n° 99
Déc. 2018

POUR LA RECHERCHE

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

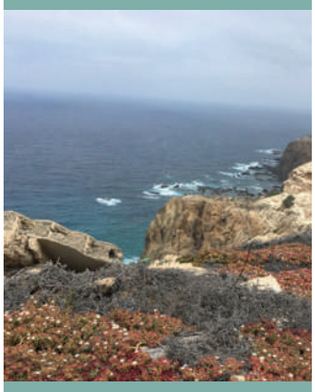
Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Au sommaire

✔ Étude pilote de l'évaluation de la psychothérapie de trois patients autistes adultes en institution

✔ Présentation critique de la recommandation par consensus formalisé du TSA : interventions et parcours de vie de l'adulte



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

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

● *Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* (RRFPP) a pour une part gagné un premier pari : faire participer les cliniciens à la recherche. Plus que cela, engager le suivi d'un de leurs propre patients dans le cadre d'une évaluation de son évolution et du travail accompli au cours d'une année. C'est un engagement très important, tant au niveau clinique que du temps qu'ils ont consacré à la recherche.

Dans le pôle autisme du réseau, c'est ainsi que plus de 70 études de cas, concernant des enfants et des adolescents, sont terminées. Elles apportent déjà beaucoup d'éléments. La psychothérapie est une ouverture essentielle qui permet de comprendre la complexité dans laquelle se trouvent plongés les enfants autistes et les personnes qui s'engagent à les aider, qu'il s'agisse de leur entourage, ou qu'ils interviennent dans les domaines de la santé et de l'éducation.

Essayer de comprendre les personnes avec autisme, c'est déjà éviter le piège des idées toute faites et des réponses à côté, comme nous pouvons le constater trop souvent. Chaque enfant, chaque adulte autiste est différent, même si certains de leurs comportements sont similaires. Différentes méthodologies, quantitatives et qualitatives, permettent aujourd'hui, de suivre et de comprendre les enchaînements dans les interactions, l'impact des comportements et des interventions sur le déroulement du processus de la psychothérapie, et les effets qui en découlent.

L'ajustement du thérapeute à ces différences, aux situations et fonctionnements qui les accompagnent est une grande qualité qui a pu être observée dans le Réseau.

Ce travail très important, pourtant encore trop ignoré, conduit à des demandes issues de lieux divers et notamment d'universités où le besoin de transmettre un enseignement pratique en psychothérapie devient urgent.

Et pour les adultes souffrant de troubles autistiques, où en sommes-nous ?

Nous sommes très contents de présenter dans ce numéro, une étude pilote, menée par trois cliniciennes expérimentées, en institutions pour adultes. Nous allons découvrir, comment Adèle, Ali et Léo travaillent avec leurs thérapeutes qui portent attention à leurs problèmes, tentent de les aborder avec eux et d'alléger la grande souffrance perceptible de ces trois adultes. Il s'agit d'un suivi sur une année.

Nous verrons notamment comment s'oriente le changement *à partir d'une situation de crise prolongée* qui a conduit, chez deux d'entre eux, à l'indication d'une psychothérapie et à leur inclusion dans un protocole d'étude.

Un second article est consacré à une présentation critique, par I. Secret-Bobolakis, de la recommandation par consensus formalisé de la Has Anesm « *Trouble du spectre de l'autisme. Interventions et parcours de vie de l'adulte* ». ●

Présentation de l'étude pilote autisme adulte réalisée dans le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques*

Jean-Michel Thurin et Monique Thurin

Introduction

Dans cet article, nous présentons une étude pilote concernant trois patients adultes autistes suivis en psychothérapie dans un cadre institutionnel par trois psychologues expérimentées. Cette étude a suivi la méthodologie développée dans le pôle autisme du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* (www.techniques-psychotherapiques.org).

Ce réseau existe maintenant depuis plus de dix ans. Il a vu le jour dans la continuité du colloque organisé en 2007 par l'Inserm sur la *Méthodologie de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale* (http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR54/PLR54.pdf).

Ce colloque a été organisé à la suite des trois premières expertises collectives en psychiatrie réalisées par l'Institut. Elles avaient mis en évidence les limites des méthodologies classiques dans ce champ. L'un des buts de ce colloque a été de trouver des alternatives et des compléments méthodologiques aux méthodes dont elles étaient issues.

La méthodologie du réseau a repris l'essentiel de ses recommandations pour répondre à la dimension complexe dynamique des psychothérapies et des troubles qu'elles ont vocation à traiter.

La première chose à souligner est que l'évaluation des psychothérapies nécessite une autre épistémologie que celle utilisée pour l'évaluation des traitements psychotropes. Plusieurs mots clés la définissent : interactions, transactions entre le patient et le thérapeute dans un contexte défini, complexité.

L'objectif général de la recherche en psychothérapie depuis les années 2000 est d'essayer de comprendre « Pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie produit des effets », avec des retombées qui concernent à la fois l'élargissement des connaissances et l'amélioration des pratiques. Nous sommes ici dans l'application de cette perspective pour les troubles autistiques chez l'adulte.

Démontrer qu'une psychothérapie produit des effets est important. Mais ce n'est qu'une première étape. Elle est complétée par une recherche des variables qui expliquent le résultat. C'est à ce niveau que l'on peut vraiment tirer des enseignements pour la pratique.

En ce sens, la recherche clinique participe véritablement à une démarche de qualité. L'approche de la complexité permet d'aborder concrètement des niveaux qui restent habituellement, pour une part importante, dans le registre du conceptuel et du témoignage.

L'étude pilote présentée dans ce numéro porte sur trois cas de jeunes adultes (27 à 30 ans) : Adèle, Ali et Léo. Ils séjournent tous les trois dans un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM). Chacun d'eux bénéficie d'une attention importante de leur famille. Ils ont la particularité d'avoir débuté leur psychothérapie à des âges similaires. Leurs difficultés ont été repérées à un âge précoce (avant 3 ans), leur psychothérapie individuelle a commencé à plus de 25 ans.

La méthodologie de l'évaluation d'une année est celle du pôle autisme du réseau. L'analyse des données est mixte, quantitative et qualitative. Les données sont initialement les notes extensives d'entretiens rédigées à chaque temps d'évaluation.

