). Le patient peut être soit dans une situation d'adaptation insatisfaisante de manière stable, telle que la majeure partie de son énergie est utilisée dans ses conflits, soit dans une situation d'adaptation instable à partir de laquelle il régressera probablement.* L'évolution au cours des 6 mois montre une nette amélioration du malaise subjectif, ce qui était la dimension la plus basse au départ (50) et qui s'est même aggravée à 2 mois (45).

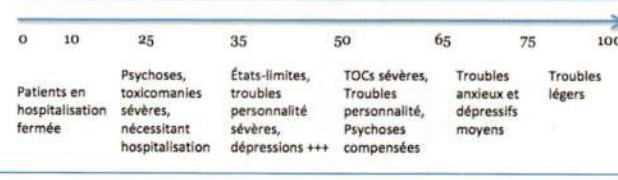
Au MMSE Greco, elle se situe dans un fonctionnement cognitif global dans la norme (28/30).

Après avoir évalué avec la patiente ses possibilités de prise en charge, la thérapeute lui propose une psychothérapie d'inspiration analytique en face à face une fois par semaine.

Au cours du processus sur une période de 6 mois, on relèvera à partir du PQS, que les relations interpersonnelles constituent un thème central, qu'elle est moins anxieuse et moins triste à 6 mois, qu'il y a une bonne alliance de travail patient-thérapeute, que la patiente est engagée dans la thérapie à 6 mois... La thérapeute accompagne la patiente de façon bienveillante et attentive et s'efforce d'améliorer les relations quand l'interaction est difficile ; à cette étape, elle ne souligne pas les mécanismes de défense.

La psychothérapie continue.

	Évaluation initiale	2 mois	6 mois	Gain
Capacité d'autonomie	50	55	60	10
Gravité des symptômes	65	60	70	5
Malaise subjectif	50	45	65	15
Effets sur l'entourage	na	na	na	na
Utilisation des capacités	70	65	70	0
Relations interpersonnelles	55	55	55	0
Sources d'intérêt	75	75	75	0
Estimation globale Santé-Maladie	55	55	65	10



ESM (Luborsky, 1975) : évolution de Mme S. sur 6 mois

• **Questions relatives à la présentation de Mme S.**

La question du diagnostic

La personne présentée pour le pôle Alzheimer n'avait pas un diagnostic avéré de cette maladie. Il a été utile ici de rappeler que la méthodologie du réseau privilégie initialement le diagnostic clinique, les diagnostics psychopathologique et nosographique n'étant véritablement posés qu'à partir des données des trois premiers entretiens, avec évidemment dans certains cas la possibilité d'une incertitude. Si l'on se réfère aux éléments rapportés, et notamment aux circonstances de la décompensation de la personne et à son âge, rien ne pouvait exclure le diagnostic d'Alzheimer, même si sa prise en charge à six mois peut apporter des éléments contre. Cette question a soulevé un problème quotidien du clinicien qui s'occupe de personnes âgées, celui du diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de dépression chez la personne âgée qui a d'ailleurs conduit les membres de ce pôle à élargir le diagnostic d'inclusion à « Alzheimer et troubles apparentés » (PLR 59 Dec. 2008). La formulation de cas, proposée dans le réseau parait évidemment ici très pertinente. La porte d'entrée, comme le souligne la clinicienne, était une grande inquiétude pour cette patiente concernant les troubles de la mémoire et ses capacités qu'elle sentait s'effondrer.

La question de l'indication

Les deux discutants ont fait ressortir plusieurs questions importantes, notamment celle de l'indication de la psychothérapie. Pourquoi une psychothérapie psychodynamique pour ce cas ? D'autant que la formulation de cas mettait l'accent sur une dépression (dont un risque suicidaire n'est jamais exclu). Cette question, évidemment fondamentale a permis à la clinicienne de parler de la prise en charge de cette patiente après trois entretiens, temps qui lui a permis d'apprécier la possibilité de travailler avec elle sur ce mode. Elle a souligné par ailleurs que cette patiente lui avait été adressée par le psychiatre du service. Il l'avait vue longuement au cours de deux consultations et elle avait refusé qu'il lui donne des médicaments. Le discutant a approuvé la méthodologie du réseau qui a permis dans ce cas précis, à partir des différents instruments, de mettre en lumière non seulement les éléments de dépression avérés dans la formulation de cas, mais au cours du temps ce qui pouvait paraitre contradictoire, des éléments cyclothymiques ou d'autres fonctionnements, ce qui a permis d'apprécier au plus près la problématique de cette personne.

Une autre élément important apporté par cette discussion a été que la méthodologie du réseau apparaît très adaptée et réalisable. En comparant ce cas avec celui d'un autre groupe de pairs, connu du discutant, il semble que bien qu'utilisant des approches psychothérapiques différentes on peut avoir une évaluation tout à fait similaire. Le handicap dans l'autre cas est plus important et la patiente est prise en charge en thérapie de groupe. Pourtant au bout du compte les deux patientes ont un peu le même type de projet. Dans la méthodologie du réseau et dans la pratique clinique, le groupe de pairs apporte un enrichissement du travail et c'est un élément très positif du réseau qui a été ici souligné.

Une autre question importante, introduite par la salle, a porté sur les critères du choix d'une psychothérapie par rapport à une autre, en relation ici à la capacité régressive chez un patient déprimé. La clinicienne est revenue sur les trois entretiens préliminaires qui permettent d'aborder les éléments cliniques dans une dynamique intégrant déjà la dimension psychothérapique. La dépression était clairement perceptible au cours du premier entretien, alors qu'au cours du second la patiente s'était déjà ressaisie. Le fait d'accueillir une patiente, d'écouter sa plainte a déjà un effet. Les trois premiers temps sondent déjà de façon structurée la problématique de la patiente et les possibilités liées au type de prise en charge.

