

POUR LA RECHERCHE

FFP

FEDERATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE



PSYDOC-FRANCE

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

7 €

Editorial

- Jean-Marie Danion -

Sommaire

Réseau de Recherches
Fondées sur les Pratiques
Psychothérapeutiques



Directeur de la Publication :

Dr O. Lehembre

Rédacteur en chef :

Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :

Dr M.C. Cabié,

Dr M. Falk-Vairant,

Dr J. Garrabé,

Dr N. Garret-Gloanec,

K. Hansen, M. Thurin,

M. Villamaux

PLR électronique,

Comité Technique

J.M. et M. Thurin,

D. Vélea, M. Villamaux

● L'annonce de la création par l'Inserm, suite à un appel à projets extrêmement compétitif, d'un réseau de recherches visant à évaluer les pratiques psychothérapeutiques, sous la coordination de Bruno Falissard et Jean-Michel Thurin, est une excellente nouvelle. Pour bien mesurer la portée de celle-ci, il convient de la situer dans le cadre du débat suscité par la question controversée de l'évaluation des psychothérapies.

Ce débat a fait suite à la publication de plusieurs expertises collectives en psychiatrie et en santé mentale, dont une portait sur l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. Le bien-fondé de cette évaluation a été contesté, la contestation étant allée jusqu'à affirmer l'impossibilité d'évaluer les phénomènes psychiques. Si cette affirmation est à l'évidence excessive, certaines critiques émises ont été cependant parfaitement légitimes. Il a été reproché aux recherches actuelles d'être habituellement réalisées avec des patients, et dans des contextes institutionnels et sociologiques, très différents de la pratique quotidienne. De plus, ces recherches ne prennent pas en compte le fait que la prise en charge d'un patient repose sur une approche globale et, bien souvent, sur une association de plusieurs thérapeutiques, par exemple une psychothérapie et un traitement médicamenteux. Le caractère à la fois global et diversifié des prises en charge rend compte de leur complexité, complexité que la recherche clinique cherche à réduire. Se trouve donc posée la question du caractère généralisable des conclusions d'une recherche à la pratique quotidienne.

D'autres critiques ont porté sur le fait que les recherches ne prennent pas en compte la singularité du patient, alors que les praticiens la considèrent comme déterminante dans le suivi thérapeutique. Les études au cas par cas, reposant sur une analyse psychopathologique et psychodynamique individuelle, sont virtuellement inexistantes. La dimension subjective, pourtant caractéristique des troubles psychiatriques, n'est que rarement prise en compte, alors même qu'un certain nombre d'instruments sont aujourd'hui disponibles pour l'évaluer. Au total, a été dénoncé le caractère excessivement réductionniste des recherches actuelles, les cliniciens ayant le sentiment de ne pas disposer de l'information scientifique leur permettant de prendre les décisions appropriées dans leur pratique. Comment améliorer cette situation ?

L'une des forces du réseau qui vient d'être créé est précisément d'apporter des réponses à cette question. Reprenant l'organisation de ce que l'on appelle les réseaux de recherches fondées sur les pratiques, il permettra de mettre en place des études en conditions naturelles, impliquant un nombre élevé de patients dont la complexité diagnostique et la dimension subjective des troubles seront prises en compte. Le recours à la méthodologie du cas unique autorisera une analyse psychopathologique et psychodynamique individuelle. Nul doute que ce réseau apportera des données très enrichissantes sur les pratiques psychothérapeutiques « à la française », tout en constituant sur le plan international une véritable innovation dans le domaine de la méthodologie de l'évaluation des psychothérapies ●

Création d'un Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques (RRFPP)

Appel à participation

Cher(e) Collègue,

Le projet de **Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques** vient d'être sélectionné. Il fait partie des six projets de réseaux de recherche clinique et de santé publique retenus à la suite de l'appel d'offres de l'Inserm de septembre 2007. Inscrit comme action prioritaire de la Fédération Française de Psychiatrie, ce réseau est une initiative importante pour commencer à répondre au déficit de recherche en France dans ce domaine. Il sera coordonné par Bruno Falissard (U 669) et Jean-Michel Thurin (Collège recherche FFP, U 669).

Les objectifs scientifiques de ce réseau se situent à deux niveaux : assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapeutiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ; développer l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles et approfondir les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapeutique.

Pour aborder ces questions actuelles mais difficiles de la recherche, la méthodologie choisie est celle des études pragmatiques de cas. Respectant le cadre naturel de la psychothérapie, cette approche offre une double potentialité : d'abord, les cas peuvent être suivis individuellement dans une perspective longitudinale (le cas comme son propre témoin), perspective en elle-même déjà intéressante pour le clinicien qui peut suivre les progrès (ou les stagnations) de son patient au niveau de ses symptômes et de ses fonctionnements ; ensuite, les cas peuvent être mis en relation avec des cas analogues, ce qui permet d'aborder des questions spécifiques cliniquement pertinentes. Un troisième point est de préciser l'action de différents facteurs sur les résultats.

Plusieurs réseaux de recherches issues des pratiques existent déjà au niveau international (*Practice research networks*), mais ce réseau est le premier de ce type créé en France. Ayant pour spécificité de répondre à des questions issues de la clinique, il implique une collaboration de fond entre les praticiens travaillant dans la communauté et les structures de recherche. Le réseau français repose ainsi sur l'organisation suivante : l'unité Inserm 669 coordonne le réseau, réalise une étude générale sur les pratiques et constitue le pôle méthodologique, la Fédération Française de Psychiatrie coordonne la liaison avec les sociétés savantes et organise la communication intra réseau. Quatre pôles de recherche clinique travaillent sur l'évaluation des résultats de psychothérapies de cas complexes contrôlés, en relation avec les caractéristiques de leur déroulement : un pôle enfants/adolescents/périnatalité, deux pôles adultes, l'un de clinique en cabinet ou CMP, l'autre en institutions et un quatrième pôle consacré à la psychogériatrie. Des équipes ressources, centrées sur des pathologies spécifiques (autisme, Alzheimer) et l'évaluation des dispositifs, complètent cette structure.

Trois thèmes prioritaires ont été sélectionnés pour les années 2008-2009.

- Le premier concerne l'évaluation des émergences dans le processus de développement d'enfants autistes ou souffrant de dysharmonies évolutives au cours de thérapies neurofonctionnelles de la communication, de psychothérapies psychodynamiques ou autres.

- Le second porte sur les psychothérapies et plus spécifiquement sur les effets, à court et moyen terme, des interventions

psychothérapeutiques dans les processus de passage à l'acte chez les patients borderline.

- Le troisième évaluera les interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement et la dépression chez des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Le *réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques* bénéficie d'un financement de l'Inserm et de la DGS. Des financements complémentaires sont attendus.

Devenir membre du réseau

Pour devenir membre du réseau, il est demandé :

- ✓ d'avoir une pratique psychothérapeutique effective et de s'impliquer dans une action d'évaluation de psychothérapies ou d'interventions psychothérapeutiques suivant une méthodologie formalisée. Cette méthodologie repose sur un protocole général d'étude intensive de cas, incluant notamment : une formulation de cas initiale, une évaluation du processus reposant sur des *verbatim* de séances recueillis à des temps intermédiaires (tous les trois mois dans le cas de psychothérapies durant 1 an ou plus et au cours des épisodes de crise), ainsi qu'une évaluation de fin de thérapie ou de sortie ;

- ✓ de s'inscrire dans une des trois problématiques retenues pour les années 2008-2009 : processus de développement dans l'autisme et les dysharmonies chez l'enfant ; interventions psychothérapeutiques dans les processus de passage à l'acte chez les patients borderline ; interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement et la dépression de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ;

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

- ✓ d'avoir un équipement informatique relativement récent ;

- ✓ d'être membre d'une des associations de la FFP*.

La méthodologie est conçue pour que les activités du réseau ne soient pas du temps de perdu, qu'elles ne perturbent pas le processus thérapeutique et soient aussi simples et intéressantes que possible. Une grande partie des activités, qui se déroulent en groupes de pairs, est réalisée à distance, en utilisant les technologies Internet.

Les travaux réalisés dans le cadre du réseau sont des travaux de recherche et seront intégrés dans une base de données dédiée à cet objet. Les données seront rendues anonymes, tant pour les patients que pour les thérapeutes.

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

Une réunion générale d'information se tiendra le 25 avril 2008 à Paris. La participation est gratuite mais l'inscription est obligatoire, par e-mail.

Jean-Michel THURIN et Bruno FALISSARD

* sauf cas particuliers après accord.

** à JM Thurin : jmthurin@techniques-psychotherapeutiques.org en mentionnant réseau recherche psychothérapies dans l'objet du mail.

Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques (RRFPP)

Projet de l'Appel d'Offre INSERM,
déposé en septembre 2007, sélectionné en janvier 2008

Document 1. Résumé du projet

Définition du projet et objectifs scientifiques

Ce projet a pour objet la mise en place d'un Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques (RRFPP) afin :

- D'assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapeutiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ;
- De développer l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles et d'approfondir les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapeutique.

Étapes prévues pour les deux prochaines années

Ce projet est conçu en deux temps :

2008. Mise en place du réseau et de son infrastructure.

2009. 1/ Initiation d'études intensives de cas, observationnelles puis comparatives à partir de leur réunion dans une base de données. 2/ Mise en place d'une étude épidémiologique ayant dans un premier temps un objectif descriptif (description des pratiques et des patients suivis) et dans un second temps un objectif analytique (comparaison).

Résumé

Les psychothérapies constituent un traitement majeur en psychiatrie et en santé mentale. L'expertise collective Inserm sur l'évaluation des psychothérapies a pointé le manque criant de travaux dans ce domaine en France. Le réseau de recherches fondées sur les pratiques est une organisation très favorable à leur développement. Il n'existe aucun réseau de ce type en France. Le développement d'études en conditions naturelles est préconisé pour rapprocher la recherche du monde réel avec le souci d'impliquer un nombre de patients plus important et de les suivre plus longtemps en prenant en compte les complexités diagnostiques. *Les études systématiques de cas*, préconisées dans ce réseau sont particulièrement utiles quand elles sont rassemblées à partir d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques pour comparer les résultats et les processus de changement de patients ayant des caractéristiques communes et pour lesquels le rôle des modérateurs et des médiateurs peut être pris en compte.

La méthodologie d'études intensives de cas proposée pour ce réseau offre une double fonctionnalité :

1. les cas peuvent être analysés en eux-mêmes (le cas comme son propre témoin) dans une perspective longitudinale (évolution intrasujet), perspective en elle-même déjà intéressante pour le clinicien qui peut suivre les progrès (ou les stagnations) de son patient au niveau de ses symptômes et de ses fonctionnements ;
2. les cas peuvent être mis en relation avec des cas analogues à partir d'une base de données les réunissant.

Dans un premier temps, les analyses sont descriptives. Dans un second temps, lorsque les processus et les procédures sont mieux caractérisées, des comparaisons sont effectuées entre :

1. les types de prise en charge ;
2. les caractéristiques des sujets traités ;
3. les conditions de traitement ;
4. les configurations majeures (patient, thérapeute, relation, technique) ;
5. le contexte, et leur relation aux résultats, à la courbe d'évolution et à certains changements spécifiques (symptômes, fonctionnalité, passage à l'acte, interruptions de traitement, utilisation des services de soin,...).