Deux formulations de cas sont réalisées au début et à la fin de l'étude (un an). Elles sont complétées par les cotations de trois outils spécifiques :

1. L'ECAr (C. Barthélémy *et coll.*) qui évalue les symptômes et les comportements à partir d'un score global et de deux dimensions ;

2. L'EPCA (G. Haag *et coll.*) qui repère dans 8 dimensions la pathologie et le processus développemental du patient ;

3. Le PQS (E. Jones, tr. Fr. Thurin *et coll.*) qui évalue le processus interne de la psychothérapie.

Nous y reviendrons.

Présentation des trois adultes : trois études de cas

Dans cette présentation, nous soulignons quelques aspects importants du suivi de ces trois cas et tentons de cerner certains facteurs explicatifs du changement observé.

Pour commencer présentons une Vignette clinique des trois adultes

Adèle est entrée dans le foyer médicalisé à 20 ans, soit sept ans avant que ne commence sa psychothérapie. La psychothérapie est amorcée lorsqu'elle a 25 ans, mais ne débutera vraiment, avec un rythme régulier d'une fois par semaine, que deux ans plus tard. Ses problèmes ont été dépistés avant l'âge de 3 ans et elle a fréquenté l'école maternelle jusqu'à 5 ans. Elle a été orientée ensuite en hôpital de jour, sans inclusion scolaire. Depuis son entrée dans le FAM, le comportement d'Adèle est la plupart du temps assez agité et bruyant. Il alterne avec des moments de repli. Que ce soient des rires ou des pleurs, leur expression est particulièrement excessive. Elle n'a pas de relation avec les autres résidents. Ses parents sont divorcés. Adèle entretient de bonnes relations avec sa belle-mère. Elle est partiellement autonome. Une fausse route alimentaire suivie d'une brève perte de connaissance va bouleverser son parcours et beaucoup inquiéter son environnement. C'est alors que débutera sa psychothérapie individuelle, institutionnelle.

Ali a 27 ans lorsque commence sa psychothérapie individuelle. Il est alors pensionnaire dans le FAM. Très agité, extrêmement sensible à l'ambiance environnante, il déambule sans cesse d'un point à un autre, procède à des rituels, se masturbe de manière très compulsive dans des lieux inappropriés, génère du stress autour de lui. C'est alors qu'une psychothérapie est proposée. Les troubles autistiques d'Ali se sont manifestés alors qu'il avait environ 2 ans. Il a été diagnostiqué à 4 ans et a été dirigé vers un hôpital de jour. Ali a appris à lire au moyen de pictogrammes. Il a poursuivi son apprentissage dans un IME pendant plusieurs années. Il est le cadet d'une fratrie de 5 garçons dont l'un est décédé accidentellement. Les parents sont divorcés depuis 20 ans et le père ne voit plus son fils. Ali dîne chaque semaine avec l'un de ses frères et sort chez sa mère un WE sur deux. Il a un traitement médicamenteux (du Risperdal® depuis le début de sa psychothérapie et du Tercian® de façon plus ancienne).

Léo est un jeune homme autiste qui a tout juste 30 ans lorsque commence l'évaluation de sa psychothérapie individuelle. Cela fait 5 ans que son suivi psychothérapique est engagé. Sa thérapeute travaillait avec l'équipe qui accompagne Léo au quotidien depuis trois ans. Il est arrivé à 21 ans dans le FAM après un parcours institutionnel assez classique : hôpital de jour à temps partiel jusqu'à l'âge de 7 ans (âge où a été posé le diagnostic d'autisme, mais dont le doute avait été émis bien avant (crèche dès l'âge de 3 mois, pédiatre à 18 mois), puis IME. La thérapeute rencontre la famille environ deux à trois fois par an seule, et deux à trois fois par an avec l'équipe,

en présence de Léo. Il est le dernier d'une fratrie de 3 enfants. La maman n'a rien remarqué d'anormal si ce n'est qu'il n'était pas câlin. Léo est très sensible à l'ambiance autour de lui, l'agitation le fait fuir dans sa chambre, les bruits forts l'indisposent. Son comportement général demeure assez variable, avec des moments de désorganisation qui se manifestent par des attitudes parfois violentes.

Cadre de la psychothérapie

L'indication de la psychothérapie est posée en accord avec les parents à partir d'un élément particulier : un état de « crise » ou un événement traumatique à l'intérieur du foyer.

La crise est définie comme un comportement d'agitation inhabituelle qui dure et qui génère du stress pour le patient et son environnement (institutionnel et familial). Le caractère traumatique de l'événement est défini par sa nature et l'impact important qu'il a eu sur le ou la patient(e).

La psychothérapie est individuelle, institutionnelle. Elle est menée par des psychothérapeutes d'orientation psychodynamique expérimentées**.

La psychothérapie est décidée dans l'institution avec l'accord des parents que la thérapeute continue à voir régulièrement en présence du patient. Les relations avec les parents sont très investies et permettent d'expliquer les « crises », les fonctionnements, de donner éventuellement des conseils ou de proposer des stratégies pour améliorer les choses. Ce sont en effet trois adultes qui retournent dans leur famille chaque semaine ou tous les 15 jours et où l'impact des crises se fait sentir et met parfois les relations familiales en souffrance.

Les réunions de synthèse dans l'institution permettent des échanges et des compréhensions de l'état de chaque patient. Parfois, la thérapeute est sollicitée pour résoudre un problème en dehors des séances. Des soignants peuvent, par ailleurs, être sollicités pour participer à certaines séances à des moments clés.

Nous sommes là dans une description du cadre, loin de celle qui a pu exister dans le passé où l'isolement de la psychothérapie et du psychothérapeute dans l'institution conduisaient à des problèmes d'équipe et souvent à des échecs.

Au moment de l'évaluation, Adèle et Ali commencent la psychothérapie, alors que Léo est depuis 5 ans en psychothérapie.

Traitement médicamenteux

À la suite de son événement traumatique (fausse route alimentaire), Adèle a eu des médicaments mais elle s'est révélée intolérante à ce traitement qui a été levé. Ali, sous Tercian®, a eu du Risperdal® au moment de la période de crise qui a précédé sa prise en charge psychothérapique. Léo ne semble pas prendre de médicaments.