● **Pôle Autisme - Vignette clinique**

Merlin a cinq ans lorsque commence l'évaluation de son suivi psychothérapique d'inspiration psychanalytique (2 séances par semaine), mais ce travail s'est engagé deux années plus tôt. Il est diagnostiqué d'autisme modéré. Lors de la formulation de cas, il est noté qu'il ne possède pas le langage, qu'il présente une absence d'autonomie, des troubles alimentaires, des troubles du comportement (agressivité, agitation, stéréotypies) et un fort retrait dans la relation. Merlin souffre en outre d'une maladie somatique importante qui a entrainé de nombreuses hospitalisations. Il a vécu une période compliquée à sa naissance car sa mère a dû être brutalement hospitalisée, alors qu'il avait quinze jours.

L'ECAR confirme le diagnostic d'autisme modéré (score = 60). Cet instrument qui cote la « déficience relationnelle » et « l'insuffisance modulatrice » montre que, sur l'année, Merlin s'est fortement amélioré sur la première dimension puisque l'on ne constate plus de trouble à ce niveau ; la seconde reste problématique (*cf.* tableau ci-dessous).

La GRCEEAI (Haag et *al.*) cote 8 dimensions à 5 étapes en distinguant 3 états : 1/ Pathologie (items relatifs à l'état autistique), 2/ Émergence de développement temporaire (par exemple, echolalie qui est une amélioration par rapport au mutisme), 3/ Développement définitif et durable (par exemple, l'acquisition de la propreté). Les évolutions observées sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Au CPQ, l'instrument de processus, il est noté une bonne qualité de la relation avec le thérapeute. Au cours de l'année Merlin exprime peu de colère ou de sentiments agressifs, il n'est ni triste ni déprimé, il communique de façon affective. Dans une configuration favorable à l'insight, on peut noter que Merlin réalise de nouvelles compréhensions et qu'il comprend les commentaires du thérapeute. La thérapeute est tolérant vis-à-vis des affects ou pulsions violentes de M. Elle interprète la signification de ses jeux et souligne les sentiments qui l'accompagnent.

Ces deux derniers instruments feront ressortir un certain nombre d'améliorations ou de persistance des troubles. Les problèmes de nourriture se sont clairement améliorés. Merlin a acquis la propreté. Le langage est entré dans une véritable phase d'acquisition, avec des problèmes de grammaire. La socialisation reste un problème, ainsi que la difficulté à tolérer l'échec. M. n'a pas toujours conscience du danger. Il a de nombreuses défenses obsessionnelles. Il exprime ses émotions et des moments de tristesse. Les défenses restent à assouplir ainsi que le développement de son monde imaginaire, les jeux symboliques manquent de fluidité...

La psychothérapie continue.

	Évaluation initiale	2 mois	6 mois	Évaluation un an
Score global = 29 items	60	34	26	9
Score « déficience relationnelle »*	26	12	9	0
Score « insuffisance modulatrice »*	8	3	2	3

* *Le niveau élevé des scores traduit la gravité des troubles*

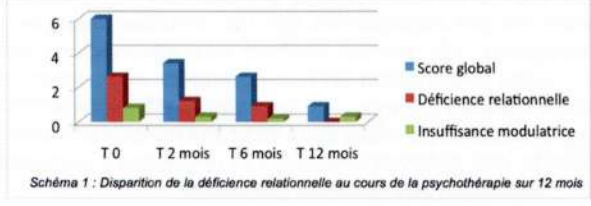


Schéma 1 : Disparition de la déficience relationnelle au cours de la psychothérapie sur 12 mois

ECAR (C. Barthélémy et G. Lelord) : évolution de Merlin sur 12 mois

1. Émotion relation	Expression d'une certaine toute puissance infantile (3, 3, 2, 3). Amélioration de la mutualité avec recherche plus assurée de vrais échanges relationnels (2, 2, 2, 3).
2. Regard	Recherche du regard de l'autre avec attention conjointe (2, 2, 3, 3). Développement du pointage protodéclaratif (0, 1, 3, 3).
3. Image du corps	Acquisition de la propreté (0, 0, 0, 3). Recherche « d'échange en face » avec un espace entre les deux corps (2, 1, 1, 3). Confirmation stade du miroir (0, 1, 2, 2).
4. langage verbal	Existence d'un langage gestuel socialisé (3, 3, 3, 3). Articulation de deux mots (0, 2, 3, 3) . Perfectionnement de prosodie (0, 0, 2, 3). Apparition du NON (0, 1, 2, 2).
5. Graphisme	Graphisme possible sur un support détachable (0, 3, 3, 3). Installation de formes, bonhomme têtard (0, 0, 0, 3). Fermeture du cercle (0, 3, 3, 3).
6. Exploration	Intérêt pour objets doubles, comparaison pareil/pas pareil (1, 0, 2, 3). Intérêt pour le dessus dessous des espaces, objet et contenant (3, 1, 2, 0). Jeu de cache-cache (2, 2, 2, 3). Quasi disparition stéréotypies et apparition jeux symboliques (1, 1, 2, 2).
7. Temporalité	Temps oscillant, maîtrise du recommencement, croyance en réversibilité (2, 1, 2, 3). Meilleure tolérance à la séparation (2, 0, 1, 2).
8. Agressivité	Auto et hétéro agressivité (2, 0, 0, 0). Tentative de maîtrise agressive de l'autre (2, 1, 0, 0). Rivalité (mordre) disparaît à 6 mois de la psychothérapie.

