

INSERM RESEAU n° xxxxxxxx

Coordonnateurs : Bruno FALISSARD et Jean-Michel THURIN

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES  
SUR LES PRATIQUES  
PSYCHOTHÉRAPIQUES

RAPPORT INTERMÉDIAIRE

## TABLE DES MATIÈRES

RAPPEL DES OBJECTIFS DU RÉSEAU .....	4
ORGANISATION DU RÉSEAU.....	4
Description générale.....	4
Description des travaux par tâches.....	6
Tâches de l'U669 .....	6
Tâches de la FFP et de ses sociétés.....	6
Tâches des pôles de recherche .....	7
Tâches des cliniciens.....	7
Tâches des équipes ressources .....	9
DÉROULEMENT DE L'ACTION .....	9
Année 2008.....	9
Mise en place du réseau.....	9
Information .....	9
Comités de pilotage .....	9
Formation .....	9
Développement d'un site dédié et mises en ligne .....	9
Protection et stockage des données .....	10
Inclusions.....	10
Procédure d'analyse des données .....	10
Réunion d'étape.....	10
Année 2009.....	10
Recrutement des cliniciens, inclusion des patients et constitution de groupes de pairs.....	10
Ajustement de la méthodologie à des situations spécifiques.....	11
Construction du plan d'analyse statistique .....	11
Pour chaque cas isolé.....	12
Pour les cas agrégés,.....	13
Réunions d'information internes et externes au réseau et de méthodologie .....	14
Publications 2009 sur le réseau et l'évaluation des psychothérapies.....	15
Accompagnement méthodologique des groupes de pairs et suivi du recueil des données et des cotations .....	15
Prise de contact avec le clinicien, définition de son cadre de travail et du pôle dans lequel il souhaite s'inscrire.....	15
Inclusion du patient dans les études.....	16
Les outils d'évaluation.....	16
Récupération des données d'évaluation et vérification.....	16
COLLABORATIONS INTERNATIONALES .....	17
PREMIERS RÉSULTATS .....	17
PERSPECTIVES .....	18
ANNEXES.....	19
Compte-rendu de la journée d'étape du 22 janvier 2010.....	19
Pôle Alzheimer.....	20
Pôle autisme .....	21
Pôle Borderline adolescent .....	23

Pôle Borderline adulte.....	25
Conclusions de la Journée.....	25
Commentaires de Geneviève Haag, discutante de la présentation du pôle Autisme .....	27
Bilan financier.....	30
Publications relatives à l'utilisation du Psychotherapy-Process Q-set.....	34
Publications individuelles relatives au réseau et à l'évaluation des psychothérapies 37	
Bulletins de Pour la recherche consacrés au réseau et à la recherche en psychothérapie.....	38

## **I. RAPPEL DES OBJECTIFS DU RÉSEAU**

L'objectif général du réseau est de

Développer l'évaluation des psychothérapies en France en centrant la recherche évaluative sur des questions d'intérêt clinique, théorique et de santé publique, et en impulsant une collaboration soutenue entre chercheurs et cliniciens ;

Cette action doit permettre, à partir de différentes approches, d'atteindre les objectifs suivants

1. réaliser une recherche processus-résultats en conditions naturelles dans trois pathologies (autisme et troubles envahissants du développement, borderline, Alzheimer et troubles apparentés) en corrélant les effets (résultats) avec les médiateurs de changement (variables de processus) et les variables initiales qui le conditionnent (modérateurs).
2. améliorer les pratiques de prise en charge.
3. assurer une meilleure connaissance des pratiques psychothérapeutiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice
4. réduire le retard de la recherche en France dans ce domaine et d'engager des collaborations internationales

L'objectif général repose sur la mise en œuvre de la structure et du fonctionnement du réseau

Les objectifs 1 et 2 reposent sur la définition des configurations fonctionnelles de changement au cours du processus psychothérapeutique d'un nombre significatif de cas cas étudiés de façon intensive pendant un an, puis mis en relation avec des cas analogues à partir d'une base de données et interrogés au double niveau de leurs similitudes et de leurs différences d'évolution.

L'objectif 3 repose sur la description des situations, des dispositifs et des pratiques dans les prises en charge psychothérapeutiques au niveau national

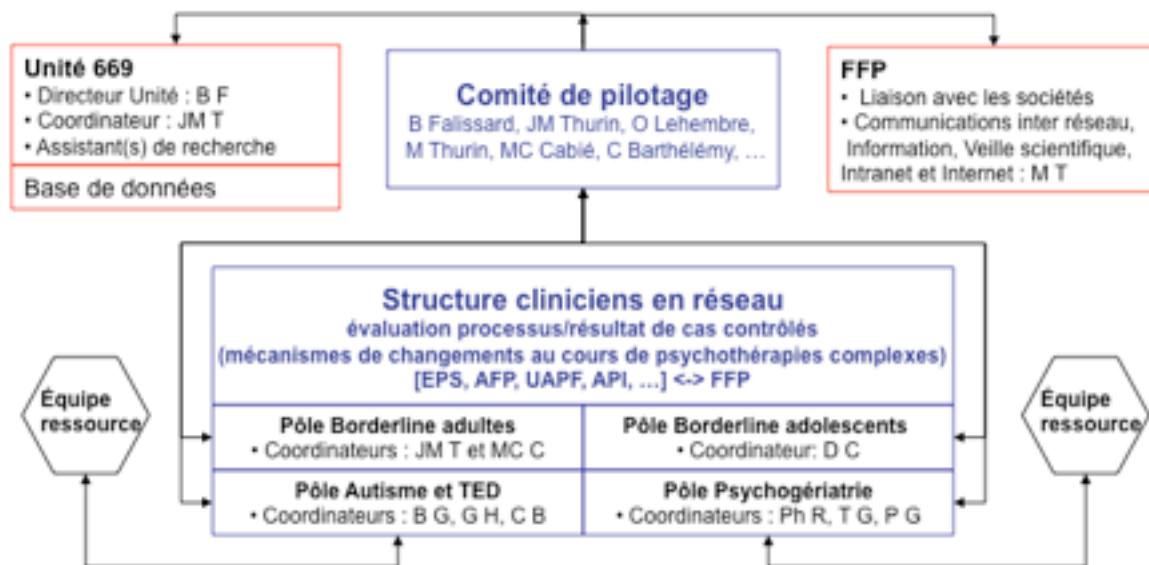
L'objectif 4 repose sur l'adéquation de la méthodologie mise en œuvre avec les enjeux internationaux actuels de la recherche en psychothérapie et une participation soutenue aux activités internationales.