Rappelons à ce sujet, que la psychothérapie apporte une compréhension ou au moins des hypothèses sur le déclenchement de certains comportements alors que l'on attend des médicaments qu'ils fassent taire les problèmes. Par exemple, Léo a du Tercian®. Lorsque son état de crise important se manifeste, du Risperdal® est prescrit. Sa famille pense que c'est depuis ce médicament que des troubles du sommeil ont refait surface (ce qui génère des comportements particuliers). Par ailleurs, il est signalé qu'il a grossi (ce que la famille a remarqué également bien sûr), est-ce le Risperdal® ? Cela pourrait bien être le cas puisque avec les instruments qui évaluent les troubles alimentaires, les cotations sont négatives…

Comorbidités

Chez les trois patients, on note une comorbidité somatique et pour deux d'entre eux, une comorbidité psychique.

- Adèle souffre d'un eczéma de l'oreille et un état dépressif est noté.

- Ali a eu de très gros problèmes de sommeil et des maux d'oreille importants pendant l'enfance. Actuellement il souffre d'un stress énorme.

- Léo a une dermite et des pellicules qui créent des démangeaisons très handicapantes.

Quelques éléments issus de la formulation de cas initiale

- *Adèle* est décrite sur deux versants : le premier est son recours à l'« imaginaire », avec l'utilisation des films et images de Walt Dysney, et le second bien posé dans la « réalité » où il est dit qu'elle a des réactions émotionnelles…

Un autre point important chez elle est la récurrence de son comportement avec sa voix. Elle la modifie et la modalise en plusieurs tonalités : prend t-elle plusieurs rôles (dialogue intérieur, se prendre comme interlocuteur, autre rôle ?).

Autre élément répétitif : quand elle trouve une tache sur son vêtement, elle la gratte jusqu'à le déchirer. Cette répétition pose la question du sens de ce comportement. Comment interpréter et modérer cette action que rien ne peut arrêter ! Ne voit pas la solution ? Ne peut pas parvenir à réparer, effacer la tache ? Exprimer un sentiment d'incompétence ou d'être tachée elle-même ?

Autre point important : Adèle apprécie la relation avec sa belle-mère et les moments affectueux avec son père. La mère peut être débordée et en difficulté.

Dans les facteurs non dynamiques, on peut se demander pourquoi cette enfant qui a été à l'école maternelle jusqu'à 5 ans n'a pas pu poursuivre son parcours scolaire ?

- *Ali* est en période de crise. C'est sur ce critère que le traitement psychothérapique est envisagé et parce qu'une psychologue arrive dans l'institution et peut le proposer. Cette psychothérapie est co-animée au départ avec une psychomotricienne à la suite d'une évaluation avec la grille EPCA qui relève un certain nombre d'éléments concernant notamment la construction de l'image du corps. Il a une séance d'orthophonie par semaine. Le langage n'est pas acquis.

Ali semble avoir une expression amplifiée de ses symptômes autistiques à certains moments qui, par ailleurs, ne l'empêchent pas d'avoir des activités qui demandent une bonne maîtrise (voile, escalade, équitation). Il comprend bien les consignes. Sans doute la précision de ces moments apportera une compréhension. Est-ce que l'activité est suffisante pour contenir Ali ?

- *Léo* est en hypervigilance. Un élément important rapporté dans sa formulation de cas initiale souligne le contrôle qu'il effectue sur son environnement, et également sur lui-même, comme par exemple, demander des douches en périodes d'angoisse.

Il a des problèmes cutanés semblant bien handicapant. Il n'est pas indiqué si un diagnostic est posé sur une éventuelle maladie de peau et s'il est soigné pour cela.

Une description binaire de Léo est intéressante : 1. Quand il va mal : il manifeste de la violence, a un regard adhésif, utilise son peu de langage et de façon explosive. Il peut exprimer sa détresse « aidez-moi ». 2. Quand il va bien : il y a de longs échanges de regards, des sourires, peu de stéréotypies.

Concernant la sexualité, son comportement est excessif et inapproprié. Il a empiré à la naissance du bébé de son frère.

Les parents n'ont rien remarqué d'anormal précocément chez leur fils alors que l'environnement (crèche et pédiatre) signalait des problèmes. Le diagnostic, posé à 7 ans, est étonnant, d'autant qu'il avait été dirigé auparavant vers un Hopital de jour.

Commentaire

Ce qui semble commun dans les grandes lignes à ces trois patients, c'est la description d'au moins une situation contenante : l'imaginaire de Walt Dysney pour Adèle, les activités sportives demandant de la maîtrise pour Ali et par exemple, des douches pour Léo qu'il demande lui-même en période d'angoisse.

Abordons maintenant quelques réflexions concernant l'évaluation par les instruments utilisés

L'ECAr, évalue les symptômes et les comportements autistiques. C'est un instrument précieux pour apprécier, par exemple, la gravité tant au niveau d'un score global qu'au niveau de deux dimensions : d'une part la déficience relationnelle dont les items décrivent l'incapacité du patient à être dans une relation adaptée à autrui et d'autre part l'insuffisance modulatrice, qui témoigne de la faible capacité de régulation émotionnelle et du comportement psychomoteur.

Ainsi, nous constatons que le score général de départ pour les trois adultes signe une gravité importante se situant entre 53 et 60 sur 100. Cette gravité perdure à un an d'évaluation, cependant, nous constatons une nette évolution puisque le score à 12 mois se situe entre 35 à 41.

Commentaire

Ceci pose une question, quel a été l'effet du temps sur la situation symptomatique de ces personnes ? Ces trois adultes, dirigés très jeunes en institution, alors qu'ils étaient repérés avec un autisme, sans intégration scolaire, sans psychothérapie, n'ont-ils pas pati de ces mesures ? La gravité de leurs symptômes a régressé au cours de la psychothérapie, même si elle persiste dans des chiffres relativement élevés. Une comparaison avec des cas similaires dont la psychothérapie a été engagée précocément apporterait sans doute un début de réponse à cette question. N'oublions pas que ces adultes ont été pris en charge très jeunes dans des institutions.

Voyons maintenant l'**EPCA**, l'*Echelle d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme* que nous n'allons pas aborder en détail mais simplement à partir des scores globaux de Pathologie, de Développement et d'Aptitudes.

Nous constatons le score similaire pour les trois adultes, au départ et à 12 mois, concernant la pathologie (33-34 au départ *vs* 22-26 à 12 mois). La moyenne des 3 cas est 33 au départ et 24 à 12 mois. Notre question abordée plus haut est bien sûr renforcée par ce constat.