L'objectif de l'étude épidémiologique conduite en parallèle sera d'apporter des éléments de réponses aux questions suivantes :

1. les principes théoriques sous-tendant les pratiques psychothérapeutiques ;
2. les modalités pratiques de prise en charge des patients ;
3. les caractéristiques des sujets pris en charge, notamment leurs demandes quant aux objectifs attendus de la psychothérapie.

Le réseau repose sur l'organisation suivante : l'unité 669 coordonne le réseau et constitue son pôle méthodologique, la Fédération Française de Psychiatrie coordonne la liaison avec les sociétés savantes et organise la communication intra-réseau.

Quatre pôles de recherche clinique travaillent sur l'évaluation des processus-résultats de cas contrôlés (résultats et mécanismes de changement au cours des psychothérapies complexes) : deux pôles adultes, l'un de clinique en cabinet ou CMP, l'autre en institutions et un pôle enfants/adolescents/périnatalité. Le quatrième pôle est consacré à la psychogériatrie. Des équipes ressources, centrées sur des pathologies spécifiques (autisme, Alzheimer) et l'évaluation des dispositifs, complètent cette structure.

Une base des données issues des cas accompagne ce dispositif. Elle permet la comparaison de cas bien définis et l'exploration de variables déterminantes des différences.

Mots clés : évaluation des psychothérapies, méthodologies, études intensives de cas, changement, processus, diagnostic psychopathologique, dysfonctionnement, configurations psychothérapeutiques, modérateurs, médiateurs.

Document 2. Description du projet

1. Originalité du projet

L'expertise collective INSERM sur l'évaluation des psychothérapies a pointé le manque criant de travaux dans ce domaine en France. Il n'existe aucun réseau de ce type aujourd'hui dans notre pays.

2. Positionnement à l'échelon national et international

Les psychothérapies constituent un traitement majeur en psychiatrie et en santé mentale. Leur place a été soulignée par l'OMS dans son rapport de 2001 (« La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs »). Leur étude systématique,

suyant une approche scientifique, s'est très peu développée en France alors qu'elle représente un domaine important de recherche à l'étranger. Les débats parlementaires portant sur le titre de psychothérapeute, l'expertise collective Inserm, les actions et l'ouverture internationale qui les ont suivis, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles, la collaboration entre l'Inserm et la Fédération Française de Psychiatrie à travers son comité d'interface et l'organisation de différentes actions communes, permettent de penser qu'une action significative est aujourd'hui réalisable dans ce champ.

2.1. Situation générale

En France, le début de la recherche évaluative sur les psychothérapies se situe dans les années 90 avec l'équipe Script Inserm. Son travail a été essentiellement de promouvoir, dans un contexte difficile, le concept d'évaluation des psychothérapies et de développer une méthodologie incluant des chercheurs et des cliniciens. Cette équipe a également introduit la mise en place de démarches évaluatives en institution et secteur libéral, mais cette dernière n'a pas abouti. Il faut également souligner, dans ce cadre, l'organisation d'un grand congrès international en 1991 à Lyon.

L'expertise collective 2002-2004 a contribué à relancer l'évaluation des psychothérapies à partir d'un bilan des études d'efficacité qui a fait ressortir, d'une part, la faiblesse du nombre des études françaises et, d'autre part, le peu d'études internationales sur les approches psychodynamiques centrées sur les résultats (bien qu'il existe par ailleurs de très nombreuses études sur les processus). Au delà des remous qu'elle a suscité, cette expertise a finalement fait progresser les choses en interpellant la profession et en amenant une réflexion approfondie sur les méthodologies de l'évaluation.

Trois actions sont à souligner : 1) l'élaboration d'un protocole qui a conduit à une recherche en conditions naturelles dont les premiers résultats ont été présentés et qui a fait l'objet de publications. Ce protocole est actuellement proposé aux psychiatres et psychologues par l'École de psychosomatique (organisme agréé par la HAS pour l'EPP) dans le cadre de la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. 2) La journée du 30 mai, organisée par l'Inserm, qui a présenté différentes méthodologies et ouvert des propositions. Cette journée a été très bien accueillie par les professionnels. 3) La mise en place par la HAS et la FFP d'un groupe de travail sur les méthodes d'évaluation des psychothérapies et plus particulièrement sur les méthodes d'évaluation fondées sur les pratiques (études d'observation).

Aux E.U., l'implication des universités de psychologie et de psychiatrie a été majeure dans ce champ depuis les années 50. Il faut également souligner le rôle central du NIMH en ce qui concerne le financement des programmes qui a été corrélé à l'évolution des méthodologies de référence dans ce champ. Sa première action d'envergure a été la mise en place, dans les années 80, de la grande étude multicentrique sur la dépression dont l'analyse des données a largement participé à produire une réflexion argumentée de fond. Elle a notamment conduit à aller au delà du test de l'efficacité de techniques globales sur un ensemble de symptômes et à concevoir des approches méthodologiques plus adéquates avec la complexité de l'objet « psychothérapie ». Le NIMH a également très tôt (1996) recommandé le développement d'études en conditions naturelles et, dès 1998, de rechercher une articulation entre les recherches cliniques, sur les pratiques, de santé publique et de qualité, abord qui a été un point d'appui du développement de réseaux fondés sur les pratiques tels que celui que nous proposons ici.

Le mouvement de la recherche sur les psychothérapies s'étend bien au delà du continent américain et se retrouve en Europe (notamment UK, Pays Nordiques, Allemagne, Suisse, Italie) ainsi qu'en Australie et en Nouvelle Zélande. On le retrouve également en Amérique du sud. Il a trouvé une expression globale à partir de la *Society for Psychotherapy Research* (SPR) et sa publication *Psychotherapy Research*.

2.2. Enjeux scientifiques actuels de la recherche évaluative en psychothérapie

Les bases de la recherche sur les psychothérapies sont actuellement bien établies.

1. Elles s'inscrivent dans la tendance générale concernant la recherche en santé mentale qui est de *réduire le fossé entre la recherche et la pratique* (NIMH 1998 (Rush AJ), Insel, 2006, APA 2005 (Levant RF)), notamment en développant des études sur ce qui *marque dans la pratique*.

Cette évolution : a) prend en compte les limites des ECRs (*efficacy research*) de première génération (échantillons trop spécifiques, indicateurs trop réduits, durée réduite de l'étude, absence de prise en compte du contexte), ce qui réduit l'applicabilité de leurs résultats ; b) recommande de rapprocher la recherche du monde réel, c-a-d de mener des études dans des conditions réelles (*effectiveness studies*) et répondant aux questions des patients, des cliniciens, des services de santé et des assurances. Ce faisant, elle préconise également un décloisonnement des différentes recherches et des acteurs auxquels elles sont liées. Sur les deux premiers axes, les recommandations concrètes sont de :

✓ *développer des études cliniques de seconde génération* avec le souci d'impliquer un plus grand nombre de patients et de les suivre plus longtemps, de prendre en compte les complexités diagnostiques (p.e. comorbidité et chronicité), d'élargir les indicateurs de résultats à une normalisation fonctionnelle, de considérer la réhabilitation comme une forme importante d'intervention et d'envisager comment les interventions agissent isolément ou en combinaison ;

✓ *revitaliser le champ de la recherche en conditions naturelles*, et ainsi de développer des études :

- comportant des nombres de patients suffisant pour aborder les particularités de sous-types de patients ;
- multi-sites prenant en compte des contextes différents d'organisation des soins et l'existence de configurations particulières dans les variations de résultats ;
- pouvant prendre en compte et comparer les interventions qui sont réellement mises en œuvre en pratique et leur effet sur le déroulement du traitement ;
- intégrant la perspective économique.

2. Leurs méthodologies ne sont pas pour autant réductibles à celles portant sur les traitements psycho pharmacologiques. En effet :

✓ alors que dans ceux-ci, le principe actif se situe dans un produit délivré au patient dont la formule est fixée, la psychothérapie implique le patient, le thérapeute et leur interaction dans un principe actif *ajusté* initialement et au cours du déroulement de la thérapie, interaction qui détermine son efficacité ou inefficacité, en relation avec des variables de contexte ;

✓ les psychothérapies sont guidées par des hypothèses sur les causes de dysfonctionnement et les interventions psychologiques susceptibles de les corriger.

De façon générale, les troubles psychiques accessibles à la psychothérapie relèvent, dans la population sélectionnée pour l'étude, d'un enchaînement de facteurs intriqués. Ceux-ci incluent les premières manifestations de souffrance psychique et/ou le handicap initial (Felitti *et al.*, 1998) comme facteurs de vulnérabilité par rapport à l'environnement et à soi (par exemple, en relation à une insécurité de base). Cette vulnérabilité est en elle-même un risque d'aggravation et un facteur de déclenchement de troubles secondaires se manifestant dans les comportements et les fonctions psychiques et relationnelles. Cela a conduit à se pencher sur les microprocessus qui accompagnent le déclenchement d'une crise ou d'une aggravation des symptômes, et réciproquement sur les interventions qui peuvent améliorer une « fonction pivot » (C Barthélémy), les conditions de

contexte (modérateurs) et les conditions individuelles et familiales susceptibles d'intervenir dans un processus de guérison (les médiateurs). Cet ensemble exige une expertise clinique qui implique nécessairement les cliniciens.

Outre les évolutions générales présentées ci-dessus, qui étaient particulièrement attendues non seulement par les cliniciens, mais également par les chercheurs, une évolution majeure des recherches sur les psychothérapies au cours des dernières années a été de quitter la perspective globale des études de résultats en relation à des « marques » (*brand names*) pour s'intéresser de façon précise aux facteurs individuels et généraux de changement (et d'immobilité), à leur construction dans le processus d'une psychothérapie (*médiateurs*) et aux interventions actives dans des situations précises. L'axe s'est ainsi déplacé de « *Est-ce que la psychothérapie marche ?* » à « *Comment cela marche et pourquoi ?* » (NIMH, 2002), « *Quels sont les facteurs qui contribuent à des résultats positifs dans chaque type de thérapie, dans différentes thérapies, et à travers les thérapies* » (Barber, 2007) « avec quels patients, dans quelles conditions ? ».

Ces éléments expliquent l'importance donnée :

✓ à l'expertise clinique initiale (jusqu'à la formulation de cas), concernant notamment le diagnostic psychopathologique (qui va d'emblée rechercher les sous-types et les dysfonctionnements) pour concevoir la stratégie initiale de la thérapie. Cette stratégie et les objectifs qui l'accompagnent prennent également en compte des variables particulières (p.e., sévérité du trouble) et de contexte (isolement social) : les *modérateurs* ;

✓ et aux variables de processus (patient, thérapeute et sa technique et leurs interactions). Elles interviennent initialement sur l'alliance thérapeutique (facteur majeur de résultat) et au cours du déroulement de la thérapie, notamment dans le choix des interventions.

Dans ce contexte très particulier dans le champ médical, l'objectif de la recherche en psychothérapie n'est pas, sauf exception, de tester des thérapies prédéterminées (car il a été démontré qu'elles sont toujours hétérogènes par rapport à leur propre théorie du fait de nombreux emprunts de concepts et de techniques à d'autres approches), mais d'analyser et de comparer les résultats à différentes étapes de psychothérapies réalisées en conditions naturelles. Il devient alors possible :

1. de voir si les évolutions attendues se réalisent, et quels sont les résultats obtenus à partir d'indicateurs variés portant à la fois sur l'état du patient et le déroulement de la psychothérapie et
2. d'interroger précisément les *résultats divergents* pour découvrir quelles sont la ou les variables qui peuvent y être impliquées (Lutz, 2002).