## **II. ORGANISATION DU RÉSEAU**

### **1. Description générale**

Le réseau est organisé de la façon suivante :

- Il repose sur une organisation mixte : l'unité 669 qui coordonne le réseau avec B Falissard et JM Thurin et la Fédération française de psychiatrie (FFP) qui assure la liaison avec les sociétés savantes et informe sur le réseau à travers son bulletin et son site Internet.



L'U669 est une unité INSERM dont la thématique est centrée sur la santé mentale avec une approche de santé publique. Trois 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, 3/ l'innovation méthodologique en santé mentale.

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). La FFP est en relation avec les professionnels (en particulier les psychologues) et les associations d'utilisateurs qui participent au champ de la santé mentale.

Un comité de pilotage réunit tous les trois mois le directeur de l'U669, le coordinateur du réseau, 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.

- Le réseau est organisé en quatre pôles : un pôle enfant/adolescent (autisme et TED), un pôle adolescent (borderline), un pôle adulte (borderline) et un pôle psychogériatrie (symptômes psychoaffectifs et comportementaux chez les personnes âgées chez lesquelles une dimension fonctionnelle coexiste avec le processus déficitaire). Des équipes ressources centrées sur l'autisme (Unité Inserm 316, Tours) et la maladie d'Alzheimer (Équipe Pr Robert, Nice) complètent cette structure.

Le réseau des cliniciens travaille en groupe de pairs (3-4) sur les résultats et les processus de changements de cas complexes traités en psychothérapie. Les données collectées par les cliniciens dans le cadre du réseau sont intégrées dans une base de données commune.

Des réunions régulières de formation, de retours d'expériences et de présentations des résultats sont organisées par chacun des pôles et en inter-pôles. Un séminaire

international organisé par le réseau est prévu en 2010 pour présenter et mettre en relation les expériences dans ce domaine. Des équipes anglaises et italiennes sont déjà impliquées dans le réseau avec un début d'inclusion de patients.

## 2. Description des travaux par tâches

La répartition des tâches est résumée dans le tableau suivant, chaque tâche étant identifiée par son numéro entre parenthèses.

<b>Unité 669</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordonne (1)</li> <li>- Organise relations internationales et réunions inter-équipes (2)</li> <li>- Organise le suivi méthodologique des groupes de pairs et le contrôle des données (3.1)*</li> <li>- Organise l'analyse et le traitement statistique des données (3.2)</li> <li>- Gère les fonds relatifs à ses tâches (4.1)</li> <li>- Met en place la base de données et l'alimente (5)</li> </ul>
<b>FFP et ses sociétés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe sur le réseau (psydoc, techpsy, PLR) (6)*</li> <li>- [EPS/techpsy] organise une veille scientifique et fait fonctionner le site du réseau (7) *</li> <li>- incite les associations et les psychiatres à y participer (8)</li> <li>- organise les formations avec les sociétés candidates [EPS, ...] (9)*</li> <li>- Gère les fonds relatifs à ses tâches (4.2)</li> </ul>
<b>Pôles de recherche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisent les études en relation avec l'unité (ou les unités) (10)</li> </ul>
<b>Sociétés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informent leurs membres (11)</li> <li>- Peuvent constituer des « relais équipes » si responsable formé méthodologie (12)</li> <li>- Participent à la diffusion des résultats des recherches (13)</li> </ul>
<b>Équipes ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apportent leur expertise générale sur domaine particulier (14)</li> <li>- Facilitent l'accès de patients et de leurs familles (15)</li> <li>- Incitent les thérapeutes spécialisés à participer aux activités du réseau (16)</li> <li>- Collaborent avec différentes facultés et équipes de recherche (17)</li> </ul>

- **Tâches de l'U669**

L'unité INSERM 669 coordonne l'activité de recherche des cliniciens participant au réseau. Un secrétariat gère les réunions et les fonds, notamment les frais de transport, organise les journées du réseau et le séminaire international. L'U669 contrôle également la génération et la qualité des données, ainsi que leur traitement statistique. Pour cela, l'U669 assure un suivi méthodologique des groupes de pairs, valide le contenu et l'intégrité des informations transmises par les cliniciens avant leur intégration dans la base de données. Enfin l'U669 garantit que la méthodologie, la gestion, l'analyse et la valorisation par des publications des résultats répondent aux standards de la littérature scientifique internationale.

- **Tâches de la FFP et de ses sociétés**

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 l'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-psychotherapiques.org>) prenant en compte les travaux de l'expertise collective, sa bibliographie et les publications depuis sa parution sur les résultats et innovations méthodologiques. Elle assure une veille scientifique, une large documentation et le

fonctionnement du site réservé au réseau. La FFP est en relation avec les organismes institutionnels (DGS, HAS) et avec les associations de patients et leurs familles.

Enfin, le bulletin trimestriel de la FFP *Pour la recherche* rend compte des travaux du réseau et diffuse toutes les informations nécessaires pour y participer (méthode, instruments, formations).

- **Tâches des pôles de recherche**

L'organisation donne un rôle majeur aux cliniciens avec un pôle d'appui méthodologique assuré par l'U669.