Le score Développement (plus le score est élevé, plus le développement est globalement bon, mais en considérant aussi le déplacement des scores d'une dimension à une autre) montre que les trois adultes n'ont pas un niveau de développement égal au départ : Adèle a 45, Ali a 12 et Léo a 21.

De plus, ils n'évoluent pas de la même façon. À 12 mois on constate que Adèle a 59, Ali et Léo ont 32.

La moyenne des 3 cas est 26 au départ et 44 à 12 mois.

Aptitudes évaluées à l'EPCA pour les trois adultes

Nous avons également regroupé 14 aptitudes fondamentales pouvant être évaluées avec l'EPCA. Nous n'allons pas les détailler ici mais il faut savoir que si Adèle possédait le langage dès le départ, il n'en est pas de même pour les deux autres adultes qui en étaient à un stade très limité. Cependant cette acquisition s'est améliorée, passant pour chacun d'eux de 1 à 2 (l'acquisition réalisée étant cotée 3). La propreté sphinctérienne est acquise à 12 mois pour chacun des patients, ce qui n'était pas le cas au départ pour Adèle et Léo. L'acquisition du temps linéaire, qui permet une meilleure tolérance à la séparation, n'est acquise par aucun des patients…

Nous voyons ici l'hétérogeneïté de leur développement. À T0, Adèle a déjà 9 aptitudes, Ali n'en a qu'une (la propreté). Léo en a 4 (3 concernent le regard, la 4ème concerne la prosodie).

Adèle acquiert durant l'année 4 nouvelles aptitudes. La seule restant en difficulté est « le temps linéaire - meilleure tolérance à la séparation ». Dès le départ, le langage verbal et gestuel ainsi que le graphisme sont acquis pour elle.

Ces trois acquisitions fondamentales ne sont pas acquises au départ par les deux autres patients qui n'acquerront pas le graphisme à un an de l'évaluation. Cependant, le langage verbal sera en bonne voie et le langage gestuel sera acquis par Ali, mais pas par Léo…

Nous voyons que pour ces deux patients les aptitudes sont initialement très pauvres (1 au départ pour Ali et 4 pour Léo), mais nous observons une évolution positive pour ces deux patients, relativement importante à ce niveau puisque, à 12 mois, Ali en aura 7 et Léo, 8.

Commentaire

Rappelons le, nous sommes avec l'autisme dans des cas complexes. Mais ces observations valident qu'il est fondamental que les enfants dont le diagnostic d'autisme est porté soient pris en charge, non seulement bien sûr au niveau éducatif, mais aussi au niveau de comprendre leurs fonctionnements, leurs comportements, leur détresse et leurs angoisses et de pouvoir y répondre de façon ajustée dans un cadre relationnel particulier. La psychothérapie est jusqu'à preuve du contraire la meilleure technique pour le faire.

Le processus de la psychothérapie (PQS)

Nous allons poursuivre en nous centrant sur le processus interne de la psychothérapie, ce qui se passe dans l'interaction patient-thérapeute, l'état du patient et l'attitude du thérapeute, ses actions. Le PQS nous donne des éléments de réponse.

Ici encore, nous présentons quelques éléments du processus de façon générale. Ils situent ce qui caractérise la psychothérapie permettant au clinicien de définir son action.

Le PQS comporte 100 propositions de formulations. Elles sont cotées à partir d'une même séance, du plus caractéristique +4 au moins caractéristique -4 selon 9 modalités de cotation (4, 3, 2, 1, 0, -1, -2, -3, -4). Cela produit une cartographie à un temps T de ce qui est très caractéristique (cotation des 3 et 4), moyennement caractéristique (2) et non caractéristique ou non pertinent (1 ou 0), dans la psychothérapie.

La répartition des items composant le PQS est la suivante : 40 items caractérisent le patient, 41 items le thérapeute et ses actions et 19 items les thèmes ou l'interaction.

Évolution des items très caractéristiques (cotés 3 et 4, -3 et -4)

Ce sont les propositions qui sont cotées très fort (3 & 4) au cours de l'année.

Pour Adèle. À 2 mois de l'évaluation, Adèle se sent triste ou déprimée (94). Elle ne parle pas de vouloir être séparée ou rester indépendante (29). Ces deux derniers items ne sont plus caractéristique à 6 et 12 mois. À 2 et 6 mois, elle ressent un affect désagréable ou pénible (douloureux) (26). Cet item n'est plus caractéristique à 12 mois.

À 6 mois elle est anxieuse (7). Cet item n'est plus caractéristique à un an. À la même période, elle ne lutte pas pour contrôler des sentiments ou des impulsions (70), elle exerce un contrôle sur le déroulement de la séance (87), elle ne s'accuse pas et n'exprime ni honte, ni culpabilité (71), ce dernier item sera caractéristique également à 12 mois.

À 12 mois, Adèle amorce des thèmes durant la séance, se montre active (15) et elle aborde des questions et du matériel significatifs (88).

Synthèse : Nous observons donc qu'Adèle, plutôt très déprimée au départ, montre une crainte de séparation et un ressenti douloureux, puis des signes d'anxiété. Elle ne lutte pas pour contrôler ses sentiments et n'exprime ni honte ni culpabilité. Elle est active, comme le montre son contrôle sur le déroulement de la séance. Cette activité d'Adèle va devenir très nette et positive à 12 mois de l'évaluation où elle amorce des thèmes dans la séance en abordant du matériel significatif. Les éléments dépressifs et anxieux du départ ne sont plus très caractéristiques et nous la percevons active dans le travail de la psychothérapie à 12 mois de l'évaluation.

Actions et attitude de la Thérapeute d'Adèle

À 2 mois de l'évaluation, la thérapeute formule des interprétations se référant à des personnes réelles (40) et commente les changements d'humeur ou d'affect de la patiente (79). Par ailleurs, elle n'explique pas sur quoi s'appuie sa technique ou son approche thérapeutique (57). Ces trois items ne sont plus caractéristiques à 6 et 12 mois.

À 2 mois et 6 mois, les remarques de la thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole de la patiente (3). À 2 mois, les significations réelles *vs* fantasmées des expériences sont activement différenciées (68), à 6 mois cet item reste très caractéristique mais en négatif, ce qui traduit un changement technique.