Le principe n'est donc pas seulement de tester dans les études naturalistes des interventions qui ont fonctionné en laboratoire, mais également « d'étudier les pratiques qui obtiennent les meilleurs résultats dans la communauté, en général et avec des types particuliers de patients ou de problèmes » et « d'identifier les compétences techniques utilisées dans la gestion des interventions psychologiques qui se sont révélées efficaces » (APA, 2005). Ces premiers résultats ouvrent à des études contrôlées secondaires sur des aspects et des échantillons très spécifiques déjà isolés (cela a été réalisé en particulier à propos des troubles des conduites chez les enfants et dans le traitement des patients *borderline*).

Dans cette perspective, les protocoles de recherche ont une complémentarité de champ d'application. Ainsi, notamment :

- « **Les études systématiques de cas** sont particulièrement utiles quand elles sont rassemblées sous forme de réseaux de recherche fondées sur les pratiques pour comparer des patients ayant des caractéristiques communes les uns aux autres » ;

- « **Les études de processus-résultats** sont surtout valables pour identifier les mécanismes de changement » ;

- « **Les conceptions expérimentales de cas isolés** sont particulièrement utiles pour établir des relations causales dans le contexte d'un individu » ;

- « **Les essais cliniques randomisés** et leurs équivalents logiques (recherche d'efficacité potentielle) sont l'étalon or de référence pour tirer des inférences causales sur les effets des interventions » (APA 2005).

Les recherches qu'il est prévu de développer à partir de ce réseau appartiennent aux deux premières catégories : études processus-résultats à partir d'études systématiques de cas rassemblées. L'infrastructure mise en place facilitera le développement ultérieur des autres catégories d'études.

3. Méthode

3.1. Modalités organisationnelles

Cette perspective de recherche suppose une *organisation* particulière, impliquant nécessairement les cliniciens et les chercheurs dans des activités communes et complémentaires (Pachankis et Goldfried, 2007 ; Garland *et al.*, 2006, Lampropoulos *et al.*, 2002).

La réponse organisationnelle actuellement donnée à cet enjeu est la constitution de réseaux de recherches fondées sur les pratiques. Ils se définissent de la façon suivante :

- Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est « un groupe de cliniciens praticiens qui coopèrent pour collecter des données et conduire une variété de recherches » (Zarin, 1995). [réseau des psychiatres de l'Am. Psych. Ass].

- Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est « tout simplement un réseau de cliniciens qui collaborent pour conduire une recherche qui les informera à propos de leur pratique quotidienne » (Audin *et al.*, 2001) [réseau UK psychothérapies].

- « Un réseau de recherches fondées sur les pratiques est défini comme un groupe de cliniciens, de pratiques, ou d'institutions qui consacrent une part essentielle de leur temps au soin du patient et affiliés les uns avec les autres de façon à travailler des questions liées à la pratique dans la communauté. Les réseaux sont habituellement des collaborations formelles entre des praticiens installés dans la communauté et des institutions académiques » (Kutner *et al.*, 2005) [réseau soins palliatifs en référence à des réseaux de généralistes et pédiatres].

Il existe actuellement plusieurs réseaux en psychiatrie et en psychologie centrés sur les recherches en psychothérapie.

L'expérience la plus ancienne dans ce domaine semble être celle du *Pennsylvania Practice Research Network*, initié par TD Borkovec (2001) et poursuivi notamment par L Castonguay. Ce réseau s'est donné pour objectif la *création de programmes qui maximisent à la fois la validité interne par leur choix de méthodologies scientifiques rigoureuses et la validité externe en conduisant la recherche en psychothérapie dans les configurations actuelles où elle est appliquée*. Cet objectif s'est inscrit dans la perspective du NIMH de se centrer davantage sur la recherche dans le monde réel de la clinique. En quelques années, ce réseau a été à l'initiative de nombreuses recherches, la dernière portant sur les réponses thérapeutiques qui peuvent être apportées à la recrudescence de troubles mentaux sévères (dépression, anxiété, TCA, auto-mutilation, etc.) chez les étudiants.

Parmi les autres initiatives, on peut citer :

✓ celle du *Northern Practice Research Network* (SPR-N PRN) (UK) dont les objectifs généraux sont de standardiser le recueil de données *en routine* à travers tous les sites participant et d'utiliser la base de données résultante pour comparer et différencier les pratiques dans leur contexte, le profil des cas

et la pratique standard. La première initiative a été la sélection d'instruments d'évaluation et la définition des différentes méthodologies d'évaluation et de leur articulation (Audin *et al.* 2001, Barkham *et al.* 2003) ;

✓ celle de Garland *et al.* (2006) d'étude observationnelle de psychothérapie pour des enfants âgés de 4 à 13 ans, présentant des problèmes de troubles des conduites dans 6 centres de soins publics à San Diego (CA, USA).

✓ la création, sous l'égide de l'APA (*American Psychological Association*), d'un journal en ligne *PCSP* pour aborder les questions méthodologiques des études pragmatiques de cas¹ et réunir les publications qui les concernent.

3.2. Etudes intensives de cas

3.2.1. Principe

En fonction des thématiques d'intérêt des différentes équipes participant au réseau, ces études porteront sur des hypothèses générales et spécifiques (concernant notamment les médiateurs et les modérateurs).

Le protocole peut être adapté aux populations et aux différentes approches concernées, tout en conservant le même format général, comme le montre le schéma ci-dessous construit à partir d'une étude portant sur les psychothérapies des troubles des conduites en soins communautaires (Garland *et al.* 2006) et qui peut tout à fait être appliqué aux psychothérapies de patients complexes en psychothérapie individuelle (cf. étude pilote réalisée Thurin *et al.* 2006).

L'abord observationnel contribue à répondre aux questions actuelles de la recherche sur les psychothérapies, à savoir comment et pourquoi les résultats sont obtenus.

- Comment ? c'est à dire, à partir de quelles configurations et ingrédients tel effet est-il obtenu à telle étape de la psychothérapie ?

- Pourquoi ? quelle dysfonction particulière a-t-elle été aménagée ou réduite (par exemple, insécurité de base bloquant les processus de pensée) ou quel gain particulier obtenu (insight,

image de soi, sécurité intérieure, ...) apportant une meilleure fonctionnalité dans des registres essentiels (relations interpersonnelles, ajustement au stress, etc.) qui permettent à la personne de se réintégrer dans un monde satisfaisant pour elle et son environnement.

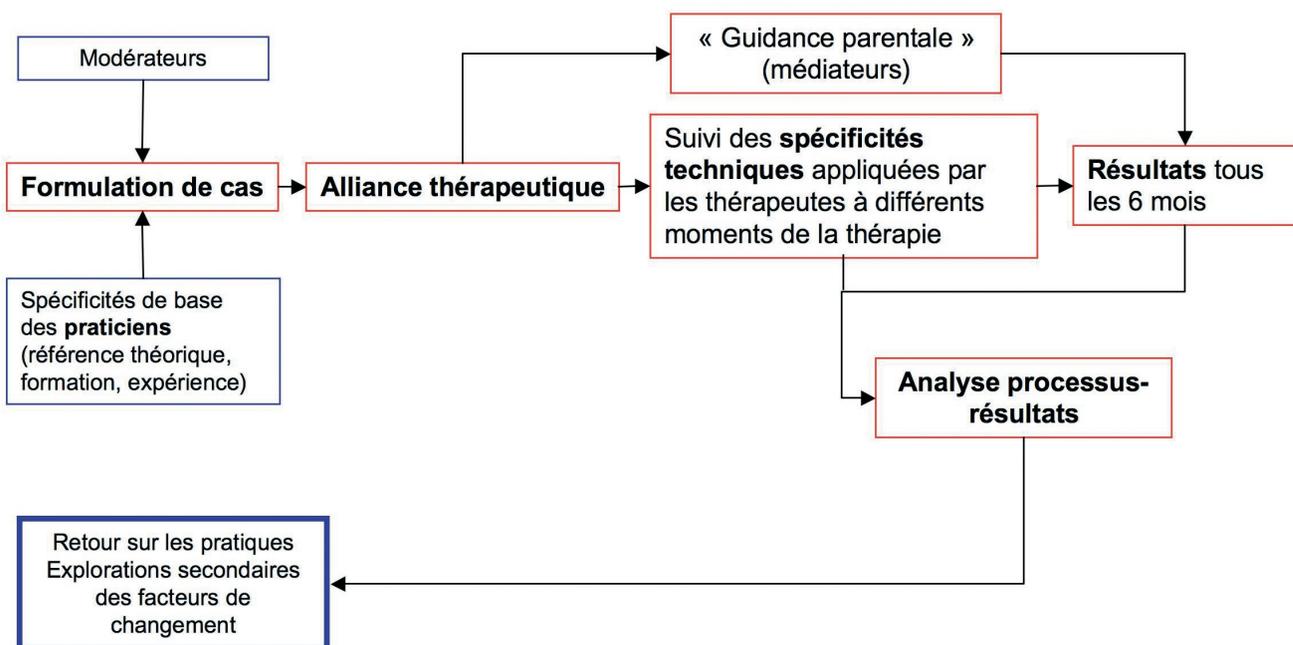
- Cette approche évaluative appréhende le processus psychothérapique comme une série d'événements qui produisent des changements en chaîne, modifiant progressivement les niveaux de fonctionnement de la personne qui, en eux-mêmes, deviennent des médiateurs des progrès obtenus.

Ces événements peuvent concerner l'entourage. De nombreux travaux ont étudié, par exemple, le rôle favorable que pouvait avoir la prise en charge de la famille dans le traitement du trouble des conduites chez l'enfant (sous la forme de guidance parentale) pour améliorer des conduites « éducatives » qui avaient un impact très négatif sur l'enfant et ses comportements. Cette intervention a ainsi permis de transformer un « cercle » vicieux » en « cercle vertueux », alors qu'une intervention uniquement centrée sur l'enfant n'aurait eu qu'un effet réduit.

Cette perspective prend donc pleinement en compte l'effet réciproque que peut avoir la souffrance du patient ou de son entourage et vise des interactions positives à ce niveau, comme c'est déjà le cas dans le cadre de la psychothérapie, désigné sous le concept d'alliance thérapeutique.

L'évaluation post thérapie est essentielle car, non seulement il est possible que dans certains cas les résultats puissent se réduire après la terminaison de la psychothérapie, mais il est également démontré qu'ils peuvent se renforcer. Par ailleurs, la prise en compte de cette période est généralement utile pour intégrer l'utilisation et le coût des services de soin utilisés, dans le cadre d'une étude coût-efficacité.

- Le processus de la psychothérapie est étudié à des temps réguliers qui dépendent à la fois de ce que l'on sait des « moments clés » (notamment, le démarrage), du type d'évolution et de la durée prévisibles de la psychothérapie (Louranceau *et al.*, 2007). Les principales étapes ont été décrites par Howard *et al.* (1996) et ont été démontrées par de nombreux travaux. Les activités, ingrédients, interactions



Un exemple d'application de la méthodologie des études intensives de cas : l'étude de Garland *et al.*, portant sur les psychothérapies des troubles des conduites en soins communautaires.

de la psychothérapie sont évaluées par différents instruments (alliance thérapeutique, PQS, TDOPS) validés et largement utilisés.