NB. Les chiffres entre parenthèses correspondent aux scores à 0, 2, 6 et 12 mois.

GRCEEAI (Haag et *al.*) : évolution de Merlin sur 12 mois

• Questions relatives à la présentation de Merlin

Les instruments se sont, ici encore, révélés très fiables pour évaluer la gravité des troubles et leur évolution, ainsi que le développement qui s'opérait, à partir de différentes modalités d'évaluation.

La question des traits autistiques

Les deux discutants et la salle ont abordé beaucoup de questions, notamment qu'il est indispensable de distinguer dans le suivi ce qui correspond au développement (et qui n'est pas typiquement autistique : manque d'autonomie, colères, etc.) et ce qui correspond à des éléments typiquement autistiques, à savoir les stéréotypies et le retrait. Cela a bien été pointé dans la présentation. Un point très pertinent également, souligné dans l'histoire de la psychothérapie, est l'existence persistante d'un besoin de maitrise. On parle de la maitrise qui émerge après « l'émergence de l'autisme » terminologie que l'on reproche beaucoup aux psychanalystes car pour certains spécialistes de l'autisme, on n'émerge pas de l'autisme, l'autisme c'est pour toute la vie. Cela dépend de la définition que l'on donne de l'autisme.

L'un des participants a suggéré que la maîtrise puisse être mieux appréhendée lorsque les enfants sont pris en charge précocement. Proche de la maitrise, il y a la dimension émotionnelle qui introduit une difficulté particulière des soins avec les tout petits.

Un autre aspect très important des troubles autistiques est celui de la position de contrôle qui s'exprime secondairement dans des mécanismes obsessionnels rigides, que l'on peut comprendre comme une défense permanente contre la « peur de la surprise », un évitement intense d'être pris par surprise, d'être dominé, qu'il arrive quelque chose.

Deux dimensions restent essentielles dans l'autisme : les relations interpersonnelles et la recherche de l'immuabilité.

Après avoir souligné le travail impressionnant réalisé au cours de cette psychothérapie et le caractère très novateur de l'utilisation « en routine » de nouveaux outils de communication (skype), c'est la richesse du travail clinique qui vient au premier plan. « La méthodologie conforte des hypothèses que l'on avait sur des mécanismes que l'on mobilise, souligne l'un des discutants, elle permet d'affiner nos observations partagées ». Cette présentation fait bien apparaître deux dimensions principales dans l'autisme : 1/ les relations interpersonnelles (partage, coordination entre deux êtres qui mettent en commun des affects, des pensées, etc.) et 2/ la recherche d'immuabilité dont on ne connaît pas la nature (obsessions, défenses obsessionnelles pour les uns, manque de flexibilité pour les autres). Le manque de réponse de la deuxième dimension au cours du processus psychothérapique, quelque soit la technique mise en œuvre, représente un constat toujours décevant. On mobilise ce qui est de l'ordre de la mise en relation de deux personnes, de l'ouverture vers l'autre et de l'organisation chez l'enfant. Tout cela bouge… et cette deuxième dimension...

Développement/fonctionnement/ressources familiales

Par rapport au manque de fluidité du jeu symbolique, le figement décrit par la clinicienne, est une étape. Reste à savoir comment la situer : est-ce du développement ou du fonctionnement ?

Il sera très intéressant d'analyser dans les scores positifs ce qui relève des aptitudes propres à l'enfant, mais aussi des ressources de la famille, etc.

On peut suivre la construction de cet enfant, la régulation des affects. L'impact de l'environnement est essentiel on le voit bien dans cette présentation. Il existe un espace psychique partagé de l'enfant avec ses parents et avec ce qu'ils partagent.

Travailler avec les pairs à partir des données cliniques

Une participante pose le problème de la méthodologie liée aux données cliniques sur lesquelles reposent les évaluations, notamment les trois premiers entretiens utilisés pour réaliser la formulation de cas autour d'une discussion clinique entre les pairs. La présentation n'en faisant pas état, il a été rappelé que le travail présenté a effectivement suivi cette méthodologie.

La question du diagnostic

La question du diagnostic, abordée à partir d'une question concernant celui de l'enfant, a soulevé un large débat dont nous présentons les principaux éléments.

L'enfant dont il a été question dans la présentation a évolué. S'agissait-il alors vraiment d'un enfant autiste ? Ne peut-on poser l'hypothèse d'un diagnostic de dysharmonie psychotique ? Deux éléments pronostiques interviennent ici : l'émergence du langage et l'intégration scolaire réelle. Au delà de cet aspect, la question est de savoir s'il y a un intérêt à distinguer les différentes formes d'autisme et le constat que l'on est encore confus en ce qui concerne le diagnostic de l'autisme. Le clinicien répond que pour cet enfant, le diagnostic d'autisme moyen a été établi antérieurement par différentes équipes et tests. Il a été pris en charge dès l'âge de 2 ans et demi et il a cinq ans au moment du suivi dont il est question dans cette présentation.

La discussion sur la pathologie autistique se poursuit, avec la remarque de l'un des discutants que les mêmes caractéristiques et les mêmes défenses se retrouvent quelque soit son niveau de gravité. Au cours de la psychothérapie, les enfants autistes peuvent adopter des mécanismes psychotiques, mais ils gardent les caractéristiques de l'autisme. Le discutant dit avoir travaillé avec différentes formes d'autisme, y compris de haut niveau et confirme que ce sont les mêmes mécanismes. D'ailleurs, il est intéressant, souligne un autre discutant, de voir comment on voit cet enfant se transformer, sans que soit modifié le diagnostic CIM 10. Un problème actuel est que nous n'avons pas de classifications suffisamment fines et que les processus psychotiques et les processus autistiques se trouvent souvent placés « dans le même panier ».