À 2 mois et 12 mois, la thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit la patiente (65). Cet item n'est pas caractéristique à 6 mois.

À 6 mois, la thérapeute exerce un contrôle sur l'interaction (17). Cet item n'est présent qu'à cette période.

À 6 et 12 mois, mais absents à 2 mois, la thérapeute porte attention à des sentiments considérés par la patiente comme inacceptables (50) ; la thérapeute est directement rassurante (66) ; elle ne manque pas de tact (ses commentaires reflètent la gentillesse, la considération ou l'attention) (77).

Seulement à 12 mois, la thérapeute transmet à la patiente une approbation sans jugement (18) ; elle met l'accent sur les sentiments d'Adèle dans le but de l'aider à les vivre plus profondément (81) ; elle est neutre (93) et n'encourage pas sa patiente à essayer de nouvelles façons de se comporter avec les autres (85).

Durant toute l'année, c'est-à-dire à chaque cotation plusieurs actions ou attitudes de la thérapeute sont très caractéristiques. Elles sont décrites de la façon suivante : elle attire l'attention de la patiente sur son comportement non verbal (2) ; elle est sensible à ses sentiments, à son écoute, empathique (6), elle est réceptive et impliquée affectivement (9) ; elle adopte une attitude de soutien (45) ; elle communique dans un style clair et cohérent (46) ; quand l'interaction est difficile, elle s'efforce d'améliorer la relation (47). Elle ne dévoile rien de personnel (21), elle ne prend pas le rôle de tuteur dans la thérapie (37) ; elle n'adopte pas une attitude de supériorité (51).

Synthèse : Nous observons chez la thérapeute une attitude « compréhensive » de sa patiente pendant toute l'année de l'évaluation : sensible à ses sentiments, réceptive, ayant une attitude de soutien… Une action constante se détache, c'est qu'elle attire l'attention d'Adèle sur son comportement non verbal. Concernant, le travail proprement dit, il semble difficile au départ : la thérapeute formule des interprétations et commente les changements d'humeur de la patiente, mais ce travail ne semble pas se poursuivre. Elle abandonne la reformulation de ce que dit la patiente qu'elle avait utilisée au départ pour la reprendre à 12 mois. Ensuite, nous observons qu'à 6 mois, la thérapeute contrôle l'interaction et commence à mettre l'accent sur des sentiments qui peuvent sembler inacceptables à la patiente ; elle est, par ailleurs, directement rassurante et ses propos reflètent la gentillesse. Un travail plus profond s'engage ensuite dans l'approbation sans jugement de la thérapeute, qui place l'accent sur les sentiments de la patiente ; elle reste neutre et choisit de ne pas l'encourager à essayer d'autres façons de se comporter avec les autres.

Pour Ali et Léo, nous donnons simplement une synthèse des élements relevés, réalisée de la même façon que pour Adèle.

Synthèse patient : Ali est anxieux ou tendu (7), cet item est coté fort au départ puis non pertinent aux deux dernières cotations, montrant un patient plus serein. Le patient recherche l'approbation, l'affection ou la sympathie de la thérapeute (78), est de plus en plus élevé au cours du temps. Cet item témoigne de l'évolution d'un transfert positif du patient envers sa thérapeute. Sa réalisation d'une nouvelle compréhension ou prise de conscience, non pertinente au départ, est très sensible à 12 mois.

Synthèse patient : Léo a des difficultés à commencer la séance (25). Coté nul au départ, cet item est très fort aux deux autres cotations. Le patient ne parle pas de ses expériences comme si elles étaient distantes de ses sentiments (56), cet item se renforce au cours de l'année, ce qui signifie que l'affect et sa signification sont apparents, mais mieux modulés chez le patient.

Synthèse thérapeute : Pour Ali, la thérapeute transmet au patient une approbation sans jugement (18) les deux dernières cotations sont très fortes. La thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (28), cet item est coté négatif au départ et fort à 12 mois.

Synthèse Thérapeute : Pour Léo, la thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (17). La première cotée nulle, les deux autres cotations ont une valeur forte. Ses commentaires reflètent la gentillesse et l'atttention (de plus en plus significatif) (77). La thérapeute commente les changements d'humeur du patient (79), coté nul au départ, les deux autres cotations ont une valeur moyenne. La thérapeute met l'accent sur les sentiments du patient dans le but de l'aider à les vivre plus profondément (81), cet item significatif à la première cotation devient non pertinent aux deux autres. La thérapeute établit des liens ente la relation thérapeutique et d'autres relations (100), cet item, très significatif à la première cotation, devient non pertinent aux deux autres.

Concernant l'engagement et l'ajustement du thérapeute quelques éléments sont à noter

Nous observons de nombreux items communs.

Spécifiquement au niveau de l'engagement, trois items sont cotés plus ou moins forts, mais toujours positifs pour les 3 adultes : la thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute (6), réceptive et impliquée (9) ; elle adopte une attitude de soutien (45) et est directement rassurante (66).

En plus de ces items, pour Ali, les conflits émotionnels de la thérapeute n'interfèrent pas dans la thérapie (24) et elle a confiance en elle, est pleine d'assurance (86).

Spécifiquement au niveau de l'ajustement du thérapeute, plusieurs items sont également communs : les remarques du thérapeute ont pour objectif de faciliter la parole du patient (3), quand l'interaction est difficile, il s'efforce d'améliorer la relation (47), il ne traite pas son patient avec supériorité (51), loin de manquer de tact, ses commentaires reflètent la gentillesse, la considération ou l'attention (77).

En plus de ces items communs, pour Ali et Léo, la thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique (28) et elle agit pour renforcer les défenses (89).

Les indicateurs

L'insight

Pour Adèle et Léo, l'insight n'est pas présent au cours de l'année de thérapie.

Pour Ali, l'un des 4 items composant ce facteur indique que l'insight est présent chez ce patient. Le patient réalise une nouvelle compréhension ou prise de conscience (32), est coté fort à la dernière cotation.

La Réalité psychique externe (REE)

Pour les trois patients la réalité psychique externe est peu exprimée si l'on en croit les 6 items composant ce facteur. Les items décrits ci-dessous ne sont pas véritablement stables mais indiquent une tendance.