- La méthodologie d'études intensives de cas offre une double fonctionnalité :

✓ les cas peuvent être analysés en eux-mêmes (le cas comme son propre témoin) dans une perspective longitudinale, perspective en elle-même déjà intéressante pour le clinicien qui peut suivre les progrès (ou les stagnations) de son patient au niveau de ses symptômes et de ses fonctionnements ;

✓ les cas peuvent être mis en relation avec des cas analogues à partir d'une base de données les réunissant. Le caractère analogue des cas se définit par une addition de traits semblables qui ne concernent pas seulement la symptomatologie, mais le fonctionnement de la personne, le profil d'évolution de ses troubles, etc.

Les écarts de résultats sont analysés en fonction des caractéristiques différentes internes à la psychothérapie, ou de contexte qui ont pu intervenir.

Les différences récurrentes peuvent donner lieu à des études secondaires contrôlées pour confirmer l'implication potentielle d'un modérateur ou d'un médiateur.

3.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les études intensives de cas sont particulièrement adaptées pour l'évaluation de psychothérapies de troubles complexes dont la durée peut être longue.

Les critères d'inclusion dans les études intensives de cas mises en œuvre dans ce réseau correspondent à ce cadre. Pour les adultes, ils seront les suivants : patients en difficulté et demandant une aide psychologique dont le score à l'Échelle Santé Maladie (ESM, Luborsky, 1962) se situe initialement entre 40 et 55² ;

Les critères d'exclusion sont un état ne permettant pas l'établissement d'une relation psychothérapeutique.

3.2.3. Variables recueillies, formulation des cas

Les données recueillies aux différentes étapes de la psychothérapie sont les suivantes :

- Pré-thérapie. Conditions générales et modérateurs.

- Au cours de la thérapie. Le cadre thérapeutique est défini. Des notes extensives ou enregistrements des trois premiers entretiens constituent la base d'une formulation du cas, d'une évaluation du fonctionnement par l'ESM et d'une évaluation de l'alliance thérapeutique par le thérapeute à la fin du troisième entretien (CALPAS, Marmar, C. & Gaston L., 1988).

- Des notes extensives ou enregistrements sont recueillis à des temps intermédiaires définis et suivant la thérapie projetée : Prise en compte de tous les entretiens pour thérapies ultra brèves (accueil thérapeutique), tous les deux mois pour thérapies d'un an maximum, tous les trois mois pour thérapies à long terme. Ces données permettent une évaluation du processus (et notamment des aptitudes fonctionnelles) et de décrire les principales caractéristiques de la psychothérapie (interactions, interventions techniques, etc.), à partir de formulations du processus de changement (PQS (*Psychotherapy Process Q-set*, Jones 2000), TPOCS (*Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy*, McLeod et Weisz, 2005) et d'échelles de fonctionnement et symptômes).

- A la fin de la thérapie : formulation de cas + ESM + (instruments utilisés).

- Au suivi à 1 an : évaluation du fonctionnement général, utilisation des services de santé, évaluation par le patient des effets de sa psychothérapie.

La formulation de cas prend en compte les éléments suivants :

- ✓ symptômes et problèmes ;
- ✓ événements stressants et événements précipitants, contexte ;
- ✓ événements de vie ou stress prédisposant ;
- ✓ relations interpersonnelles, utilisation des capacités, autonomie et conflits ;
- ✓ développement, mécanismes de défense et aptitudes d'ajustement ;
- ✓ analyse fonctionnelle et hypothèses explicatives ;
- ✓ buts du traitement ;
- ✓ stratégies thérapeutiques.

3.2.4. Principes d'analyse

Dans un premier temps, les analyses seront descriptives. Les facteurs de contexte antérieurs à la psychothérapie (modérateurs) ainsi que durant la psychothérapie (événements, aides ou traitements associés) sont systématiquement inventoriés pour examiner leur éventuelle implication dans les résultats (Shadish *et al.* 2002, Leichsenring 2004). La dose de psychothérapie (nombre de séances) n'est pas déterminée, mais examinée comme une covariable. La forme de la courbe de suivi de l'évolution à partir des mesures répétées longitudinalement est également prise en compte dans l'analyse des résultats (trajectoire et discontinuités).

Les mesures répétées de l'alliance, des symptômes et du fonctionnement au cours du traitement permettent d'examiner comment le niveau et la trajectoire de l'alliance sont reliés à la symptomatologie et au fonctionnement. Les caractéristiques distinctives de la psychothérapie sont également prises en compte. Dans un second temps, lorsque les processus et les procédures seront mieux caractérisées, des comparaisons seront effectuées entre : 1/ les types de prise en charge, 2/ les caractéristiques des sujets traités, 3) les conditions de traitement, 4) les configurations majeures (patient, thérapeute, relation, technique), 5) le contexte, et leur relation aux résultats et à certains changements spécifiques (incluant la rechute ou à l'inverse l'interruption de comportements inadaptés). Des études comparatives peuvent être initiées à partir de deux cas analogues suivis par le même praticien et dont les résultats diffèrent (Strupp, 1980) ou à partir d'un cas dont les mesures et leur évolution sont mises en relation avec celles d'un ensemble de cas analogues (Fishman, 2007 ; Laurenceau *et al.*, 2007).

Ce premier niveau d'études comparatives a vocation à être complété par une investigation des mécanismes de changement à partir du test des médiateurs présumés (Kazdin, 1998 ; Fonagy 2006 ; Castonguay et Beutler, 2006).

En pratique, en termes statistiques, ces analyses seront réalisées :

- ✓ à l'aide de méthodes descriptives graphiques habituelles ;
- ✓ à l'aide de méthodes bivariées (corrélations entre scores, comparaisons de groupes de sujets ou de cliniciens) ;
- ✓ à l'aide d'analyses spécifiques pour mesures répétées adaptées au champ de la santé mentale : *growth curve* et *latent growth curve modelling*.

3.2.5. Détail des hypothèses testées

Compte tenu de la spécificité des équipes constituant le réseau et des différents niveaux d'approche qu'elles sont susceptibles d'aborder, les hypothèses suivantes seront testées :

- La psychothérapie a des effets sur les symptômes de surface et sur le fonctionnement dans différents registres (relations interpersonnelles, fonctions instrumentales et cognitives, *insight*, capacité d'adaptation, autonomie, expression et tolérance affective, aptitude au travail).

- Le psychothérapeute n'utilise pas une technique fixe, mais adapte le cadre thérapeutique et ses interventions, en référence à une formulation psychopathologique initiale et renouvelée, aux dysfonctions et aptitudes du patient au cours des différentes étapes de la psychothérapie.

- L'efficacité de l'approche peut être observée à partir d'évaluations répétées au cours de la psychothérapie. Cette efficacité est dépendante de l'alliance thérapeutique précoce, de son maintien au cours du processus, des interventions spécifiques du thérapeute et des facteurs de contexte.

- la modélisation individuelle de la courbe de croissance des résultats de la psychothérapie renseigne sur la variabilité individuelle en relation à des variables d'intérêt (modérateurs et médiateurs) qui peuvent prédire la forme et le niveau de changement.

En fonction des équipes :

- Certains troubles peuvent bénéficier particulièrement de dispositifs psychothérapeutiques modulaires spécifiques (Alzheimer, petite enfance, autisme, ...).

- L'identification des dysfonctionnements caractéristiques d'un patient et du contexte de leur renforcement pathologique ou de leur évolution favorable permet de cibler les interventions et les configurations psychothérapeutiques optimales, d'évaluer leur efficacité et de définir plus précisément leurs spécificités et leurs indications.

- La description des dispositifs de soin en institution, de leurs composants à différents temps du traitement et en relation aux modérateurs, aux médiateurs et au contexte, contribue à l'élaboration de profils de soins efficaces lorsqu'elle est associée à des mesures répétées de résultats.

3.3. Etude épidémiologique

3.3.1. Principe

On ne connaît pas actuellement, en France : 1/ les principes théoriques sous tendant les pratiques psychothérapeutiques, 2/ les modalités pratiques de prise en charge des patients, 3/ les caractéristiques des sujets pris en charge, notamment leurs demandes quant aux objectifs attendus de la psychothérapie.

L'objectif de l'étude épidémiologique sera d'apporter des éléments de réponses à ces questions.

3.3.2. Méthode

Un appel à collaboration sera lancé par la Fédération Française de Psychiatrie dans le but de recruter des psychothérapeutes désireux de participer à l'étude (n=250).

Ces derniers seront stratifiés selon le champ théorique auquel ils se réfèrent au prime abord (par exemple : psychodynamique, comportemental et cognitif, systémique).

Ils devront remplir un questionnaire bref relatif à leurs pratiques, et remplir une fiche patient pour les 10 premiers patients venant consulter.

L'étude sera répliquée dans un second temps, avec l'adjonction d'un questionnaire patient évaluant notamment la satisfaction de ces derniers (les deux temps sont justifiés par la grande appréhension que nombre de psychothérapeutes ont, a priori, vis-à-vis de l'évaluation).

3.3.3. Analyse

Ici aussi, l'analyse sera descriptive dans un premier temps, puis analytique (comparative) dans un second temps.

4. Définition et synergie attendue de l'association des équipes participantes

Les équipes associent : des compétences en épidémiologie et en méthodologie d'évaluation des pratiques, avec des expertises dans des champs cliniques couvrant de nombreux pans de la psychopathologie : démences, autisme, psychopathologie de l'enfant, psychopathologie de l'adulte et intégrant des cadres de pratiques à la fois distincts et complémentaires. Au delà la particularité de chacun de ces champs, il existe des méthodologies communes pouvant répondre à différents objets et niveaux de recherche.

La mise en commun d'un pool de méthodes et d'instruments facilite et dynamise la recherche dans ce champ. Par ailleurs, la réalisation d'une base de données ouvre à des recherches longitudinales allant au delà des cloisonnements habituels liés à l'âge des patients et aux structures de soins utilisées.

Il a également été particulièrement démontré dans le champ des psychothérapies que le fossé entre cliniciens et chercheurs était un obstacle à la diffusion et à l'utilisation des connaissances issues de la recherche et qu'inversement la synergie et l'utilisation de leurs compétences respectives dans des actions de recherches communes était un facteur bénéfique de part et d'autre.

5. Moyens humains et matériels déjà existants et pouvant être dédiés au réseau

Unité 669

L'U669 est une unité INSERM dont la thématique est centrée sur la santé mentale avec une approche de santé publique. Deux axes de recherches sont privilégiés : 1/ les conduites de destruction de soi ou d'autrui, 2/ l'évaluation des pratiques et des prises en charges.

Le présent projet est donc totalement compatible avec les objectifs de l'U669. Cette unité peut en outre garantir que la méthodologie, la gestion, l'analyse et la valorisation par des publications des résultats obéira aux standards de la littérature scientifique internationale.

FFP et ses sociétés.