Les pôles réalisent les études en relation avec l'unité 669 et veillent à l'application des recommandations de bonne pratique en recherche de la Fédération française de psychiatrie, du code de déontologie des psychologues et de la *British Association for Counselling and Psychotherapy*<sup>1</sup>

Les responsables des pôles sont : Bruno FALISSARD, Jean-Michel THURIN, Monique THURIN pour le pôle méthodologie, Bernard GOLSE, Geneviève HAAG et Catherine BARTHELEMY pour le pôle autisme, Marie-Christine CABIÉ, Jean-Michel THURIN et David COHEN pour le pôle Borderline, Philippe ROBERT, Thierry GALLARDA et Philippe GUILLAUMOT pour le pôle psychogériatrie.

Dans le pôle méthodologie, Monique THURIN assure l'accompagnement, le suivi méthodologique des groupes de pairs et le contrôle des données, Tiba BAROUKH met en place et assure l'analyse statistique des données.

La mise en commun d'un pool de méthodes et d'instruments facilite et dynamise la recherche dans ce champ. La constitution de la base de données, se fait à partir des données collectées par les cliniciens, suivant le cadre déterminé par les outils d'évaluation. L'organisation et le stockage des données sont réalisés via un logiciel informatique dédié « on line ». Des masques de saisie permettent aux cliniciens investigateurs d'entrer directement les données avant de les transmettre par flux sécurisé à l'U669.

Le fossé entre cliniciens et chercheurs, obstacle à la diffusion et à l'utilisation des connaissances issues de la recherche est ainsi comblé et la synergie et l'utilisation des compétences respectives de chacun, dans des actions de recherches communes, permet de bénéficier aux uns et aux autres.

- **Tâches des cliniciens**

Chaque clinicien suit de façon intensive, suivant la méthodologie du réseau, un de ses cas pendant 1 an. Il recueille les données relatives à son cas sous la forme de notes extensives accompagnées lorsque c'est possible d'un enregistrement. Ces notes extensives concernent les trois premiers entretiens, puis deux entretiens à 2 mois, 6 mois, [9 mois si possible], et 12 mois. Ces données sont utilisées pour les formulations de cas initiale et finale, et pour les différentes cotations qui sont réalisées sur le corpus à partir d'instruments validés. Les cotations portent sur le diagnostic catégoriel, les symptômes et comportements, le fonctionnement psychologique et social du patient, et les variables de processus (relatives au patient et à sa problématique, au thérapeute et à

---

<sup>1</sup> Présentation dans Thurin JM et Thurin M, 2007.

sa technique et à leur interaction). La chronologie de la collecte des données et les instruments de cotation utilisés sont récapitulés dans le schéma ci-dessous.

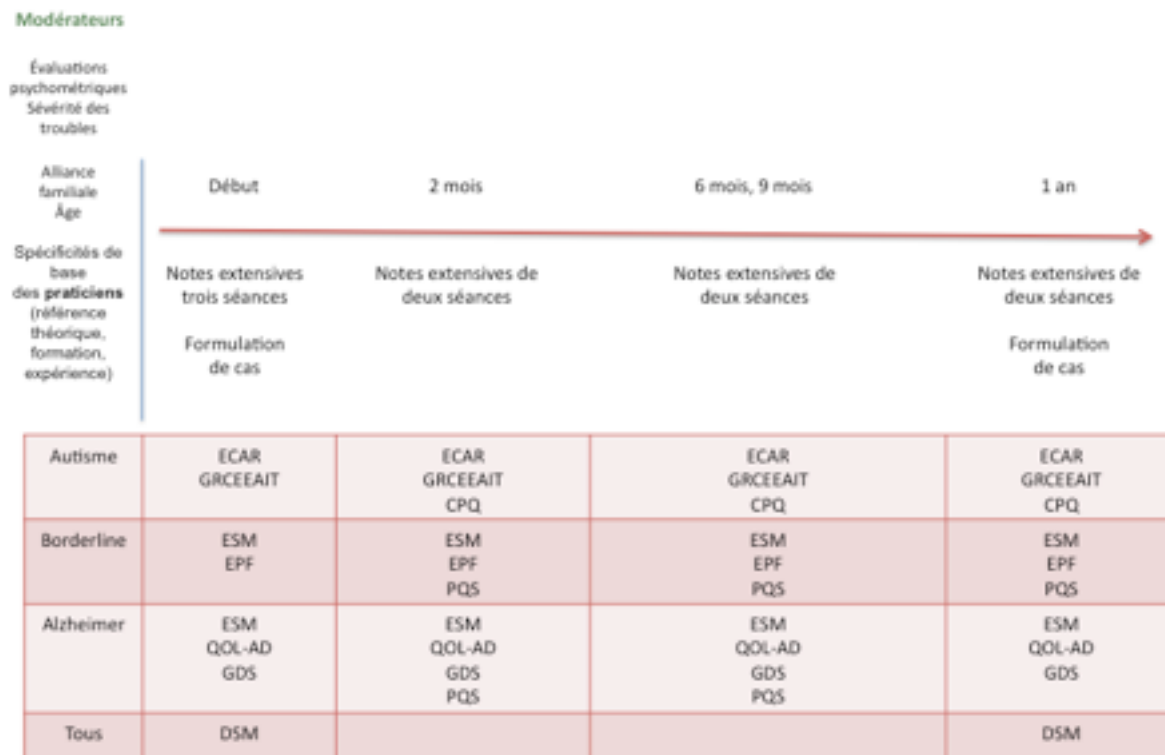


SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DE COLLECTE DES DONNÉES PAR LES CLINIENS

Chaque clinicien travaille en *groupe de pairs* avec deux autres cliniciens. Les cotations des différents instruments sont réalisées non seulement par le clinicien en charge du patient, mais aussi, parallèlement, par les deux autres pairs du groupe. Elles sont ensuite validées au cours d'une réunion commune. Cette réunion, généralement réalisée à distance via *skype*, permet d'obtenir un accord « inter juges » à partir d'une discussion clinique sur la base des données recueillies. Les deux autres pairs incluent également un de leur patient dans les études et suivent la même démarche. Ainsi, un groupe de pairs est composé de trois cliniciens qui ont en psychothérapie trois patients dont les données cliniques sont évaluées par chacun et validées au cours de réunions de discussion. Ces réunions peuvent se tenir en présence directe ou par internet (via *skype*<sup>2</sup>). Une fois réalisées, les évaluations sont envoyées après avoir été anonymisées pour être intégrées dans une base de données anonyme en attendant d'être analysées.