La méthodologie de la recherche s'avère très intéressante pour la mise en perspective, pour faire sortir des différences d'un groupe dont l'appréhension globale n'est pas suffisamment fine, et pour adopter des stratégies thérapeutiques ajustées aux différences individuelles.

La question de la technique

« Qu'en est-il de l'interprétation dont vous parlez au départ et dont vous ne parlez plus ensuite ? ». Cette question soulève la question de la technique dont il est question pour ce cas « psychodynamique » et qui se trouve assez précisément présentée dans l'analyse très complète du CPQ qui a été réalisée.

• Pôle borderline adolescent - Vignette clinique

Amelie a 14 ans, elle a été suivie antérieurement en psychothérapie durant six mois, puis la thérapeute actuelle a pris le relai. Plusieurs passages à l'acte médicamenteux l'ont conduite aux urgences. Elle souffre de nombreux symptômes, notamment de troubles dépressifs et du sommeil, d'une humeur triste. Elle est plutôt agressive, logorrhéique avec des rires immotivés. Elle se sent rejetée et en conflit avec sa famille. Il existe des antécédents de scarification...

A l'ESM, cette patiente est estimée à 37/100, ce qui situe Amelie dans un axe santé-maladie assez grave. A un an, elle s'améliorera avec un score à 52 mais qui la situe toujours dans un état préoccupant, notamment au niveau du malaise subjectif qui n'atteint pas 40 (*cf* tableau ci-dessous).

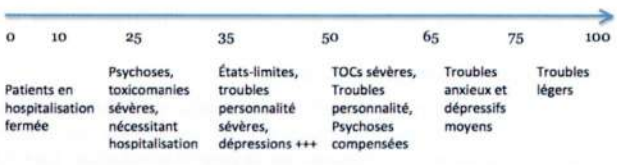
Les Échelles de Fonctionnement Psychodynamique seront difficiles à coter chez cette patiente faisant de nombreux passages à l'acte et dont l'humeur est instable.

Au niveau du processus, le PQS indique une bonne relation thérapeutique. Ici également, il est noté des éléments instables, pas véritablement significatifs au niveau d'une amélioration. Par exemple, si l'on note que la patiente est dans l'introspection à un an, on voit aussi qu'elle n'est pas encore vraiment engagée dans sa thérapie. La thérapeute est réceptive et impliquée, demande plus d'information ou d'élaboration, aborde avec A. la situation actuelle, ses relations interpersonnelles et d'attachement, les souvenirs qu'elle a de sa petite enfance. Elle n'interprète pas.

Au total, le malaise subjectif reste assez préoccupant. Au niveau de ses relations interpersonnelles, tant avec la thérapeute qu'avec ses relations amicales et familiales, il y a une différence entre ce qui est exprimé dans l'actuel (qui peut être passionné et violent) et la régularité des investissements. La gravité des symptômes se réduit. Des rêves importants apparaissent à 6 mois, mais ce n'est qu'à 12 mois que la patiente commence à comprendre véritablement la nature de la thérapie et ce qui est attendu. De la même manière, débute un travail introspectif à 12 mois. Cette période est aussi marquée par l'expression d'une souffrance qui semblait distanciée...

La psychothérapie est interrompue à ce moment...

	Évaluation initiale	6 mois	Évaluation à un an	Gain
Capacité d'autonomie	45	50	55	10
Gravité des symptômes	35	39	47	12
Malaise subjectif	**30**	**35**	**36**	**6**
Effets sur l'entourage	39	55	53	14
Utilisation des capacités	50	51	65	14
Relations interpersonnelles	36	43	51	15
Sources d'intérêt	33	42	49	17
Estimation globale Santé-Maladie	37	45	52	15



ESM (Luborsky, 1975) : évolution d'Amélie sur 12 mois

• Questions relatives à la présentation d'Amélie

Le premier discutant signale que la présentation est complètement informative, que cela fait sens. Pour les analyses cela jouera son rôle. Les trois évaluations dans les résultats montrent un problème entre 6 mois et 12 mois.

Le cadre de la psychothérapie interrogé

Alors que la thérapeute et ses pairs pouvaient constater une nette amélioration lors du premier entretien sur les deux requis à 12 mois, la patiente a fait un nouveau passage à l'acte suicidaire. Ce passage à l'acte interroge le changement du cadre. La patiente a été vue moins souvent (changement de lycée, éloignement). Mais ce n'est pas tout. Ce changement, positif au début pour elle, s'est mis à se dégrader dans un internat difficile (ados en difficulté).

Ce problème de cadre a été repris au milieu de la discussion où l'un des discutants a rappelé que le contexte de travail n'est pas simple dans une structure hospitalière. Il faut aussi pouvoir s'adapter à la vraie vie des conditions de travail. La clinicienne confirme cet aspect qui n'a pas été facile à gérer avec d'autres intervenants plus axés sur le passage à l'acte que sur le travail psychothérapique en cours qu'il aurait convenu de respecter.

L'observation déterminante pour évaluer la gravité

L'observation montre que, malgré ses qualités de verbalisation, l'adolescente présentait des épisodes persécutoires et que cela explique sans doute la sévérité du cas et les passages à l'acte.