- *Pour Adèle,* La situation récente ou actuelle de la vie de la patiente est soulignée (69). Cet item, fortement coté au début et à la fin de l'évaluation est coté négativement à 6 mois de l'évaluation.

- *Pour Ali,* La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée. Cet item, faiblement coté au début et à 6 mois de l'évaluation, est fortement coté à la fin de l'évaluation. Inversement, Il y a discussion des fonctions corporelles, symptômes physiques ou de santé (16), fortement coté à la première évaluation n'est plus significatif aux deux autres cotations.

- *Pour Léo,* la discussion des fonctions corporelles, symptômes physiques ou de santé (16), est cotée positive toute l'année. L'amour ou les relations sentimentales sont également

un sujet de discussion (64) au départ mais qui ne perdure pas au cours de l'année. C'est un sujet particulièrement difficile à aborder avec Léo où nous observons même une cotation très négative à 6 mois. La situation récente ou actuelle de la vie du patient est soulignée (69), item fortement coté aux deux dernières cotations. Le patient exprime des sentiments de colère ou agressifs (84), fortement positif à 6 mois est négatif aux deux autres cotations.

La réalité psychique interne (REI)

Neuf items composent cet indicateur. Comme le précédent, il n'est pas encore très significatif pour les 3 patients.

- *Pour Adèle,* La patiente parle de sentiments au sujet d'être proche, d'avoir besoin de quelqu'un (33), les deux premières cotations de cet item sont très faibles, la troisième est un peu plus élevée. Elle aborde des questions et du matériel significatif (88) est très fortement coté à la dernière évaluation. Les souvenirs de la petite enfance et de l'enfance sont un sujet de discussion (91), a une cotation moyenne à 12 mois alors qu'il est nul aux deux premières cotations.

- *Pour Ali,* un seul item est en partie caractéristique : le patient aborde des questions et du matériel significatif (88). Il est très fort à 6 mois, moyen à la première cotation et négatif à la dernière.

- *Pour Léo,* les éprouvés et les expériences sexuels sont discutés (11), est coté positif toute l'année. Le patient exprime un sentiment d'avoir besoin de quelqu'un (33), positif au début et à la fin de l'évaluation, fortement négatif à 6 mois. Le patient aborde des questions et du matériel significatifs (88) est très fortement coté au début et à la fin, négatif à 6 mois.

Concernant l'approche psychothérapique, évaluée avec les prototypes PPD et TCC issus de l'instrument PQS

- La psychothérapie d'Adèle est plutôt psychodynamique (PPD) avec quelques items catégorisés comportementaux (TCC) comme : la thérapeute exerce activement un contrôle sur l'interaction (17) et la thérapeute adopte une attitude active de soutien (45).

- La psychothérapie de Ali et de Léo est plutôt mixte PPD et TCC. Environ la moitié des items prototypes de chacune des approches psychothérapique est utilisée sur l'année.

- À noter : ce qui est frappant dans la psychothérapie de Léo c'est que les items TCC sont fluctuants, alors que les items PPD sont beaucoup plus stables.

Vignettes cliniques à 12 mois des trois thérapies

- *Adèle* s'intéresse beaucoup plus à l'extérieur. Après l'événement traumatique de la fausse route donnant suite à une forme de mutisme pendant trois mois, Adèle a formulé de nouveau des phrases significatives évoquant son angoisse de la mort en l'attribuant à d'autres personnes. Elle commence à exprimer du plaisir à être avec certains membres de son environnement, communique plus avec les autres résidents, avec une meilleure communication générale. Elle est moins isolée.

Adèle se manifeste de plusieurs façons : être là, au rendez-vous à l'heure dite mais sans faire de bruit, son regard est devenu « son humeur vitale », son expression à voix multiples perdure. Il est signalé que plus elle parle fort, plus les sons sont articulés (se faire entendre, se faire comprendre).

Elle devient inaccesible de deux façons récurrentes : elle se met à hurler et finit par échapper à toute prise verbale, rien ne semble pouvoir l'arrêter ; elle continue à gratter la tache sur son vêtement qu'elle ne peut pas lâcher…

Elle a exprimé à sa mère son vécu d'abandon et peut aborder les problèmes de séparation dans l'environnement du FAM. Elle commence à exprimer ses peurs.

Elle commence aussi à s'intéresser aux bijoux, etc…

- *Ali* semble avoir encore des périodes d'agitation et des insomnies (la mère dit que c'est depuis qu'il prend du Risperdal®). Il a grossi également de presque 10 kg.

Cependant, son comportement général s'est plutôt amélioré : les moments plus calmes et relationnels sont plus fréquents, il y a moins de compulsions masturbatoires…

L'agitation d'Ali peut être comprise par les changements successifs qui ont eu lieu et qui auront lieu dans son accompagnement et dans son environnement. Ce point est travaillé pendant les séances. Notamment, un éducateur qui était un référent pour lui est parti, la psychomotricienne a commencé à lui annoncer son départ imminent. Sur le plan familial, la naissance du bébé de son frère a pu le perturber. Il est possible que tous ces éléments aient mis sa place en danger, dans les différents investissements.

- *Léo* a eu une période d'évitement des autres avec difficulté de sortir de sa chambre et de participer à des ateliers… Chez ses parents, il a un comportement similaire à celui de l'institution et devient violent lorsque l'on insiste pour qu'il fasse des choses. Cette période coïncide avec le deuil qu'il doit faire de sa sexualité à un moment où elle est exacerbée. Mais il est également possible que les compulsions masturbatoires soient une conséquence de ses problèmes actuels.

Léo paraît faire des efforts pour s'exprimer par le langage.

Il manifeste toujours des angoisses spatiales mais son comportement violent a disparu, il est souriant et calme. Il s'intéresse plus à ses pairs et de façon très nouvelle, il peut les nommer.

Conclusion

Cette présentation dont seulement quelques éléments de ces études de cas très riches ont été présentés fait ressortir un certain nombre de points :

Trois adultes, diagnostiqués très tôt, présentent à 30 ans un état autistique sévère avec troubles du comportement importants. Ces troubles sont accompagnés, chez deux d'entre eux, d'un déficit notable du développement et des aptitudes acquises. Ce tableau pose évidemment beaucoup de questions sur ce qui a pu conduire à cette situation, mais il porte notre attention sur ce qui peut être fait ici et maintenant. La psychothérapie peut-elle apporter une évolution, son effet peut-il être évalué ?