Pour faciliter le suivi de la méthodologie, un livret d'évaluation a été réalisé. Il est adressé au clinicien dès l'engagement d'un de ses patients dans les études ainsi que les instruments d'évaluation et leur manuel d'utilisation. Par ailleurs, plusieurs numéros de *Pour la Recherche* sont consacrés au réseau<sup>3</sup> dont trois concernent spécifiquement chacun l'un des pôles. Ces numéros sont en ligne à l'adresse suivante : <http://>

<sup>2</sup> Logiciel gratuit et pratique pour discuter via internet : <http://www.skype.com/>

<sup>3</sup> Voir annexe 5



[www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/](http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/) . Ils sont également disponibles sur papier sur demande à [ffp@internet-medical.com](mailto:ffp@internet-medical.com) .

- **Tâches des équipes ressources**

Les équipes ressources apportent leur expertise générale sur un domaine particulier, facilitent l'accès de patients et de leurs familles, incitent les thérapeutes spécialisés à participer aux activités du réseau et collaborent avec différentes facultés et équipes de recherche en fonction de leur spécificité.

### III. DÉROULEMENT DE L'ACTION

#### 1. Année 2008

La première année a été consacrée à la mise en place du réseau : information des cliniciens, réunion des comités de pilotage, formation des membres du réseau à la méthodologie et à la passation des instruments, développement d'un site dédié aux activités du réseau, démarches auprès de la CNIL et création de la base de données sécurisée, élaboration des livrets d'évaluation pour chaque pôle, lancement des premières études et ajustement de la procédure d'analyse statistique. Elle s'est achevée par une réunion d'étape.

- **Mise en place du réseau**

##### a. Information

Le lancement proprement dit du réseau a commencé lors de la réunion inaugurale d'information le 25 avril 2008. Cette Journée a réuni plus de 80 cliniciens qui sont venus poser leurs questions aux coordonnateurs et aux responsables de pôles. Elle a permis de préciser différents aspects de la méthodologie et de son application dans les différents pôles. Elle a fait l'objet d'une publication papier et en ligne<sup>4</sup> dans *Pour la Recherche* 56 et d'un compte rendu intégral sur le site du réseau<sup>5</sup> (diaporamas et vidéos des interventions). Trois réunions externes d'information ont été également réalisées<sup>6</sup>.

##### b. Comités de pilotage

Ils se sont réunis régulièrement pour répondre aux questions qui se posaient aux cliniciens engagés dans les études et pour élaborer les documents nécessaires au suivi des études.

##### c. Formation

Chacun des pôles a organisé deux réunions : 1 journée de présentation et de discussion de la méthodologie et 1 journée de formation aux instruments d'évaluation.

##### d. Développement d'un site dédié et mises en ligne

Toutes les informations, la méthodologie, le calendrier des réunions, les interventions aux différentes Journées, les formations générales et spécifiques aux différentes instruments et la documentation concernant le réseau sont disponibles sur le site à partir de l'adresse suivante :

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

---

<sup>4</sup> <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR56/PLR56.html>

<sup>5</sup> <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Journee250408.html>

<sup>6</sup> Services du Pr Cohen (Pitié-Salpêtrière, Paris, du Pr Schmit (CHU, Reims) et du Pr Camut (Tours).

Des domaines avec identifiant permettent aux membres du réseau d'accéder aux instruments et de télécharger les documents qui leur sont réservés.

#### e. Protection et stockage des données

Concernant la protection des données, un dossier a été déposé à la CNIL après avoir obtenu un avis favorable du « Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé ».

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

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

#### f. Inclusions

Les premières inclusions de cas ont commencé début octobre 2008. Chaque clinicien a reçu un livret d'évaluation, un code personnel et un code pour le patient qu'il traite à l'occasion de son inclusion dans l'étude. Le registre est tenu par M. Thurin.

#### g. Procédure d'analyse des données

Comme prévu, une statisticienne (T Baroukh) a été embauchée (via U 669) pour mettre en place l'analyse des données. Ce travail a été élaboré en collaboration avec JM Thurin et M. Thurin au cours de réunions hebdomadaires régulières. Un premier état de ce travail a été présenté aux participants de la Journée d'étape du 5 décembre.

#### h. Réunion d'étape

Elle s'est tenue le 5 décembre 2008 au cours de laquelle des groupes de pairs ont pu présenter les difficultés éventuelles qu'ils rencontraient et leur travail d'évaluation. Cette réunion a réuni plus de 90 personnes et a donné à la suite un engagement de nouveaux cliniciens dans les études.

## 2. Année 2009

La deuxième année a été consacrée à la suite du recrutement des cliniciens, à l'inclusion de leurs patients et à la constitution de groupes de pairs, à l'ajustement de la méthodologie d'analyse aux prises en charge multiples, à la construction de l'analyse statistique du processus, à la poursuite des réunions d'information internes et externes au réseau et de méthodologie, ainsi qu'à la réalisation de publications sur l'évaluation des psychothérapies et le réseau. L'accompagnement méthodologique des groupes de pairs et le suivi du recueil des données et des cotations ont constitué un aspect central tant en ce qui concerne l'animation que la qualité des données recueillies. Ces différentes actions se sont concrétisées par la présentation, au cours d'une journée d'étape, de premiers résultats. Ceux-ci sont issus de 4 cas appartenant chacun à l'un des pôles et auxquels la méthodologie a été appliquée dans son ensemble.