Des évaluations dans un échange clinique structuré

Le premier discutant signale qu'une critique pourrait être faite à la méthodologie car les évaluations sont pour une part des évaluations dont le clinicien est juge et partie. Cependant, l'auto-questionnaire posait encore plus de problèmes. Il relève dans la présentation, une lucidité des cliniciens qui lui semble très impressionnante et questionne le groupe de pairs pour savoir si c'est quelque chose que ses membres ont ressenti. Elles répondent sur le travail de cotation à partir des instruments. Elles n'ont pas eu de problèmes avec l'instrument du processus, le PQS, mais les autres (ESM et EFP) étaient difficiles au départ. Elles disent avoir beaucoup discuté à trois, sans être vraiment d'accord au début. Cependant, elles pensent que cela a été une chance car finalement elles ont dû affiner leur clinique à partir des données qu'elles avaient à leur disposition. Il y eu un va et vient avec le clinicien qui disait parfois « Mais pourquoi avez-vous mis cela ? ». Le retour aux données cliniques a été permanent. Finalement, au fur et à mesure du suivi, une représentation dynamique de la patiente s'est construite au sein du groupe de pairs, sans qu'elle ait été rencontrée. Le discutant souligne qu'il ne faut pas avoir peur de la subjectivité, que c'est dans l'explicitation de ce processus que l'on peut dire aux autres que les évaluations ne sont pas des « impressions », mais qu'elles sont réalisées dans un échange clinique structuré. Le groupe de pairs confirme ce travail important de retour aux données cliniques pour argumenter ce qui est coté. Elles « se permettaient » de s'interroger sur la clinique, disent-elles. Elles se sont rendu compte que la clinicienne surcotait et qu'elle voyait sa patiente moins grave que les deux autres pairs. Ce dernier élément mérite d'être souligné car il a été retrouvé par de nombreux groupes de pairs.

Lors du travail d'analyse de ce cas avec le groupe de pairs, il s'est avéré que le travail de cotation a commencé par ce qui semblait être une surcotation initiale de l'ESM et de l'EFP. Un cotateur externe et expérimenté a repris les données cliniques et s'est rendu compte que pour les EFP les cotations étaient tout à fait bien faites, cependant que les ESM étaient un peu hautes. Il peut y avoir un effet d'optimisme, par exemple, de voir les patients moins graves qu'ils ne le sont. Les essais médicamenteux posent les mêmes problèmes, selon un discutant.

La constitution du groupe de pairs peut-elle constituer un biais ?

Cette question a été posée par une participante qui a fait remarquer que les trois pairs se connaissaient très bien et que, selon elle, il n'y avait pas un thérapeute mais trois. Les membres du groupe de pairs ont réfuté totalement cette vision en précisant que les discussions de cotation étaient au contraire très serrées, jusqu'à devenir quelque fois vives. Un des discutants a confirmé que lorsqu'une précision nécessaire

sur tel ou tel aspect était absente des données, c'était bien le psychothérapeute de la patiente qui pouvait y répondre. En revanche, au niveau des cotations, l'avis des autres pairs peut devenir prépondérant. Il est ainsi intéressant de noter qu'au niveau de la gravité, le thérapeute a souvent tendance à sous-coter certains aspects et à en surcoter d'autres. Un des intérêts de la méthodologie est ainsi à la fois d'enrichir les éléments pris en compte et de limiter les effets de halo en introduisant cette médiation avec les pairs.

Quand la technique est discutée

« Fallait-il ou non interpréter ? », questionne une intervenante. L'objectif de ce travail n'est pas de répondre directement à cette question. Dans ces études chaque clinicien a sa pratique et elle est respectée. L'important est que ces alternatives puissent être présentées de la façon la plus fine et explicite possible. Le groupe de pairs a joué son rôle, il a argumenté ses choix de cotation en revenant aux données de la clinique. L'une des cliniciennes du groupe de pairs dit qu'elles ont pris conscience qu'elles travaillent différemment et qu'elles ont vu aussi que les patients sont différents. La comparaison des cas analogues peut-elle apporter des éléments complémentaires ? C'est une des hypothèses que sous-tend cette recherche.

Question pour la suite

Les éléments pour la suite de cette étude ont commencé à surgir. Ce serait intéressant d'aller au delà d'un an. C'est court en effet, pour une psychothérapie de patients aussi difficiles, mais déjà on peut en tirer plein de conclusions à un an. Il faut garder dans l'esprit de prendre des données pour la suite, mais ce sera une autre recherche. La cohorte, quand elle est constituée, est un capital. Trois ans après on peut interroger ce que sont devenus les patients. On aura une autre information. Mais pour le moment, il faut continuer à inclure.

Analyser le dispositif a paru très important pour l'une des participantes. Cette question est prévue dans les études puisque l'analyse du rôle des modérateurs y est incluse.

• Pôle borderline adulte - Vignette clinique

Carole a 26 ans. Elle vient demander de l'aide dans un contexte de difficulté majeure, très anxiogène à assumer, qui est celui de sa fonction maternelle et de la dificulté à constituer un lien (maternage formel). Il existe des antécédents toxicomaniaques et suicidaires avec troubles des conduites alimentaires. Carole ressent un sentiment d'abandon, de vide et utilise des modalités de rupture dans des situations conflictuelles. Ses relations familiales sont fortement perturbées avec un lien instable avec sa mère. Elle a une très mauvaise estime d'elle-même et entretient des relations interpersonnelles compliquées. Elle utilise des mécanismes de défense, préférentiellement de régression dans des comportements dépendants, mais aussi sont aussi présents : clivage (au sens faux self), idéalisation (du père), fuite, tendance à s'isoler. Plus névrotiquement, refoulement et ritualisation.

A l'ESM, Carole a été estimée à 45/100 mais s'est nettement améliorée à un an (60). Ici, l'on se dirige vers une névrotisation des troubles.