La psychothérapie d'Adèle est engagée dans un contexte extrêmement inquiétant. À la suite d'une fausse route alimentaire suivie d'une brève perte de connaissance, elle est revenue fermée, dans un état d'inhibition, sans aucune parole pendant plusieurs mois. Une incontinence complète accompagne son visage anéanti, pâle.

Celle d'Ali commence alors qu'il est très agité, gémissant beaucoup, hypersensible aux flux sensoriels et à l'ambiance environnante, déambulant, se mordant les mains et se masturbant de manière très compulsive dans des lieux inappropriés. Cela génère du stress et une ambiance électrique tout autour de lui.

Léo alterne de longs moments d'immobilité accompagnés d'une attitude d'hypervigilance à l'environnement. Il se jette dans l'espace à grandes enjambées, pressé d'arriver au but et accompagné de stéréotypies et de grognements. Son comportement sexuel a motivé pour une grande part la demande de suivi individuel avec sa thérapeute.

Le diagnostic d'autisme chez l'adulte ne conduit pas à un abord univoque de la personne en souffrance dont nous assurons l'accompagnement et le soin. Nous avons vu avec Adèle, Ali et Léo que, malgré la gravité équivalente de leurs symptômes, nous avions affaire à trois cas présentant certes des éléments communs, mais aussi beaucoup de différences.

Un point commun est que ces patients souffrent beaucoup. Leur souffrance est en relation avec leur monde interne, mais aussi avec leur monde externe. Il n'y a pas une intervention univoque pour ce qui semble être une même manifestation, par

exemple l'angoisse, la colère, les pleurs ou encore le retrait, le mutisme, etc… Cette intervention doit être adaptée à chacun. Et c'est ce qui se réalise avec chacune des thérapeutes. Elle permet une véritable réanimation chez Adèle et conduit à une situation très apaisée avec Ali et Léo. Dans chacun des cas, une ouverture se produit vers l'extérieur et la relation. En ce sens, les tableaux présentés font bien apparaître l'oscillation entre retrait et troubles majeurs du comportement d'un côté, entrée dans le monde et relation de l'autre.

La description du processus de la psychothérapie fait apparaître une attitude commune. Ses éléments majeurs sont la sensibilité du thérapeute aux sentiments du patient, à son écoute, sa réceptivité et son implication, son adoption d'une attitude de soutien. Il est directement rassurant, coté plus ou moins fort mais toujours positif, pour les trois adultes.

Spécifiquement, l'ajustement du thérapeute se traduit dans le fait que ses remarques ont pour objectif de faciliter la parole du patient, que lorsque l'interaction est difficile, il s'efforce d'améliorer la relation, il ne traite pas son patient avec supériorité. Loin de manquer de tact, ses commentaires reflètent la gentillesse, la considération ou l'attention. L'attention portée sur le comportement non verbal durant toute l'année d'évaluation est un aspect de la dynamique de la psychothérapie. Elle est à la fois active, et non intrusive ou directive…

Nous remarquons que, du côté des trois patients, ils acceptent les commentaires et observations de la thérapeute, mais qu'ils peuvent être aussi provocateurs, testant les limites, ou rechercher l'approbation, l'affection ou la sympathie de la thérapeute. Ici aussi, la dynamique relationnelle et son évolution s'expriment.

Ces études montrent aussi tout le bénéfice qu'il peut y avoir pour l'évolution des connaissances à partir des questions qui émergent au fil des observations. L'une d'elle est la relation entre le stress et l'expression des émotions, avec la question attenante des facteurs qui participent au déclenchement et à la régulation des émotions excessives, lesquelles déclenchent en retour des comportements excessifs inadaptés, qui ont eux-mêmes un effet stressant et délétère sur l'entourage. Cela semble être un noeud majeur de l'action psychothérapique. Elle peut être modélisée et nous permettre d'accéder à cette qualité propre des thérapeutes qui est celle de la contenance de cette liaison entre souffrance et violence.

À ce niveau, il est vraiment très important aussi d'insister sur la liaison forte qui est établie avec la psychothérapie institutionnelle et la relation avec les familles. C'est une structure à la fois cohérente, dynamique et souple que nous voyons fonctionner, pour le plus grand bien de ces adultes dont la relation au monde et aux autres est si difficile.

* Cette présentation a été faite au CFP 2018 à Nantes et de façon plus détaillée avec les thérapeutes au congrès de la CIPPA en février 2018.

** Pour des raisons d'anonymat des trois personnes avec autisme présentées ici, nous n'indiquons pas les noms des thérapeutes. Nous les remercions pour le travail qu'elles ont réalisé pour cette étude.

Présentation critique de la recommandation par consensus formalisé de la HAS ANESM: « Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte »*

Isabelle Secret-Bobolakis

La Fédération Française de Psychiatrie a été sollicitée par la HAS pour participer à l'élaboration d'une recommandation par consensus formalisé sur le thème : *Trouble du spectre de l'autisme, interventions et parcours de vie de l'adulte*, mise en ligne sur le site de la HAS en mars 2018.

Il nous a été demandé plus particulièrement de rédiger la bibliographie francophone et un petit groupe de travail a rédigé cette bibliographie. Ce groupe était composé d'Isabelle Secret Bobolakis, Moïse Assouline, Vincent Krieger et Etienne Marcel.

Une recommandation selon la méthodologie de la HAS se compose de deux parties. La première partie est l'argumentaire scientifique qui présente la bibliographie (revue systématique et évaluation des interventions, recommandations publiées, avis d'auteurs, littérature grise) afin de donner une base scientifique à la recommandation. Cet argumentaire se compose d'articles émanant de revues internationales et bien évidemment de revues francophones. Les documentalistes de la HAS ont fait une sélection d'articles et ceux qui ont rédigé l'argumentaire ont sélectionné les articles qui leur paraissaient les plus intéressants. L'argumentaire scientifique de cette recommandation se compose des différents courants qui traversent la psychopathologie de l'autisme, tant le courant d'inspiration cognitivo-comportementale que le courant d'inspiration psychanalytique.

Selon la méthodologie de la HAS, il y a quatre niveaux de preuves :

- le niveau A : preuves scientifiques établies,
- le niveau B : présomptions scientifiques,
- le niveau C : faible niveau de preuves
- et le niveau E : accord d'experts.