- ***Recrutement des cliniciens, inclusion des patients et constitution de groupes de pairs***

**Pôle Autisme** : 95 cliniciens inscrits. Patients inclus dans les études : 36 garçons, 8 filles (16 groupes de pairs), auxquels il faut ajouter 33 cliniciens italiens ayant inclus 33 enfants (10 groupes de pairs) et 2 groupes de pairs de la *Tavistock Clinic* à Londres qui utilisent la méthodologie du réseau.

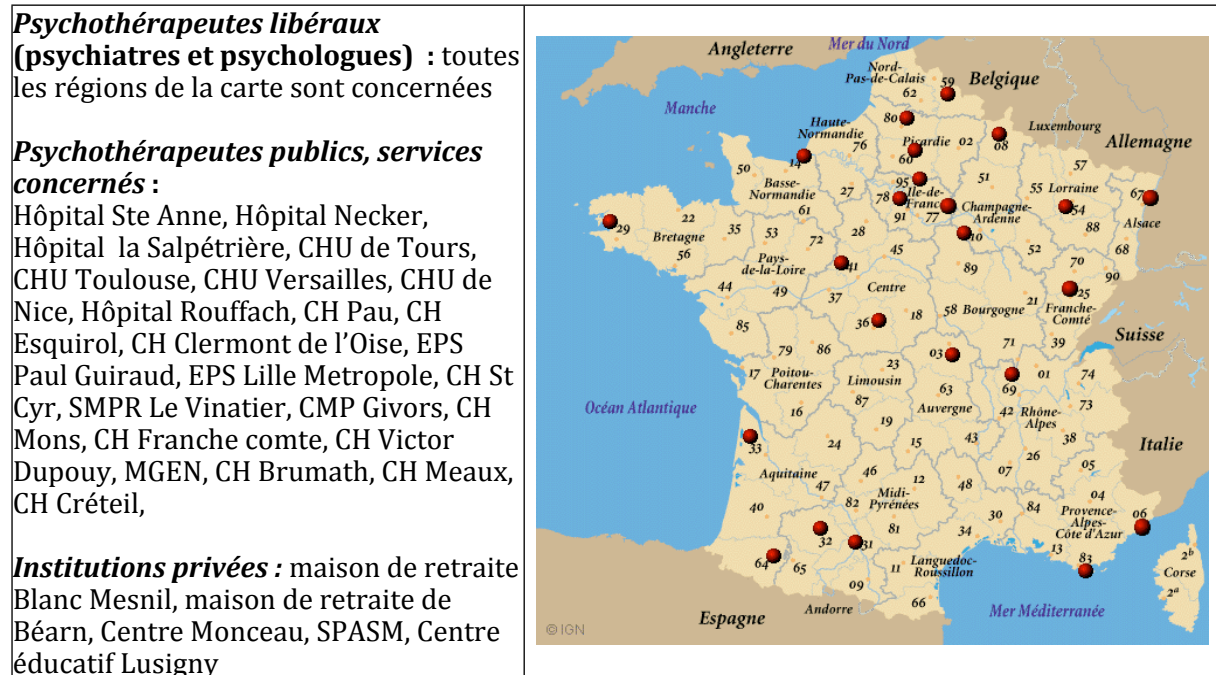
Pôles borderline (adulte et adolescent) : 92 cliniciens inscrits. Patients inclus dans les études : 6 hommes, 21 femmes (17 groupes de pairs).

Pôle Alzheimer : 26 cliniciens inscrits. Patients inclus dans les études : 1 homme, 5 femmes (4 groupes de pairs).

*Au total à ce jour :*

110 patients inclus dans les études (sont comptabilisés uniquement les patients pour lesquels nous avons reçu des évaluations) et 49 groupes de pairs.

La répartition des cliniciens est la suivante :



- **Ajustement de la méthodologie à des situations spécifiques**

Un groupe de travail a travaillé sur les modalités d'évaluation des prises en charges multiples. L'ajustement méthodologique proposé a été publié dans *Pour la recherche* 60<sup>7</sup>

- **Construction du plan d'analyse statistique**

La caractérisation du processus et sa mise en relation avec les effets de la psychothérapie est un des aspects les plus innovants, mais aussi sans doute le plus complexe de l'étude. Sa réalisation a impliqué une analyse approfondie d'une vingtaine d'articles présentant l'utilisation du *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) pour tester différentes hypothèses (Jones, Ablon et al.)<sup>8</sup> et de la littérature la plus récente sur ce sujet<sup>9</sup>. Cette démarche a permis un ajustement aux conditions de l'étude des méthodes

<sup>7</sup> Thurin JM et al. Modalités d'évaluation des orises en charge multiples. *Pour la recherche* 2009 ;1:6. Voir également à ce sujet : Peer JE, Kupper Z, Long JD, Brekke JS, Spaulding WD. Identifying mechanisms of treatment effects and recovery in rehabilitation of schizophrenia: Longitudinal analytic methods. *Clinical Psychology Review* 2007; 27:696-714.

<sup>8</sup> Voir liste dans annexe 3

<sup>9</sup> Notamment *Clinical Psychology Review* 2007 ; 27(7) et *Psychotherapy Research* 2009 ; 19 (4-5)

d'analyse déjà mises en œuvre avec cet instrument et leur test à partir des données d'une étude pilote précédente. Le plan d'analyse qualitative, quantitative et statistique des données recueillies a ainsi été construit et testé avec 3 cas pilotes (définition de 6 facteurs principaux, trajectoires d'évolution, corrélations avec les mesures résultats, hypothèses associées).

i. **Pour chaque cas isolé**

L'analyse comprend 4 temps

1. *Évolution « avant-après » entre la période initiale et un an de thérapie.*

Les variations globales et dimensionnelles sont évaluées à partir de l'ESM et des EPF pour les patients borderline, de l'ECAR-T et de l'échelle de Haag pour les enfants autistes, de l'ESM pour les patients Alzheimer et apparentés. Elles concernent la gravité des symptômes et des troubles du comportement, les fonctionnements psychologiques et interpersonnels et le développement. L'évolution du diagnostic catégoriel (DSM ou CIM) est également décrite.