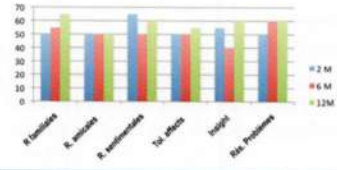
Aux Échelles de Fonctionnement Psychodyamique, ce sont clairement les relations familiales qui se sont améliorées (*cf.* tableau ci-dessous).

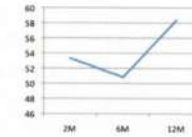
Au cours du processus, le PQS indique qu'il y a une bonne qualité de la relation thérapeutique, que les relations interpersonnelles constituent un thème central, que la situation récente ou actuelle de la vie de la patiente tient une place importante dans les échanges. Les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion. Ces éléments sont très significatifs pendant l'année de suivi. Le thérapeute demande plus d'information ou d'élaboration de façon très significative durant l'année, il est réceptif, impliqué. Il reformule modérément ce que dit la patiente.

Il reste une difficulté importante pour C. de contenir ses affects, ce qui peut entrainer une agressivité dans la relation avec son conjoint, ses parents et son enfant. L'appétence toxicomaniaque a diminué mais n'est pas complètement résolue.

Cette patiente bénéficie du soutien actif de son compagnon et de sa famille. La psychothérapie se poursuit...

	2 mois	6 mois	12 mois	Gain
Qualité des relations	50	55	65	15
Qualité des relations amicales	50	50	50	0
Relations sentimentales/sexuelles	65	50	60	-5
Tolérance aux affects	50	50	55	5
Insight	55	40	60	5
Résolution de problème et capacité d'adaptation	50	60	60	10





EFP (Hoglend, 1997) : évolution de Carole sur 12 mois

• Questions relatives à la présentation de Carole

L'importance du cadre

Le premier point soulevé concerne le cadre. La patiente a été orientée par des proches qui avaient confiance dans le thérapeute. Dans le cas précédent, la situation était différente et il y a même eu une attaque du cadre. Dans les cas présentés le matin, l'alliance thérapeutique a été mise en avant, mais aussi la confiance de personnes de l'environnement du patient vis-à-vis du thérapeute. Il existe un tiers bienveillant qui reste en dehors de la thérapie, mais aussi qui la soutient. Dans ce cas, le maintien du cadre a été et reste un élément primordial. Il a fallu instaurer la notion de « secret » par rapport à l'autre extérieur, même bienveillant. Le cadre est-il un modérateur ou un médiateur ? C'est un modérateur qui potentialise le soin.

Repérer le progrès dans le négatif, externalisation et internalisation de la problématique

Un autre point soulevé est celui du négatif, qui prend ici la forme de ce qui est caché au thérapeute pour maintenir une image de soi vécue comme défaillante. L'expression de ces éléments négatifs est venue petit à petit. N'est-ce pas un progrès ? Ne traduit-elle pas une amélioration de l'alliance thérapeutique ? Le thérapeute pense que oui et que cette bonne perception de la relation thérapeutique et du fonctionnement de la psychothérapie a participé à son évolution. Au départ, C. passait à l'acte, par exemple pour trouver n'importe quel travail, et cela tournait mal car cela ne correspondait pas à ce qu'elle pouvait faire. Maintenant, elle en parle à son thérapeute. On passe des conflits externes aux conflits internes et du coup c'est un progrès.

Les relations interpersonnelles

Les relations interpersonnelles sont souvent mises au premier plan de la pathologie borderline (à confirmer par d'autres cas), elles focalisent les débuts de la psychothérapie. Les EFP sont très intéressantes à ce niveau, comparées aux ESM. Dans le cas présenté, les relations familiales se sont améliorées significativement, ce qui n'a pas été le cas pour les relations amicales et sentimentales.

Le rôle du groupe de pairs

Le travail en groupe de pairs a influencé le travail en psychothérapie du thérapeute, dit-il. Il s'était fixé sans doute une pression pour que cela dure un an, cela a peut-être joué. C'était du support de pouvoir exprimer ce qui se passait. C'est un

peu du *travail d'intervision* en profitant des instruments pour ouvrir la discussion, *une rétroaction du groupe de pairs*. Une nouvelle question sur le processus thérapeutique a émergé pour ce groupe : Qu'est-ce qui créé les conditions que cela évolue comme ci ou comme ça ? Se poser cette question a été décomplexant. On peut se faire confiance, d'autant que l'on est pas seul, d'une autre façon qu'avec la supervision, qui est encore autre chose.

• Conclusions de la Journée

Cette journée marque un tournant. La première étape était celle de la structuration du réseau, la seconde, celle du lancement des études de cas et de leur suivi en groupes de pairs pendant un an suivant une méthodologie commune. Cette méthodologie a montré sa faisabilité, mais nous commençons aussi à percevoir les perspectives qu'elle ouvre au delà de sa dimension spécifiquement évaluative. La collection de cas construits suivant une méthodologie rigoureuse permet d'aborder de façon sereine, ouverte et intéressante – passionnante disent certains - des questions théorico-cliniques centrales dont les implications sur les pratiques sont majeures. Elles ont concerné le diagnostic, la technique et les modérateurs.

Des remerciements aux groupes de pairs qui ont présenté leur cas de façon très précise et claire, que les psychothérapies marchent bien ou moins bien. Les groupes de pairs ont montré cette capacité de poser les choses telles quelles peuvent être observées, ce qui répond à la méthodologie proposée dans ce réseau et permet d'aller beaucoup plus loin dans la compréhension que les études de résultats.