La FFP a été fondée avec l'Inserm pour développer la recherche dans tous les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale. Elle est impliquée depuis sa création dans les activités d'interface et a organisé de nombreuses journées scientifiques dans ce cadre. Elle regroupe les sociétés savantes de psychiatrie et est en relation avec elles à partir des réunions et actions qu'elle organise, et par l'intermédiaire de son conseil d'administration (constitué de leurs représentants). Le projet de réseau a été largement discuté depuis près d'un an et voté par le CA. On peut compter sur le soutien des associations pour sa promotion.

La FFP a développé, en relation avec l'Inserm et avec le soutien de la DGS le site Internet *Psydoc-France* (<http://www.psydoc-france.fr>) qui jouit d'une forte audience. Elle a la capacité technologique d'organiser des formations en ligne, des forums, un journal d'information, des envois groupés d'e-mails, etc., c'est-à-dire une infrastructure d'une liaison dynamique des actions d'un réseau.

D'autre part, une de ses associations (Ecole de psychosomatique) a développé un site spécifique sur l'évaluation des psychothérapies (<http://www.techniques-psychotherapies.org>) prenant en compte les travaux de l'expertise collective et sa bibliographie. Elle assure une veille scientifique, une large documentation et une formation dans ce domaine.

Enfin, le bulletin *Pour la recherche* rendra compte de façon régulière des travaux du réseau et des informations pourront être également diffusées par les publications de différentes associations.

La FFP est en relation avec les organismes institutionnels (DGS, HAS) et avec les associations de patients et de leurs familles.

Le réseau repose sur une **organisation mixte** : l'unité 669 qui coordonnera le réseau avec B Falissard et JM Thurin et la Fédération française de psychiatrie qui coordonnera avec O Lehembre la liaison avec les sociétés savantes et organisera la communication inter réseau avec JM Thurin et M Thurin.

Le comité scientifique réunira les différentes institutions : Inserm, DGS, HAS, Collège de recherche de la FFP, Académie, Éthique, les associations de patients et de leurs familles et des personnalités de différentes approches. Ce comité scientifique se réunira deux fois par an et dégagera les principales questions.

Le comité de pilotage réunira tous les deux mois les coordonnateurs du réseau, le président de la FFP, les responsables des différents pôles de recherche et les assistants de recherche afin de faire le point sur l'avancée des travaux et discuter des questions soulevées.

La structure des cliniciens en réseau, qui travaillera sur l'évaluation du processus-résultats de cas contrôlés (résultats et mécanismes de changement au cours des psychothérapies complexes) s'organise en quatre pôles : deux pôles adultes, l'un de clinique en cabinet ou CMP, l'autre institutionnel et un pôle enfants/adolescents/périnatalité. Le quatrième pôle sera consacré à la psychogériatrie. Des équipes ressources centrées sur des pathologies spécifiques (autisme, Alzheimer, compléteront cette structure).

Une base de données sera réalisée dans le cadre de ce réseau pour réunir les données et leur analyse issue de la structure des cliniciens en réseau.

La gestion des fonds sera réalisée par l'unité 669, un secrétariat s'occupera de la gestion des réunions, de l'organisation des journées, des frais de transport, ...

Un séminaire du réseau, si possible international, sera organisé une fois par an pour présenter et mettre en relation les expériences dans ce domaine.

La répartition des tâches est résumée dans le schéma ci-dessous.

Méthodes proposées pour l'assurance qualité et la mise en œuvre des essais cliniques

Le recueil de données sera réalisé via un logiciel informatique dédié « on line » (sécurisé). Des masques de saisie permettent au clinicien investigateur d'entrer directement les données.

Un contrôle de consistance est réalisé de façon *ex temporane*.

Un attaché de recherche clinique vérifiera de façon hebdomadaire l'existence d'éventuelles données manquantes.

Enfin, des séances de formation seront réalisées avant le début de l'expérimentation afin de familiariser les investigateurs avec l'interface logicielle.

Rappelons que l'investigateur principal (JM Thurin) a doré et déjà une expérience dans la réalisation d'un tel outil (Thurin *et al.*, 2006).

Les études systématiques de cas feront l'objet d'une demande de consentement du patient. Une présentation écrite de la procédure lui sera remise et présentée. La vulnérabilité des personnes et l'impact de la relation duelle seront pris en compte.

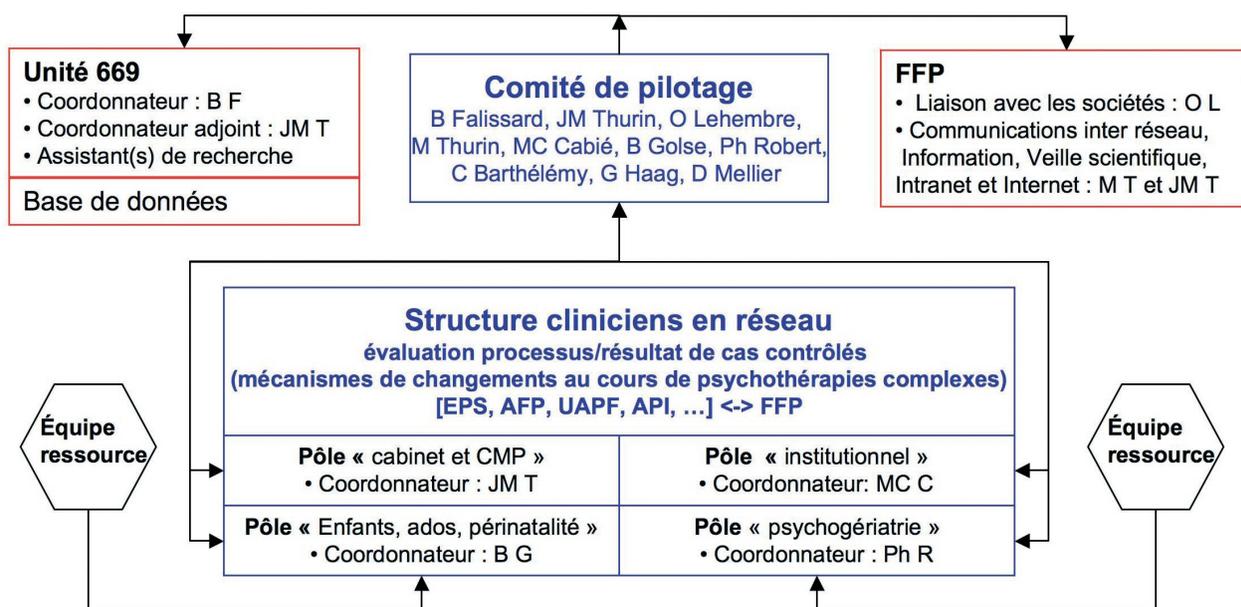
Les informations personnellement sensibles seront protégées contre une révélation non autorisée de personnes identifiables ; le recueil, la conservation et les données recueillies seront utilisés uniquement pour le but à propos duquel le consentement a été donné

De façon plus générale, cette recherche suivra les recommandations de bonne pratique de la Fédération française de psychiatrie, du code de déontologie des psychologues et de la *British Association for Counselling and Psychotherapy* (présentation dans Thurin et Thurin, 2007).

Collaborations

Cette action fait l'objet d'une collaboration avec la HAS et la DGS.

Il existe actuellement des relations établies avec différentes facultés françaises de psychologie impliquées dans l'évaluation des psychothérapies : Rennes (F Sauvagnat et JC Maleval), Dijon (H Benony et K Chahraoui), Lyon (D Mellier), Toulouse (H Chabrol et JL Sudres).



Organigramme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

Au niveau international, différentes collaborations ont été établies ou amorcées, notamment dans le cadre de la traduction d'instruments avec :

- ✓ J Barber (PhD, Université de Pennsylvanie, Ecole de Médecine Philadelphia), président 2007-2008 de la *Society for Psychotherapy Research*
- ✓ JS Ablon (PhD CPS Institute, Dept of Psychiatry, Massachusetts General Hospital)
- ✓ TD Borkovec et L Castonguay (PhD Pennsylvania State University)
- ✓ P Hoglend (Université d'Oslo, Norvège)
- ✓ H Kordy et H Kachele (Université d'Heidelberg, Allemagne)
- ✓ JN Despland et Y De Roten (Institut universitaire de psychothérapie, Lausanne Suisse)

Mode d'utilisation des crédits

Les crédits seront consacrés la première année pour l'essentiel à la structuration du réseau, de la base de données et à la mise en place de l'étude avec formation des collègues.

Au cours de la deuxième année, ils seront consacrés au suivi (recueil des données, leur entrée dans la base, etc.) et à l'analyse des données.

Le budget demandé est réparti selon les postes suivants : 50% pour les vacations, 10% matériel informatique et documentation, 35% pour les déplacements (sites, colloques et journées thématiques), 5% pour l'information et communication inter-réseau. Un budget complémentaire a été sollicité auprès de la DGS.

Calendrier

2008. 1 - Recrutement des cliniciens, mise en place du réseau et initiation des études

- Information générale sur le réseau
- Discussions des questions générales (temps, éthique, intérêt individuel et professionnel, contractualisation)
- Présentation d'un protocole général
- Précision des thèmes
- Adaptation du protocole et des instruments en fonction des études
- Formation intensive des cliniciens aux instruments
- Initiation des études

2 - Mise en place de la base des données issues des études intensives de cas.

2009. Étude épidémiologique descriptive et comparative des pratiques. Suivi des recherches engagées et à la fin de la deuxième année, présentation des premiers résultats (avant analyse approfondie).

2010. Publications et évaluation du réseau.

Notes

1. Les termes études « intensives », « systématiques » ou « pragmatiques » de cas se rapportent à un concept identique.

2. Les patients sont décrits de la façon suivante dans l'ESM : à 50 : 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. Du point de vue nosologique, les patients concernés par ce niveau de cotation sont :

- des névroses sévères comme une obsession-compulsion grave qui peuvent être cotées à 50 ou plus bas, rarement en dessous de 35 ;
- quelques psychoses compensées, beaucoup de troubles du caractère, des dépressions névrotiques ;
- la plupart des états-limites, des troubles de caractère sévères, des dépressions psychotiques peuvent se situer depuis ce niveau jusqu'à 0.

Références bibliographiques

Audin K, Mellor-Clark J, Barkham M, Margison F et al. Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 2001 ; 10(3) : 241-251.

Barber J, Briffault X, Thurin M et Thurin JM. Entretien avec Jacques Barber. *Pour la recherche*, 2005 ; 47(4) : 2-8. <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR47/PLR47.html>

Barber JP. Issues and findings in investigating predictors of psychotherapy outcome :Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 2007 ; 17(2) : 131-136.

Barkham M et Mellor-Clark J. Bridging Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence: Developing a Rigor Rigorous and Relevant Knowledge for the Psychological Therapies. *Clin. Psychol. Psychother.* 2003 ; 10 : 319-327.