2. *Étude du processus de changement :*

- L'analyse chronologique et dimensionnelle des mesures symptomatiques, fonctionnelles et développementales aux temps t1, t2, t3, t4 t5 à partir des instruments précédents (ESM, EPF, ECAR-T, Haag) permet à la fois de situer la dynamique générale des changements (*Quelle est la courbe de changement au cours du temps, A quel moment de la psychothérapie se produisent les changements dans chaque dimension*) et de préparer la mise en relation de cette courbe avec principaux facteurs potentiels de changement identifiés dans le processus interne.
- La caractérisation du processus interne de changement à l'intérieur de la psychothérapie est réalisée partir du PQS chez l'adulte et de sa version enfant (le CPQ). Cet instrument permet une identification des principaux médiateurs (mécanismes potentiels de changement) à partir de 3 variables principales : le patient et son fonctionnement, le thérapeute et sa technique et leur interaction. Cette caractérisation se fait en 6 temps.
  - 1) Identification aux temps t1, t2, t3, t4 t5 des items les plus et les moins caractéristiques (26). Associés et ordonnés, ces items délivrent une configuration caractéristique de la thérapie (profil) à partir des traits principaux caractérisant le patient, le thérapeute et leur interaction
  - 2) sélection des items avec la plus grande variabilité au cours du temps. Ces items expliquent l'évolution de la psychothérapie : ce qui a changé chez le patient, chez le thérapeute et dans sa technique, et dans l'interaction patient-thérapeute (évolution du patient et ajustement du thérapeute). Cinq niveaux sont définis à partir des 9 possibilités de cotation du PQS : niveau 1 [-4, -3], niveau 2 [-2], niveau 3 [-1, 0, +1], niveau 4 [+2] et niveau 5 [+3, +4]. La variabilité prise en compte est définie par le changement d'un niveau au moins qui se maintient pendant 2 évaluations ou par un changement continu de niveau.
  - 3) sélection des items de niveau 2 et 4 (-2 et +2) restés stables au cours du temps. Ces items décrivent le fond de la thérapie (les conditions générales dans lesquelles elle se déroule)

- 4) mise en relation globale des items les plus caractéristiques de la psychothérapie avec les items les plus caractéristiques des principales approches (psychodynamique, cognitivo-comportementale et interpersonnelle). Cela donne un second niveau d'organisation du profil de la psychothérapie (profil relatif).
- 5) évolution du poids relatif de chaque approche psychothérapique dans la thérapie mise en œuvre au cours du temps. Par exemple, la psychothérapie peut avoir initialement un profil « interpersonnel » et se rapprocher progressivement d'un profil « psychodynamique ».
- 6) mesure de 6 facteurs potentiels de changement (facteur 1 : approche du thérapeute ; facteur 2 : alliance de travail (3 dimensions) ; facteur 3 : insight ; facteur 4 : exploration de l'émotion ; facteur 5 : abord de la réalité (externe ou interne) ; facteur 6 : état affectif (anxiété, dépression, émotion).

### *3. Mise en relation des résultats avec le processus : (Pourquoi et comment le changement se produit-il ?)*

- Corrélation des profils de la psychothérapie avec les résultats. Les trajectoires des scores des items du PQS sont mises en relation avec les trajectoires des scores dimensionnels variés issus des outils portant sur les symptômes, comportements, développement et fonctionnement psychodynamique (ESM, ECAR-T, Haag et EPF).
- La découverte d'items fortement liés aux résultats et l'interrogation du rôle de certains facteurs médiateurs, tels que l'alliance, l'insight et l'approche permettent d'avoir une idée de « ce qui est actif » (approche et spécificités « évidentes ») et d'extraire les variables qui, sans appartenir à une approche spécifique, sont directement corrélées avec les résultats, par exemple la qualité des interactions patient-thérapeute.

### *4. Mise en relation du processus et des résultats avec les conditions pré-thérapie (Pour qui et dans quelles conditions le changement se produit-il ?) et les événements externes qui ont pu intervenir durant la thérapie*

- Les profils et les résultats peuvent être mis en relation avec des modérateurs (par exemple, la sévérité et ancienneté des troubles ou la fréquence des séances). Cela permet non seulement de prendre en compte leur effet potentiel sur les résultats (p.e., un trouble plus sévère est plus difficile à traiter qu'un trouble léger), mais aussi leur influence sur l'ajustement de l'approche (par exemple, le thérapeute adopte une position plus « soutenante » avec les cas difficiles, position qui va se modifier au cours de l'amélioration du patient).
- Les événements du contexte susceptibles d'être intervenus sur le processus sont recensés (par exemple, deuil, naissance, situation économique).

#### *j. Pour les cas agrégés,*

La mise en relation de cas analogues et la comparaison des mécanismes de changement qui les caractérisent peut contribuer au principe d'économie en extrayant les mécanismes de changement importants qui traversent les différentes thérapies dans différentes conditions.

La trajectoire moyenne des scores des items du PQS et les variations individuelles

autour de celle-ci sont évaluées, en utilisant des modèles de croissance mixtes qui détectent et examinent des trajectoires potentielles de sous-groupes à partir de la trajectoire moyenne. Ces modèles mixtes linéaires et non linéaires qui autorisent des effets aléatoires sujets sont utilisés pour les études longitudinales et permettent d'intégrer dans le modèle les variances inter et intra-individus. Ils introduisent des effets aléatoires pour l'origine mais également pour la pente des trajectoires individuelles. Sous SAS ce sont les procédures MIXED et NLMIXED qui sont utilisées et sous R les fonctions lme (*linear mixed effects*) et nlme (*non linear mixed effects*). Ces modélisations permettent de répondre aux questions : Combien existe-t-il de classes de trajectoires ?, Comment décrire le mieux les diverses formes de trajectoires ?, Quels sont les meilleurs paramètres expliquant les différents types de trajectoires dans chaque groupe ? Les deux méthodes utilisent la vraisemblance maximale et les modèles non linéaires permettent différents niveaux de contextualisation des données (nested data) : les mesures répétées dans le temps seront contextualisées dans les dyades (patient, thérapeute), elles-mêmes, contextualisées dans le groupe de pairs, par la suite contextualisées avec la technique thérapeutique et dans le pôle.