Toutes les questions qui ont été posées, qu'elles concernent le diagnostic, le dispositif, le cadre, la technique, montrent la complexité de l'acte psychothérapique et son caractère hautement individualisé, en même temps qu'elles ouvrent à des hypothèses qui ne peuvent être vraiment abordées qu'en relation à d'autres cas. C'est un autre aspect de ces études que de ne pas partir avec du pré construit, de se poser des questions et d'aller chercher des réponses à partir des cas et de la collection de cas.

Un autre élément est apparu, surprenant d'ailleurs : la transversalité des questions à partir de cas très différents. La tentative de maîtrise et l'obsessionalisation rigide, décrites comme des tentatives, chez l'enfant autiste, de contrôler son rapport au monde se retrouvent chez les sujets adultes, à des moindres degrés que chez ces enfants, mais de façon quand même manifeste. De même, le passage à l'acte auto agressif chez les patients borderline se produit souvent dans un contexte de mise en question du sentiment de soi et de rupture de la tolérance affective.

La description de l'évolution d'un enfant souffrant d'autisme évoque des mécanismes d'adaptation primaire ou secondaire que l'on retrouve dans les cures de patients borderline et réciproquement.

Une des questions qui a été posée à plusieurs reprises au cours de la journée, et de façon très précise maintenant, est de savoir si « les évolutions sont simplement passagères, fonctionnelles, liées au cadre et à l'étayage permanent du thérapeute ou si elles traduisent véritablement un changement structurel qui se produit au cours du processus psychothérapique », et si c'est le cas, quels seraient les indicateurs qui annonceraient ce changement. Il existe des éléments de réponse et nous allons travailler à un facteur qui aborderait spécifiquement cette question là.

Les questions sur le rôle des groupes de pairs ont été très importantes aussi. Elles ont abordé différents aspects. Par exemple, le challenge que représente le fait de pouvoir discuter des questions cliniques, les biais potentiels ou au contraire la facilité qu'il y a de parler des cas dans une position qui n'est pas habituelle. Dans le cadre de ces études, nous ne sommes pas dans l'interprétation du sens, mais plutôt dans la recherche de compréhension de ce qui organise le processus psychothérapique et les effets qui en résultent. Pour avoir participé à différents groupe de pairs, je sais à quel point les discussions peuvent être serrées et en même temps, il y a cette règle de s'en tenir aux éléments dont on dispose, ce qui ouvre paradoxalement le champ et introduit une solidité des décisions. Après la discussion, la situation psychothérapique apparaît beaucoup plus nettement et des éléments jusque là masqués se détachent.

Des questions ont été posées sur la suite à donner à ces études dont il a été dit que les participants seraient bien sûr tenus au courant. Nous avons une base de travail qui s'est consolidée, des personnes qui se sont formées, une capacité des cliniciens à s'engager dans cette recherche et d'y participer pleinement. Je voudrai remercier aussi la DGS qui a soutenu le projet depuis le départ, le cadre institutionnel de l'Inserm et la HAS qui reste un accompagnant. (*JM Thurin*)

Deux choses importantes ont été notées cet après-midi, la première c'est le professionnalisme des observations qui est le premier travail du scientifique. C'est la base et les cliniciens ont bien noté l'interrogation sur la caractérisation des données cliniques du cas en étant mutuellement critiques pour arriver à une bonne observation. La deuxième chose, c'est son opérationnalisation et il a été agréablement surprenant de voir cette congruence entre ce que disaient spontanément les cliniciens des patients et l'explicitation numérique des instruments qui sortait. Ce n'était pas évident du tout. Il y a eu un bon choix des instruments pour capter ce qui nous intéresse cliniquement. Il faut continuer à inclure.

Le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques est une aventure. Il s'agit d'un projet de recherche scientifique qui s'inscrit dans une évolution de la société : la tentative de saisir rationnellement jusqu'aux éléments les plus complexes de son fonctionnement et du fonctionnement psychique de l'humain.

Les difficultés méthodologiques étaient potentiellement considérables. Les résistances des acteurs de terrain pouvaient être rédhibitoires.

Et pourtant, 2 ans après, la partie est en passe d'être gagnée. Les problèmes méthodologiques ont été surmontés grâce à une appropriation de la littérature internationale et au recours à des technologies innovantes (de mesure et de recueil de l'information). Les acteurs de terrain, voyant là une occasion unique de pouvoir mettre en évidence la qualité de leur pratique sont nombreux à s'impliquer avec passion dans le projet.

Il faut maintenant terminer les inclusions et les suivis. Les données recueillies (qualitatives, quantitatives) pourront être analysées pendant plusieurs années, les publications seront nombreuses... *(B. Falissard)* •

• Commentaires de Geneviève Haag, discutante de la présentation du pôle Autisme

L'exposé de l'étude du processus de la psychothérapie de Merlin par Pierrette Poyet selon la méthodologie du réseau a été passionnante et très démonstrative, cette méthodologie obligeant à une bonne rigueur descriptive et analysante (classificatoire).

L'utilisation des trois outils choisis pour l'étude s'avère très efficace pour cerner l'évolution, du dehors (ECAR et GRCEEAI), et du dedans (CPQ).

L'évolution décrite rejoint et conforte l'expérience de nombreux cliniciens psychothérapeutes : les progrès sont importants mais des difficultés assez spécifiques persistent qui ont été reprises dans la discussion.