Moyens humains	Répartition des tâches
Unité 669	<ul style="list-style-type: none"> - Coordonne - Organise relations internationales et réunions inter-équipes - Organise le traitement statistique des données - Gère les fonds - Met en place la base de données
FFP	<ul style="list-style-type: none"> - Informe sur le réseau (psydoc, PLR, techpsy) - [EPS/techpsy] base documentaires et veille scientifique - Incite les associations et les psychiatres à y participer - Organise les formations avec les sociétés si elle reçoit des fonds
Pôles de recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Élaborent les études en relation avec l'unité (ou les unités) et les réalisent
Sociétés	<ul style="list-style-type: none"> - Informent leurs membres - Peuvent constituer des « relais équipes » si responsable formé méthodologie - Participent à la diffusion des résultats des recherches
Équipes ressources	<ul style="list-style-type: none"> - Apportent leur expertise générale sur domaine particulier - Facilitent l'accès de patients et de leurs familles - Incitent les thérapeutes spécialisés à participer aux activités du réseau

Borkovec TD, Echemendia RJ, Ragusea SA & Ruiz M. The Pennsylvania Practice Research Network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2001 ; 8 : 155-168.

Castonguay LG & Beutler LE. Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology*, 2006 ; 62(6) : 631-638.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998 ; 14(4) : 245-258.

Fishman D B. Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate: Proposal for a New, Electronic « Journal of Pragmatic Case Studies ». *Prevention and Treatment*, 2000 ; 3. <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>

Fishman D. Searching for statistical significance within the case study. 38th International Meeting of SPR, 2007, Madison.

Fonagy P. Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapies in PDM Task Force. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring MD : Alliance of Psychoanalytic Organisations ; 2006.

Foxhall K. Research for the real world. *Monitor on psychology*, 2000 ; 31(7).

Garland AF, Hurlburt MS, Hawley KM. Examining Psychotherapy Processes in a Services Research Context. *Clinical Psychology Science and Practice*, 2006 ; 13(1) : 30-46.

Garland AF, Plemmons D, Koontz L. Research-practice partnership in mental health: lessons from participants. *Adm Policy Ment Health*. 2006 ; 33(5) : 517-28.

Howard KI, Moras K, Brill PB, Martinovich Z, Lutz W. Evaluation of psychotherapy : efficacy, effectiveness, and patient progress. *Am. Psychol.* 1996 ; 51 : 1059-1064.

Insel TR. Beyond efficacy : the STAR D trial. *Am J Psychiatry*, 2006 ; 163(1) : 5-7.

Kazdin AE, Kendall PC. Current Progress and Future Plans for Developing Effective Treatments: Comments and Perspectives. *Journal of Clinical Psychology*, 1998 ; 27(2) : 217-226.

Kutner JS, Main DS, Westfall JM, Pace W. The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities. *Cancer Control*, 2005 ; 12(3) : 186-195.

Lampropoulos GK, Goldfried MR, Castonguay LG, Lambert MJ, Stiles WB, Nestoros JN. What kind of research can we realistically expect from the practitioner ? , *J. Clin. Psychol.* 2002 ; 58 : 1241-1264.

Leichsenring F. Randomized controlled vs. naturalistic studies : A new research agenda. *Bulletin of Menninger Clinic*, 2004 ; 68 : 115- 129.

Levant RF. Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychological Association*, 2005. <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>

Louranceau J-P, Hayes AM, Feldman GC. Some methodological and statistical issues in the study of change processes in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 2007 ; 27 : 682-695.

Lutz W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychotherapy Research*, 2002 ; 12(3) : 251-272.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. <http://www.who.int/whr/2001/fr/>

Pachankis JE, Goldfried MR. On the next generation of process research. *Clinical Psychology Review*, 2007 ; 27 : 760-768.

PCSP. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/>

Psychotherapeutic Interventions: How and Why They Work Séminaire du NIMH, déc 2002. (traduction sur www.techniques-psychotherapeutiques.org)

Rush, AJ. Bridging science and service. The National Advisory Mental Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup report. 1998, National Institute of Mental Health. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/nimhbridge.pdf>

Shadish W, Cook T & Campbell D. *Experimental & Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. 2002, Boston: Houghton Mifflin.

Strupp H.H. Success and failure in time-limited psychotherapy : a systematic comparison of two cases (Comparison I-IV) , *Arch. Gen. Psychiat.* 1980 ; 37 : 595-603, 708-716, 831-841, 947-954.

Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 402-12.

Thurin JM, Thurin M, Briffault X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique*, 2006 ; 82 : 39-47.

Thurin JM. L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? *Des essais cliniques randomisés aux études intensives de cas et réseaux de recherches fondées sur les pratiques*. 2008 (à paraître Masson).

Thurin JM. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles ; une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. *Bulletin de Psychologie*, 2006 ; 59(6) : 575-584.

Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique. *Bulletin de Psychologie*, 2006 ; 59(6) : 591-603.

Thurin JM et Thurin M. Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques. Paris, 2007, Dunod, 298 p.

Zarin DA, Pincus HA, West JC, McIntyre JS. Practice-Based Research in Psychiatry. *Am J Psychiatry*, 1997 ; 154(9) : 1199-1208.

Document 3 – Équipes de recherche ou services participant

● Pôle méthodologie d'évaluation des psychothérapies

Nom du responsable : **Dr Bruno Falissard**

Comité de projet : Dr JM Thurin, Dr Trang Ton, Dr Anne Révah Lévy, Dr Bruno Falissard

Rôle de l'équipe au sein du réseau : mise au point des techniques d'évaluations, mesures et designs expérimentaux. Réaliser les analyses statistiques

Objectifs

- ✓ Construire un design permettant d'observer les pratiques psychothérapeutiques
- ✓ Construire/sélectionner les outils d'évaluation adaptés (mesures subjectives)
- ✓ Sélectionner et mettre en œuvre les méthodes statistiques adaptées aux données récoltées.

Méthode

Recueil de données informatisé (« on line »). Mesures subjectives réalisées par questionnaires et entretiens vidéo. Analyses par méthodes statistiques classiques uni et bivariées, puis modèles structuraux et par *latent growth mixture modelling*.

Cinq publications du responsable de pôle

► **Falissard B, JY Loze, I Gasquet, A Duburc, C de Beaurepaire, F Fagnani, and F Rouillon.** Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006 ; 6 : 33.

► **Kadouri A, Corruble E, Falissard B.** The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*, 2007 ; 7 : 7.

► Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, **Falissard B**. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, 2007 ; 7 : 2.

► **Falissard B**. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Paris : Masson. 3 ed. 2005, 380 p.

► **Falissard B**. Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique. Paris : Masson, 2001, 203 p.

● **Pôle psychothérapies individuelles en ambulatoire (cabinets et centre médico psychologiques)**

Nom du responsable : **Dr Jean-Michel Thurin**

Comité de projet : Dr F Journet, Dr O Lehembre, Mr F Sauvagnat, Mme M Thurin.

Rôle de l'équipe au sein du réseau : évaluation processus-résultats des psychothérapies individuelles de patients borderline adultes, menées en pratique libérale et en centre médico-psychologique.

Hypothèse

L'analyse de la dynamique du fonctionnement d'un patient et du contexte de renforcement de ses troubles ou de leur évolution favorable permet de cibler les interventions et les configurations psychothérapiques optimales, d'évaluer leur efficacité et de définir plus précisément leurs spécificités et leurs indications.

Objectifs

✓ Décrire le déroulement longitudinal de psychothérapies de cas complexes et/ou chroniques *en pratique courante*, les caractéristiques de leur processus à différentes étapes et analyser leurs résultats.

✓ Réunir les cas dans une base de données permettant des regroupements par questions cliniques et des études comparatives.

✓ Définir, dans le cadre de ces suivis, des questions focales prioritaires (telles que passages à l'acte, contextes de rechute et d'impasse) et en analyser les processus et les trajectoires en fonction des interventions psychothérapiques et du contexte du patient.

✓ Évaluer les bénéfices pour le clinicien d'une démarche d'évaluation centrée sur ses cas.

Méthode

Chaque clinicien participant au pôle s'engage à réaliser une évaluation de la psychothérapie de deux de ses patients suivant le protocole établi dans le projet de réseau, (protocole conçu de façon à ne pas perturber l'activité psychothérapique en conditions naturelles et à répondre aux questions cliniques).

Il bénéficiera d'une formation générale, sera associé aux activités de travail collaboratif en groupe de pairs, aux activités de recherche (partage d'expériences, discussions sur les résultats, leur analyse, élaboration de problématiques secondaires, etc.) et de publication.

Cinq publications du responsable de pôle

► Inserm. Psychothérapie : Trois approches évaluées. Expertise Collective (O Canceil, J Cottraux, B Falissard, M Flament, J Miermont, J Swendsen, M Teherani, **JM Thurin**), Paris : INSERM, 2004 (en particulier, rédaction des chapitres 4, 5 et 6).

► **Thurin JM**, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'Encéphale* 2006 ; 32 : 402-12.

► **Thurin JM**, Thurin M, Briffault X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 : 39-47.

► **Thurin JM**. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles ; une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. *Bulletin de Psychologie* 2006 ; 59(6): 575-584.

► **Thurin JM** et Thurin M. *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris, Dunod, 2007.

● **Pôle psychothérapies en institution (secteurs de psychiatrie, cliniques)**

Nom du responsable : **Dr Marie-Christine Cabié**

Comité de projet : Dr B Garnier, Dr B Antoniol, Dr J Ferrandi, Dr M Triantafyllou, Dr E Malapert, Dr I Garcia-Orad.

Rôle de l'équipe au sein du réseau : évaluation processus-résultats des psychothérapies de patients borderline chez l'adulte menées en institution.

Objectifs

✓ Décrire le déroulement longitudinal de psychothérapies de cas complexes et/ou chroniques *en pratique courante*, les caractéristiques de leur processus à différentes étapes et analyser leurs résultats.

✓ Réunir les cas dans une base de données permettant des regroupements par questions cliniques et des études comparatives.

✓ Définir, dans le cadre de ces suivis, des questions focales prioritaires (telles que passages à l'acte, contextes de rechute et d'impasse) et en analyser les processus et les trajectoires en fonction des interventions psychothérapiques et du contexte du patient.

✓ Évaluer les bénéfices pour les équipes d'une démarche d'évaluation centrée sur ses cas.

Méthode

Chaque clinicien participant au pôle s'engage à réaliser avec son équipe une évaluation de la psychothérapie de deux de ses patients suivant le protocole établi dans le projet de réseau, (protocole conçu de façon à ne pas perturber l'activité psychothérapique en conditions naturelles et à répondre aux questions cliniques).

Il bénéficiera d'une formation générale, sera associé aux activités de travail collaboratif en groupe de pairs, aux activités de recherche (partage d'expériences, discussions sur les résultats, leur analyse, élaboration de problématiques secondaires, etc.) et de publication.

Cinq publications du responsable de pôle

► **Cabié MC**. L'évaluation sur le terrain. *SPEP Info*, Mars 1997.

► **Cabié MC**. Pour une thérapie Brève : Le libre choix du patient comme éthique en psychothérapie (en collaboration avec le Dr Luc Isebaert). Ramonville Saint-Agne, Erès, 2006, (1ère ed. 1997).

► **Cabié MC**. De l'Éthique à la pratique In *Éthique*, CREA, 1999 (11), n° spécial.

► **Cabié MC**. L'entretien infirmier en santé mentale : l'apport systémique dans une profession en mutation (en collaboration avec Nathalie Beauzée, Christian Rybak et Annie Vasseur). Ramonville Saint-Agne, Erès, 2003.

► **Cabié MC**. Schizophrénie et approche systémique. *Santé mentale*, 2007 ; 114 : 2-84.