Soulignons ici qu'un faible niveau de preuves scientifiques n'est pas à négliger. Il peut avoir un haut niveau de « preuves » expérientielles. Par ailleurs, la Fédération Française de Psychiatrie, insiste toujours sur l'intérêt des études de cas.

Sur la base de l'argumentaire scientifique, un groupe de travail se réunit et élabore la recommandation. Isabelle Secret Bobolakis a fait partie du groupe de travail et une recommandation a été élaborée avec le plan suivant :

1. Épidémiologie
2. Passage de l'adolescence à l'âge adulte
3. Participation de l'autiste adulte
4. Rappel sur le diagnostic
5. Intervention sur l'environnement de la personne
6. Accompagnement de la personne et évaluation des effets attendus
7. Parcours de santé
8. Prévention et gestion des comportements problèmes
9. Vieillissement.

Concernant le rappel sur le diagnostic et les évaluations du fonctionnement de l'adulte, la recommandation souligne l'importance d'un diagnostic réactualisé. Elle préconise une articulation de la démarche diagnostique et des évaluations du fonctionnement avec une adaptation de l'environnement et une élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé.

Elle souhaite que soient utilisées les classifications internationales et que le diagnostic soit réalisé par des équipes pluri-professionnelles formées.

Concernant l'accompagnement des professionnels, il est noté l'importance de la cohérence de l'équipe, la prévention des risques psycho-sociaux et des accidents du travail, la constitution d'une équipe pluri-professionnelle, l'importance d'une réflexion en équipe sur la posture bientraitante.

On peut noter qu'il n'est pas indiqué qu'il y ait une réflexion psychopathologique sur la dynamique de groupe et les relations transférentielles qui sont si importantes dans le champ de l'autisme.

Dans le domaine de la formation, il est souligné l'intérêt de privilégier les formations de l'équipe mais aussi de proposer aux professionnels isolés travaillant au domicile de la personne autiste d'y participer. Etant donné le nombre de places limitées pour accueillir les personnes autistes, il est de plus en plus fréquent que des professionnels travaillent au domicile des personnes qui vivent en général dans leur famille et il est très important que ces personnels puissent bénéficier d'une formation initiale et continue.

En ce qui concerne l'analyse des pratiques, la régulation et la supervision, il est souligné l'importance de la transmission des savoirs, le soutien aux professionnels, l'importance de prêter une attention aux expériences et aux émotions des équipes et de faire des retours d'expérience et d'analyse des pratiques. Il s'agit, dans cette recommandation, de supervisions dans un esprit pragmatique, humaniste, mais un approfondissement de la réflexion en s'éclairant de l'approche psychanalytique a été rejeté par le groupe de travail.

Quelques éléments sur l'architecture sont précisés. Il est important d'adapter l'habitat aux particularités, notamment sensorielles, de la personne autiste. Il faut éviter les excès de stimulations, le contexte doit être apaisant et les personnes doivent pouvoir bénéficier d'espace de retrait.

Ces éléments sont importants à retenir car, dans un certain nombre de Maisons d'Accueil Spécialisé ou de Foyers d'Accueil Médicalisé, les lieux de vie pour les personnes autistes sont assez bruyants. Il y a également un manque d'espace de retrait, de calme, et cela peut favoriser une angoisse et des comportements problèmes.

Concernant la communication et le langage, il est important d'évaluer la communication, d'évaluer si un support de communication est nécessaire et sous quelle forme : objets, dessins, photos, pictogrammes, sons, mots écrits… Cette évaluation n'est pas particulière aux personnes autistes, elle concerne toutes les personnes présentant un trouble neurodéveloppemental avec déficit intellectuel.

Dans le domaine de la vie affective et de la sexualité, la recommandation propose la mise en place d'ateliers de la vie affective et sexuelle en petits groupes, le respect de l'intimité, le respect d'un espace dédié pour les gestes sexuels, et la recommandation N° 237 conseille de ne pas prescrire d'anti-androgènes hors AMM. Il nous semble important de ne pas recommander les anti-androgènes car ils sont fréquemment prescrits chez les personnes autistes avec déficit intellectuel.

A propos du parcours de santé, il est recommandé de faire des bilans somatiques réguliers, de former les professionnels à l'examen somatique de la personne autiste, de préparer les consultations, d'évaluer les bénéfices-risques des traitements psychotropes, de rechercher les facteurs de risque cardiovasculaire et de promouvoir des activités physiques.

S'agissant des soins psychiatriques, il convient de rechercher les comorbidités psychiatriques. Notons à ce propos que l'esprit de cette recommandation est que la personne autiste est considérée comme une personne ayant une particularité, mais l'autisme en lui-même n'est pas considéré comme une pathologie psychiatrique. Les pathologies psychiatriques sont considérées comme des comorbidités. Cela peut amener certaines personnes autistes à ne pas vouloir être suivies par des psychiatres. Il est recommandé de réévaluer régulièrement les traitements psychotropes, de préparer les hospitalisations si cela s'avère nécessaire, de préparer des dossiers de liaison afin d'avoir un dossier tout prêt si une hospitalisation doit être réalisée en urgence et de préparer le retour sur le lieu de vie.

Concernant la prévention et la gestion des comportements problèmes, il est recommandé de définir en amont des plans d'intervention individualisée en décrivant une typologie des comportements problèmes, les méthodes d'intervention, les signes annonciateurs d'une crise, la répartition des rôles et les techniques pour se protéger. L'approche est très comportementale. C'est bien sûr très utile mais, dans certains cas, une réflexion psychopathologique sur le sens que l'on peut donner à cette crise a une grande valeur préventive et thérapeutique. Il est important de réfléchir au sens des symptômes en tenant compte des mécanismes (psychiques) de défenses de la personne, de la dynamique de groupe et des relations transférentielles.

En conclusion, cette recommandation est d'un grand intérêt pour l'amélioration des pratiques, mais l'approche institutionnelle nourrie des apports de la psychanalyse est totalement absente. On note là une rupture épistémologique avec la grande tradition psychiatrique française.

* Ce texte a été présenté au CFP de Nantes en 2018

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Pour la Recherche

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
Tél. : 01 48 04 73 41

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

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 2019)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne - IPP
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

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

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62