Perfectionnement des outils

Il s'agit surtout de la GRCEEAI (Haag et coll) :

- nous avons été amenés à présenter les tableaux de cotation selon les dimensions et non pas selon les étapes repérées, comme cela était utilisé au préalable à partir des tableaux de la publication initiale, tout en gardant apparente, sur les tableaux,

la traversée des étapes. Cela donnait évidemment plus de liberté, précisément pour la vérification de ces mêmes étapes ;
- nous avons également établi la distinction des trois catégories d'items signalées plus haut : Pathologie (P), Émergence de développement temporaire (EDT), Développement définitif et durable (D). Il nous est en effet apparu très important de distinguer, entre les comportements pathologiques (ex. stéréotypies ou rituels) et les comportements signant une reprise développementale attendue (ex. l'acquisition de la propreté), les comportements transitoires qui peuvent paraître pathologiques, et qui sont en fait une étape développementale, mais dont la manifestation est décalée en raison du retard (ex. la démonstration de la pénétration du regard dans un rapproché joyeusement ludique visage à visage réalisant « l'effet cyclope » par les enfants en train de dominer les peurs du regard).

Discussion générale – principaux points

Les améliorations sont donc importantes en l'espace d'un an avec la combinaison des prises en charge éducatives, instructives et psychothérapiques. Nous nous sommes penchés plus particulièrement sur ce qui persiste, bien qu'atténué et peut se résumer ainsi : fragilité émotionnelle, expressions de maîtrise dans les relations et défenses obsessionnelles, particulièrement pour la maîtrise de l'emploi du temps, manque de fluidité dans la pensée avec apprentissages trop mécanisés et pauvreté du monde imaginaire.

Nous nous sommes attardés sur les conduites de maîtrise qui sont très fréquentes chez les autistes à l'émergence du plus fort du retrait. Nous les relions au besoin d'immuabilité qui oblige à surveiller et prévenir tout surgissement d'inattendu, ce qui peut aussi se relier à la fragilité de la contenance émotionnelle. Des collègues ont souligné que si l'on réussit à intervenir tôt, vers 2 à 3 ans, ce caractère maîtrisant apparaissait moins, mais les relations émotionnelles avec les pairs restent très difficiles.

Nous avons également discuté du parallélisme ou de l'intrication entre le développement cognitif et le développement de la personnalité. Cette étude permettra sans doute de mieux voir ces liens chez les enfants autistes. La discussion s'est un moment focalisée sur le manque de fluidité du jeu symbolique qui a été souligné dans la présentation, et nous avons précisé que le jeu symbolique était déjà là dans le jeu de faire semblant, mais que le niveau de jeu symbolique le plus difficile d'accès pour les autistes était le maniement des objets figurés. C. Barthélémy a ouvert à ce moment-là une question importante, à savoir ce que l'on fait de ce problème : Est-ce du développement ? Est-ce du fonctionnel ? Est-ce de l'organisation de la personnalité ?, en remarquant que l'on mélangeait dans les observations le registre du développement et celui de l'organisation psychique et relationnelle. J'ai réagi à cette remarque en proposant de considérer qu'à la fois il faut les séparer mais aussi les articuler car l'un peut-il se faire sans l'autre ? Ce point de la discussion m'est apparu fondamental et à reprendre de plusieurs manières.

Un dernier point important de la discussion concerne le problème des classifications nosographiques, avec la discussion, très sensible actuellement, sur la participation de mécanismes psychotiques au cours de l'évolution des enfants autistes, faisant parfois évoquer une révision du diagnostic. Le point de vue psychodynamique s'appuie sur l'équilibre de la nature et de l'intensité des anxiétés et l'emploi de défenses différenciées, notamment d'ordre identificatoire : tendance plus adhésive chez les autistes, tendance plus projective destructrice dans les psychoses. Il permet de proposer une analyse plus fine d'ordre psychopathologique prenant en compte les prédispositions particulières des autistes dont on ne connaît pas encore l'origine, et qui se cherche entre la génétique et la nécessité d'affiner encore notre connaissance du développement psychique dans sa complexité. Nous pouvons espérer que l'étude en cours puisse nous apporter de nouveaux repérages dans la complexité de l'organisation psychique et développementale des sujets autistes qui peuvent tout à fait présenter des symptômes psychotiques à certains moments de leur évolution, comme lorsqu'ils traversent une phase maniaque, ou bien quand ils développent des TOC. Le point de vue psychodynamique permet de comprendre ces entrecroisements, mais le mot psychose est actuellement diabolisé concernant l'autisme. ●

Répartition des cliniciens dans le réseau

Psychothérapeutes libéraux (psychiatres et psychologues) : toutes les régions signalées par un point rouge sur la carte sont concernées
Psychothérapeutes publics, services concernés :
Hôpital Ste Anne, Hôpital Necker, Hôpital la Salpétrière, CHU de Tours, CHU Toulouse, CHU Versailles, CHU de Nice, Hôpital Rouffach, CH Pau, CH Esquirol, CH Clermont de l'Oise, EPS Paul Guiraud, EPS Lille Metropole, CH St Cyr, SMPR Le Vinatier, CMP Givors, CH Mons, CH Franche comte, CH Victor Dupouy, MGEN, CH Brumath, CH Meaux, CH Créteil
Institutions privées : maison de retraite Blanc Mesnil, maison de retraite de Béarn, Centre Monceau, SPASM, Centre éducatif Lusigny



Près de 110 cas ont été inclus dans les études, certains ont atteint le suivi d'une année (les psychothérapies évidemment se poursuivent au delà), d'autres sont en cours... Les cliniciens continuent à s'intéresser au réseau et les demandes d'inclusion se poursuivent. Près de 50 groupes de pairs sont au travail. Les cliniciens et les équipes participant au réseau sont répartis dans toute la France et dans des structures de soin différentes, comme le montre la carte ci-dessus.

Les premières analyses sont en cours...

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 2010)
à

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

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

Impression : ARTHEO