- *Réunions d'information internes et externes au réseau et de méthodologie*

Douze réunions internes au réseau se sont tenues en 2009 :

- 2 Journées communes aux différents pôles
- 4 séminaires méthodologiques concernant chacun un pôle
- 2 séminaires internationaux (anglais et italien – pôle autisme)
- 4 groupes de travail sur l'analyse de cas



Le réseau a fait également l'objet en 2009 de 10 communications orales au cours de journées scientifiques nationales et internationales<sup>10</sup>

- *Publications 2009 sur le réseau et l'évaluation des psychothérapies*

Voir annexe 4

- *Accompagnement méthodologique des groupes de pairs et suivi du recueil des données et des cotations*

Les cliniciens qui s'inscrivent en groupe de pairs ont déjà fait un certain travail en amont, concernant la méthodologie générale du Réseau dont ils ont pris connaissance, soit dans les différentes publications, soit en venant aux réunions qui ont été organisées à ce propos, souvent les deux. Les modalités de leur engagement reposent en effet sur la possibilité de s'inscrire dans l'un des pôles concernés et de faire un suivi psychothérapeutique sur une période d'une année. Ils adressent à partir de ces pré-requis un courrier aux responsables du réseau qui les dirigent vers la personne qui gère le suivi méthodologique des groupes de pairs. Plusieurs étapes sont respectées.

k. *Prise de contact avec le clinicien, définition de son cadre de travail et du pôle dans lequel il souhaite s'inscrire.*

Ce premier échange est effectué par e.mail où il est proposé au clinicien de remplir une « fiche d'inscription » qui spécifie, son titre (psychiatre, psychologue,...), dans quel pôle il souhaite s'inscrire, l'âge de la population qu'il prend généralement en charge, son cadre de travail (cabinet, CMP, service hospitalier, etc.), les modalités concernant sa pratique habituelle (psychothérapie individuelle (longue ou brève), psychothérapie de groupe, familiale, institutionnelle, etc.). Si il a ou non prévu de

---

10

- THURIN JM. D'un paradigme de recherche à un autre et à sa mise en œuvre dans le réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Huitièmes Rencontres de Perfectionnement des Pédopsychiatres de Service Public. 21/10/09
- FALISSARD B. L'évaluation adaptée aux psychothérapies et la psychanalyse. Journée de l'Association Française de Psychiatrie sur l'évaluation des psychothérapies. 16/10/2009
- THURIN JM. Les cliniciens au cœur de la recherche clinique en réseau, une autre façon de concevoir l'évaluation. Journée de l'Association Française de Psychiatrie sur l'évaluation des psychothérapies. 16/10/2009
- J BARBER, P HOGLEND, F LEICHSENDRING, JM THURIN. Future of dynamic psychotherapy outcome research. Structured discussion. 7th European SPR Conference. Bolzano, Italy 3/10/2009.  
BUTLER S, LEPPER G, EVANS C, JM THURIN, ...Structured Discussion Developing models for Practice Research Networks. How can PRNs strengthen and add new dimensions to psychotherapy research and practice ? 7th European SPR Conference. Bolzano, Italy 1/10/2009.
- FALISSARD B. Comment penser l'évaluation des psychothérapies dans le contexte général de l'évaluation des thérapeutiques. Société Médico-Psychologique 28/09/2009
- THURIN JM et THURIN M. Le Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques : comprendre pourquoi et comment une psychothérapie marche. Société Médico-Psychologique 28/09/2009
- THURIN JM. Recherche sur les psychothérapies des addictions. Comment y participer ? Hôpital Marmottan. 25 juin 2009.
- FALISSARD, B. Méthodologie des études intensives de cas réunis en cohortes dans l'évaluation des psychothérapies. Journée d'étude sur la recherche clinique en psychiatrie St Jean de Dieu 27/03/2009.
- THURIN JM. Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Axes de recherche et mise en œuvre des études. Journée d'étude sur la recherche clinique en psychiatrie St Jean de Dieu 23/03/2009.
- THURIN JM. L'évaluation des psychothérapies. SPASM 03/02/2009.

s'inscrire dans un groupe de pairs avec des collègues qu'il a déjà trouvés ou si le réseau doit lui faire des propositions.

#### l. Inclusion du patient dans les études

Lorsque cette fiche est reçue, le clinicien est inscrit dans un groupe de pairs selon ses souhaits. Il lui est alors adressé une confirmation avec les modalités de son engagement et de la marche à suivre pour inclure un patient (les éléments à fournir, la méthodologie de recueil des données afin qu'elles soient anonymisées). Une information sur la méthodologie est rappelée ainsi que des publications auxquelles il peut se référer (facilement accessibles sur le site internet dédié au réseau : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/>).

Lorsque le clinicien engage un patient dans les études, il obtient un code pour ce patient et un code pour lui-même. Le code du patient sera visible sur chacun des documents d'évaluation adressés ainsi que la période de l'évaluation (initiale, 2, 6 ou 12 mois). Cet élément est contrôlé systématiquement.

#### m. Les outils d'évaluation

La plupart des cliniciens qui participent aux études ont participé aux Journées de formation aux outils. Cependant, certains s'inscrivent sans avoir eu la possibilité de le faire. Plusieurs aspects complémentaires participent à leur formation aux outils.