● Pôle enfants, adolescents et périnatalité

Nom du responsable : **Pr Bernard Golse**

⇒ **Équipe 1** (Golse *et al.*) : le service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades qui est un service de pédopsychiatrie générale recevant des bébés, des enfants et des adolescents, et ayant un investissement particulier dans le champ de la Psychiatrie dite Périnatale.

L'approche générale du service est une approche psychanalytique, extrêmement ouverte sur les neurosciences compte tenu du plateau technique particulier et exceptionnel de ce site hospitalo-universitaire.

Ce service est partie constituante de la Fédération de Psychiatrie Infanto-Juvenile du GHU Ouest de l'AP-HP, en association avec le service de Psychiatrie de l'adolescent de l'IMM (Pr M Corcos) et avec la Maison des Adolescents de Cochin (Pr M Rufo, jusqu'il y a peu).

Ce service est également rattaché à l'unité INSERM 669 du Pr B. Falissard, via l'activité du groupe du Pr L. Vainre-Douret qui travaille avec nous, à Necker, sur les aspects neuro-psychomoteurs du développement.

Les axes principaux de notre réflexion en matière de psychothérapies susceptibles d'être concernés par ce réseau, sont les suivants :

✓ Les thérapies conjointes parents-bébés (dans le champ de la psychiatrie périnatale)

✓ La prise en charge psychothérapique des enfants autistes (TED) en lien avec

✓ L'évaluation des psychothérapies analytiques des enfants via la narrativité (groupe de recherche dirigé par le Dr F Zigante), et ceci de manière multicentrique avec l'équipe du Pr F Ansermet et du Dr B Pierrehumbert (Lausanne et Genève) et l'équipe du Dr D Charlier (Bruxelles) au sein de l'AEPEA (Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent)

✓ L'étude du processus psychothérapique chez les patients cérébro-lésés (Dr L Ouss) dans le cadre de la Société Internationale de Neuro-Psychanalyse (Pr D Widlocher et Dr A Braconnier).

⇒ **Équipe 2** : Dr Vincent Garcin - EPSM Lille-Armentières

⇒ **Équipe 3** : Pr Jean-Marc Baleyte - CHU Caen

⇒ **Équipe 4** : Pr David Cohen - CHU Pitié-Salpêtrière Paris

Cinq publications du responsable de pôle :

► **Golse B.** What future, what training ? (Thoughts on the training of psychotherapists) In *Psychoanalysis and Psychotherapy – the controversies and the future* (S. Frisch, RD. Hinshelwood & J-M. Gauthier, Eds) Karnac Books, Clinical Monograph Series (EFPP), London, 2001, pp 79-89.

► **Golse B.** Quel avenir, quelle formation ? (Libres propos sur la formation des psychothérapeutes), In *Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent* (sous la direction de Cl. Geissmann et D. Houzel). Paris, Bayard Compact, 2003, pp 1139-1147.

► **Golse B.** La pédopsychiatrie en 2004 (Clinique de l'instant, clinique de l'histoire - Néoconstructivisme, néostructuralisme et phénoménologie), In *Les nouvelles thérapies* (sous la direction d'Y. Michaud), Paris, Editions Odile Jacob, Coll. « Université de tous les savoirs », 2004, pp 49-74.

► **Golse B.** Avant-propos, In *Récit, attachement et psychanalyse – Pour une clinique de la narrativité* (sous la direction de B. Golse et S. Missonnier). Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. « La vie de l'enfant », 2005, pp 7-18.

► **Golse B.** L'Être-bébé (les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie). Paris, P.U.F., Coll. « Le fil rouge », 2006.

● Pôle de psychiatrie du sujet âgé

Nom du responsable : **Pr Philippe Robert, Dr Michel Benoit** CM2R – CHU de Nice

Rôle de l'équipe au sein du réseau :

Dans le cadre de ce réseau, l'objectif principal du pôle de psychiatrie du sujet âgé sera de faciliter la coordination et la réalisation d'études destinées à valider les prises en charge non pharmacologiques chez le sujet âgé. Le terme de prise en charge non pharmacologique est compris ici dans un sens large, c'est-à-dire qu'il inclut bien sûr les aspects psychothérapiques, mais aussi toutes les autres techniques pouvant contribuer à une meilleure prise en charge des sujets âgés présentant ou non une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée.

Afin d'avoir une représentation des réalisations potentielles de ce pôle, il est possible de citer 2 études :

✓ Essai clinique prospectif comparatif, multicentrique, randomisé, sans insu évaluant 3 thérapies non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer. Ce protocole, financé par la DGS et dont le promoteur est le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux (investigateur coordonnateur Pr JF Dartigues, INSERM U593) a pour objectif d'évaluer l'efficacité à long terme de 3 stratégies non médicamenteuses dont la thérapie par reminiscence collective.

✓ Traitement non pharmacologique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées : application aux troubles du comportement en EHPAD. Ce protocole, financé par la fondation MEDERIC et la DGS dont le promoteur est le CHU de Nice (coordonnateur Pr Ph Robert), a pour objectif d'évaluer l'efficacité à court et moyen terme sur les troubles du comportement des stratégies de formation plan d'action comparative à un groupe de référence chez des patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée et vivant en EHPAD.

Dans ces 2 études, il y a intervention d'équipes d'origines différentes (psychiatres, neurologues, gériatres, épidémiologistes).

Le pôle de psychogériatrie doit faciliter le développement de telles recherches. Un projet qui doit rapidement être mis en place concerne l'utilisation et la validation des thérapies cognitivo-comportementales chez le sujet âgé pour le traitement de la dépression, de l'anxiété ou de l'insomnie. Ce projet, en cours d'élaboration, répond au travail effectué en 2006-2007 par la HAS dans le cadre du programme « Psychotropes et personnes âgées ».

Liste des équipes participantes

Au 10 septembre 2007, les équipes ayant accepté de participer à ce pôle de psychiatrie du sujet âgé sont celle du Centre Mémoire de Ressources et de Recherche du CHU de Nice et celle du Dr Gallarda (SHU Sainte-Anne, Paris).

D'autres équipes sont potentiellement intéressées (et se sont manifestées depuis) :

✓ Dans le domaine de l'épidémiologique, l'équipe du Pr JF Dartigues (Bordeaux) est aussi un partenaire potentiel.

Cinq publications du responsable de pôle :

► **Robert PH, Verhey FR, Byrne EJ, Hurt C, De Deyn PP, Nobili F, Riello R, Rodriguez G, Frisoni GB, Tsolaki M, Kyriazopoulou N, Bullock R, Burns A, Vellas B.** Grouping for behavioral and

psychological symptoms in dementia: clinical and biological aspects. Consensus paper of the European Alzheimer disease consortium. *Eur Psychiatry*, 2005 ; 20(7) : 490-6.

► Benoit M, Robert PH, Staccini P, Brocker P, Guérin O, Lechowski L, Vellas B and the REAL.FR group (France). One-year longitudinal evaluation of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. The REAL.FR study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2005 ; 9(2) : 95-99,

► Robert PH, Berr C, Volteau M, Bertogliati C, Benoit M, Sarazin M, Legrain S, Dubois B; the PréAL study. Apathy in patients with mild cognitive impairment and the risk of developing dementia of Alzheimer's disease: a one-year follow-up study. *Clin Neurol Neurosurg*, 2006 ; 108(8) : 733-6.

► Robert PH, Berr C, Volteau M, Bertogliati M, Benoit M, Sarrazin M, Legrain S, Dubois B. Apathy in patients with mild cognitive impairment and the risk of developing dementia of Alzheimer's disease: a one year follow up study. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 2006 ; 108 : 733-736.

► Dubois B, Feldman HH, Jacova C, Dekosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J, Delacourte A, Galasko D, Gauthier S, Jicha G, Meguro K, O'Brien J, Pasquier F, Robert P, Rossor M, Salloway S, Stern Y, Visser PJ, Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*. 2007 ; 6(8) : 734-46.

● Pôle ressource : autisme

Nom des responsables : Pr Catherine Barthelemy¹, Dr Geneviève Haag²

Comité de projet : MD Amy², M Batty¹, R Blanc¹, F Bonnet-Brihault¹, P Dansart¹.

1. INSERM, U619, 37000 TOURS, France. CHRU TOURS, Hôpital Bretonneau, Service d'Explorations Fonctionnelles et Neurophysiologie en Pédiopsychiatrie, 2, bd Tonnellé – 37044 TOURS – France

2. CIPPA, Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme, 18, rue Emile Duclaux. 75015 Paris

Rôle de l'équipe au sein du groupe : Etude de la dynamisation fonctionnelle, évaluation des émergences au cours des thérapies neurofonctionnelles de la communication et des thérapies psychodynamiques dans l'autisme.

Hypothèse

L'identification des dysfonctions cognitivo-émotionnelles pivots et des particularités psychiques dans l'autisme permet de cibler les interventions psychothérapeutiques, d'évaluer leur efficacité et de définir plus précisément leurs spécificités et leurs indications.

Objectifs

Il s'agit ici d'évaluer les effets d'une part, des thérapies de la communication et, d'autre part, des psychothérapies psychodynamiques sur les trajectoires développementales de jeunes enfants atteints d'autisme en combinant des techniques d'évaluation clinique (comportementale, développementale, psychophysiologique et de personnalité). D'un côté, les thérapies précoces de la communication comme la thérapie d'échange et de développement (TED) (Barthélémy *et al.*, 1995) s'appuient sur une conception neurodéveloppementale de l'autisme. Elles sont appliquées chez de très jeunes enfants afin d'intervenir au moment où la plasticité cérébrale est la plus importante et visent la rééducation des fonctions nécessaires à la communication. Plusieurs études longitudinales coordonnées par l'équipe de Tours ont déjà montré l'efficacité de ces approches pour les personnes autistes (Barthélémy *et al.*, 1988 ; Adrien *et al.*, 2002 ; Blanc *et al.*, 2003 ; Blanc *et al.*, 2005 ; Coadalen

et al. 2007). De l'autre côté, les psychothérapies psychodynamiques et plus particulièrement les psychothérapies psychanalytiques pour lesquelles des études cliniques fouillées de processus développementaux et thérapeutiques autour de l'autisme sont menées (Groupe d'Etudes et de Recherche Pour le Développement de l'Enfant et du nourrisson (GERPEN)).

Nous pourrions ainsi repérer chez ces enfants au cours de leur thérapie, les fonctionnements cognitifs, socio-émotionnels et psychiques mobilisés.

Méthode

Les participants de ce groupe ont développé un savoir-faire particulier dans le domaine de l'évaluation des thérapies (Barthélémy *et al.* 1997, Adrien *et al.*, 2005, Haag *et al.*, 2005). Les évaluations des TED se feront à l'aide d'outils validés ou en cours de validation tels que l'ECA-R, la BECS, la GRAM, l'EFC, et la « DECO-TED ». Le suivi des enfants bénéficiant d'une psychothérapie analytique sera réalisé à l'aide d'une évaluation de leurs compétences et de leur sociabilité, des tests de personnalité et, pour les plus gravement atteints, d'un outil centré sur les troubles de l'image du corps.

Cinq publications des responsables du Groupe :

► Amy MD. *Comment aider l'enfant autiste ?*. Paris, Dunod, 2004.

► Barthélémy C, Hameury L, Lelord G. *La Thérapie d'Echange et de Développement dans l'autisme de l'enfant*. Paris, Expansion Scientifique Française, 1995.

► Barthélémy C, Roux S, Adrien JL, Hameury L, Guérin P, Garreau B, Fermanian J, Lelord G. Validation of the Revised Behavior Summarized Evaluation Scale. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1997 ; 27 (2) : 139-153.

► Blanc R, Adrien JL, Roux S, Barthélémy C. Dysregulation of pretend play and symbolic communication development in children with autism. *Autism*, 2005 ; 9(3) : 229-245.

► Haag G, Tordjman S, Duprat A, Cukierman A, Druon C, Jardin F, Maufras du Chatellier A, Tricaud J, Urwand S. Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 2005 ; 86 : 335-52.

● Pôle ressource : efficacité des dispositifs et configurations psychothérapeutiques.

Pôle de recherche : CRPPC

Nom du responsable : Denis Mellier, MCF HDR

Comité de projet : Brun A, Pr Chouvier B, Grange E, Dumet N, Joubert C, Rochette J, Pr Roman P, Talpin JM.

Rôle de l'équipe au sein du réseau : évaluation de l'efficacité des dispositifs thérapeutiques au sein de leur environnement soignant, pertinence des indications et repérage après-coup des processus et configurations thérapeutiques.

Objectifs

✓ Évaluer l'efficacité d'un dispositif de prise en charge psychothérapeutique en pratique courante dans une institution soignante.

✓ Repérer les configurations psychopathologiques et les processus d'élaboration propre à chaque « profil de soin ». Comparaison et mise en confrontation avec les études de cas.

✓ Réunir les cas dans une base de données permettant des regroupements par questions cliniques et des études comparatives.

Méthodes

Évaluation des souffrances et pathologies accueillies par une équipe soignante. Mise en place avec l'équipe d'un protocole d'évaluation des dispositifs thérapeutiques qu'elle utilise. L'évaluation se fait sur toute la cohorte des personnes accueillies par le service.

Elle s'étale sur une durée compatible avec la durée de la recherche, avec un temps identique d'évaluation initiale et terminale, et un temps intermédiaire. Les techniques de repérage (tests d'évaluation) de la souffrance sont doublées d'observations cliniques et sont cliniquement adaptées à la population accueillie. L'analyse quantitative des résultats se double d'un repérage qualitatif des situations. Introduction de « profil de soin » décrivant la congruence entre enjeux psychopathologiques, indications et types de dispositif psychothérapique.

Lieux

✓ réseau périnatalité et pédopsychiatrie (Rochette J et Mellier D), étude déjà réalisée sur l'efficacité « d'un dispositif de traitement de la souffrance précoce dans le post-partum immédiat » avec la PMI, service de pédopsychiatrie du Dr Coulet / Dr Villand, Conseil scientifique de l'Hôpital du Vinatier.

✓ hôpital de jour (Pr Roman P), étude déjà réalisée sur « l'évaluation des troubles de la relation précoce et de leur évolution », Dr Peuch-Lestrade J, intersecteur Dr Moussu E, Conseil scientifique du Centre Spécialisé Saint Jean de Dieu, Lyon.

✓ CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), (Grange E.), intersecteur de pédopsychiatrie, Dr Boudart Y, Hôpital du Vinatier (accord de principe)

✓ psychothérapie d'enfants (Pr Chouvier B.), ITTAC, pôle de pédopsychiatrie, Pr Georgieff N, CHU, Hôpital du Vinatier.

✓ prise en charge d'enfants autistes (Brun A.), groupe thérapeutique à médiation, intersecteur Dr Villand, l'Hôpital du Vinatier

✓ service de médecine interne, (Dumet N.) les consultations conjointes somaticien/psychologue, les suivis psychologiques et la relaxation, Centre Hospitalier Lyon Sud.

✓ service de long séjour, gériatrie (Joubert C.), les dispositifs des entretiens familiaux, Le Perron, Maison de soin et de séjour, Saint Marcellin 38 (accord de principe)

✓ service de gériatrie (Talpin J-M.), les groupes thérapeutiques à médiation, Centre Spécialisé Saint Jean de Dieu, Lyon)

Cinq publications de l'équipe du pôle

► Chouvier B. ed. *Les processus psychiques de la médiation. Créativité, champ thérapeutique et psychanalyse*. Paris, Dunod, 2002.

► Dumet N. ed. *Quinze cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*, Paris, Dunod, 2005.

► Mellier D. (2005), La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 2005 ; 48 (2), 425-499.

► Rochette J, Mellier D. Transformation des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année post-partum : stratégies préventives pour un travail en réseau, *Devenir*, 2007 ; 19 (2) : 81-108.

► Roman P. «Les épreuves projectives en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent», in Roussillon R. ed., *Manuel de Psychologie et de Psychopathologie Clinique*. Paris, Masson, 2007 ; pp 605-650.

Réseaux du CRPPC

Réseaux universitaires propres au CRPPC (Petite enfance, Groupe, Méthodes Projectives) et associés : *World Association Infant Mental Health* (WAIMH), Fédération Européenne de

Psychothérapie Psychanalytique dans le secteur public (EFPP), Fédération Européenne de Psychothérapie Analytique de groupe (FAPAG), Association Internationale de Psychothérapie Psychanalytique de Couple et de Famille.

Réseau plus spécialisé lié à la participation au 7e projet de la Communauté Européenne (FP7-Health-2007-B), Implementation and Legislation of Disease management of Mental Disorders in European Countries (ILDiMa), sous la direction de Pr Krause R (Université de Saarbrücken, Allemagne), avec Pr Fonagy P (London), Pr Margraf (Basel, Suisse), Pr Sandell R (Stockholm, Suède), etc. ●

Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques

Journée d'information et d'échanges avec le groupe de pilotage du réseau

25 Avril 2008
9h30 - 17h30

Amphithéâtre Deniker - Hôpital Ste Anne
7, rue Cabanis - 75014 Paris

Pré programme

9h30 - Allocutions d'ouverture.

10h00 - présentation du réseau et de son organisation
10h20 - discussion

11h00 - questions réglementaires et éthiques
11h20 - discussion

12h00 - 14h00 - repas libre

14h00 - méthodologie générale
14h20 - discussion

15h00 - organisation des pôles et de la communication intra-réseau
15h40 - discussion

16h40 - Synthèse des travaux, présentation de l'agenda à venir et conclusion

17h30 - fin de la journée.

Nous nous excusons de la parution tardive de ce numéro, due à l'attente plus longue que prévue de l'officialisation des résultats de l'appel d'offres « Réseaux »

● Réseaux de recherches fondées sur les pratiques (*Practice Research Networks*)

Les réseaux de recherches fondées sur les pratiques (RRFP) sont une réponse au décalage qui peut exister entre l'abord des problèmes qui se posent en pratique et les réponses apportées par la recherche en laboratoire. Alors que cette recherche porte sur des objets très focalisés, de multiples facteurs sont impliqués dans la pratique qui ne peuvent être négligés ou dissociés du problème principal du patient. Ils incluent le caractère imbriqué de leurs pathologies, les particularités de leur histoire, de leurs vulnérabilités et de leur contexte de vie, l'hétérogénéité des cliniciens en terme de compétence et d'expérience des différents traitements. Tous ces aspects engendrent des questions cliniques qui se situent au-delà du champ des généralisations qu'il est légitime de faire à partir des essais cliniques. Cette situation est particulièrement cruciale dans le domaine des psychothérapies où la dimension interpersonnelle et la variabilité individuelle constituent un aspect essentiel de la conduite et de l'efficacité de la psychothérapie.

Ces réseaux ont commencé à exister dans les années 60 en Océanie et en Europe et ont pris de l'extension, notamment aux EU, dans les années 90. Ils se sont développés dans des disciplines cliniques : médecine générale, pédiatrie, psychiatrie, psychologie.

Des RRFP ont ainsi été institués en médecine générale, sous l'impulsion de l'*American Academy of Family Physicians*, qui a constitué en 1997 la *Federation of Practice Based Research Networks*. Ils se sont développés en pédiatrie, dans les hôpitaux ruraux, en soins de fin de vie et palliatifs (regroupant 205 hospices et centres de soins, dont 145 ont collecté des données et participé à 16 études en réseau), en psychiatrie, pour les pratiques psychothérapiques et communautaires.

La possibilité de travailler et de partager de l'information avec des personnes qui sont dans des lieux très différents est une partie inhérente du travail des RRFP. Idéalement, l'infrastructure doit inclure un système électronique de données et être capable non seulement de collecter, de transférer et de réunir des données de recherche primaire, mais également de communiquer rapidement une nouvelle recherche et de mesurer les changements consécutifs dans la clinique.

Une autre idée force est d'établir un pont entre cliniciens et chercheurs. « Un des prolongements les plus passionnants de notre travail est notre collaboration entre les chercheurs et notre réseau étendu de cliniciens. Travaillant avec les principaux universitaires dans le domaine, nous facilitons la recherche académique dans le monde réel. Comme cliniciens, nous

avons longtemps exprimé des inquiétudes sur le fait que les études académiques avaient peu de pertinence avec le travail clinique que nous menons. Le PRN bénéficiera aux décideurs politiques, aux administrateurs, aux cliniciens et aux patients en fournissant des solutions cliniques fondées sur la recherche à propos des problèmes cliniques réels » (Borkovec *et al.*, *Pennsylvania Practice Research Network*, 2001).

Quelques réseaux existant

Plusieurs réseaux sont déjà présentés dans le projet (voir pages 5 et 6).

Parmi les autres initiatives citons :

● *Le réseau de l'Association Américaine de Psychiatrie*

Créé en 1993 par Zarin, Pincus *et al.*, il est devenu l'*American Psychiatric Institute for Research and Education's (APIRE) Practice Research Network (PRN)*. Il est décrit en détail à l'adresse suivante : <http://www.psych.org/research/APIRE/pracresnet/index.cfm>

Ce réseau s'est mis en place à partir de la prise de conscience qu'il existait un besoin de recherches fondées sur la pratique dans le champ de la psychiatrie. Il est conçu pour compléter les méthodes traditionnelles de recherche en produisant de l'information à partir d'un large éventail des patients, de traitements, et de configurations de traitement. En conséquence, les résultats des recherches du réseau sont appropriés et généralisables à la prise de décision clinique au jour le jour.

● *L'International Project on the Effectiveness of Psychotherapy and Psychotherapy Training (IPEPPT)*

Ce réseau est centré sur deux objectifs : la recherche fondée sur la pratique dans les sites de formation et l'évaluation de l'efficacité de la formation.

<http://www.experiential-researchers.org/ipeppt.html>

● *Le Washington DC Area Psychotherapy Practice Research Network (DC-PRN)*

Le but de ce réseau de psychothérapeutes expérimentés de la région de Washington DC est de réunir la pratique et la recherche dans une recherche portant sur les résultats (efficacité potentielle et efficacité réelle) et sur les processus.

<http://psychology.cua.edu/DCPRN.cfm>

Des informations complémentaires, la bibliographie et des liens directs vers les sites des différents réseaux, sont en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.techniques-psychotherapies.org/reseau/PRN.html>

FFP

FEDERATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

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

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

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP, de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2008)
à

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

Secrétaire de rédaction et maquette : *Monique Thurin*

Impression : ARTHEO