- Il existe sur le site internet une formation aux outils accessible par code qui est donné à la demande du clinicien ;
- Plusieurs numéros de *Pour la Recherche*, le bulletin de la Fédération Française de Psychiatrie, proposent une synthèse de présentation de tous les instruments utilisés dans chacun des pôles.
- Dans le cadre du suivi des groupes de pairs, de nombreux échanges avec les cliniciens sont consacrés à la réponse aux questions sur la compréhension des instruments ou leur passation.

#### n. Récupération des données d'évaluation et vérification

Pour chacun des groupes de pairs un dossier est préparé sur un serveur sécurisé et inaccessible par internet pour réunir les données d'évaluation. Chacun des dossiers contient trois autres dossiers pour les trois patients engagés par chacun des cliniciens du groupe de pairs. Pour chacun des patients, quatre sous dossiers contiennent les évaluations : au temps 0, 2, 3 et 4. Cette organisation stricte permet un suivi très précis des évaluations qui ne se font pas toutes au même rythme.

Chacune des évaluations est contrôlée au niveau méthodologique : les cotations sont-elles complètes ? Les données sont-elles bien organisées ? La formulation de cas répond-t-elle aux différentes questions qui la structurent, même si cette réponse est « néant » ? Les échanges avec les cliniciens sont très actifs à ce niveau.

Lorsque les données sont complètes, elles sont intégrées dans une base de données FileMaker par la même personne, à partir d'une organisation de base où un masque de chaque instrument est réalisé. Les données de ces masques sont mises en relation pour chaque patient. Ainsi, peut être réalisée une analyse par



cas individuel (dès que le code du patient est inscrit, toutes les évaluations qui le concernent sont directement accessibles), par instruments et par groupe de cas pour les pathologies spécifiées dans le réseau.

Lorsque la récupération des données a commencé pour un cas, un point régulier est adressé au groupe de pairs et une aide éventuelle leur est proposée, soit par téléphone, soit par e.mail, soit par Skype.

#### IV. COLLABORATIONS INTERNATIONALES

Au niveau international différentes collaborations ont été établies ou amorcées, notamment dans le cadre de la traduction d'instruments et de sessions de congrès, mais également dans la participation directe à l'étude. Elles concernent notamment

- J Barber (PhD, Université de Pennsylvanie, Ecole de Médecine Philadelphia), président 2007-2008 de la *Society for Psychotherapy Research*. Suivi du réseau
- JS Ablon (PhD CPS Institute, Dept of Psychiatry , Massachusetts General Hospital). Traduction du *Psychotherapy process Q-set*
- TD Borkovec et L Castonguay (PhD Pennsylvania State University)
- C Evans (Nottingham University, UK)
- P Hoglend (Université d'Oslo, Norvège). Traduction des *Psychodynamic functioning scales* et analyses secondaires à partir de ces échelles
- H Kachele (Université d'Heidelberg, Allemagne). Études de processus
- JN Despland et Y De Roten (Institut universitaire de psychothérapie, Lausanne Suisse)

M Rhodes (Tavistok Clinic, Londres) d'une part et M Amenta (Bologna), R Jommi (Rome), S Messeca (Naples) d'autre part coordonnent des équipes de cliniciens qui appliquent méthodologie du réseau.

#### V. PREMIERS RÉSULTATS

L'objectif général, structurel, est en passe d'être atteint. Sans ignorer les résistances qui existent encore en France vis à vis de l'évaluation et de la recherche en psychothérapie, de nombreux signes (nombre et intérêt des cliniciens engagés, prises de position publiques, réunions et publications sur le thème, demandes de collaboration) montrent que l'état d'esprit s'est déjà beaucoup modifié.

La dynamique du réseau est lancée et son organisation est tout à fait fonctionnelle. La méthodologie des études intensives de cas est très bien accueillie et les instruments apparaissent bien adaptés aux questions qui se posent en clinique et à la description du processus thérapeutique.

La collaboration entre chercheurs et cliniciens s'opère suivant un processus d'information réciproque prenant en compte les difficultés rencontrées et les résultats réalisés dans une perspective d'amélioration permanente, d'appropriation de la méthodologie par les cliniciens, de prise en compte de leurs observations et de restitution des connaissances acquises par les chercheurs à partir des données collectées.

Les objectifs spécifiques sont en cours de déroulement puisque les premières études ont été initiées en octobre 2008 et se déroulent sur une période d'un an. L'essentiel du travail nécessaire à leur développement est réalisé, mais le rythme de la mise en œuvre dépend de nombreux facteurs qui peuvent tenir au maniement des instruments, mais sont souvent liés pour une part à des aspects techniques de l'utilisation de l'ordinateur et d'internet, et pour une autre part à des problèmes d'emploi du temps et de disponibilité pour organiser les réunions de groupes.

Deux aspects peuvent être dès à présent soulignés : 1) la faisabilité du programme et son intérêt dans le champ des connaissances, clairement objectivés par les présentations des cas témoins au cours de la journée d'étape du 22 janvier <sup>11</sup>; 2) l'effet sur les pratiques : les réunions de validation et les connaissances issues de l'analyse de cas représentent, comme la supervision et à un niveau différent, un puissant outil de progression pour le clinicien.

Les thèmes des colloques et des publications confirment la concordance de cette étude avec les enjeux généraux de la recherche en psychothérapie au niveau international (la définition des conditions, des causes et des mécanismes de changement) et les innovations méthodologiques qui leur sont associées. Le « retard » pris par la France dans ce champ est donc en voie de se combler, avec un potentiel de développement important des échanges (déjà engagé) au niveau international et de publications en langue anglaise.

## VI. PERSPECTIVES

Les études ont démarré en octobre 2008, les premiers résultats sont prometteurs

Pour des résultats significatifs le réseau doit se donner les moyens de poursuivre jusqu'en 2011 et 2012 pour le déroulement des études et la publication scientifique des résultats.

Pour l'année 2010, les objectifs sont les suivants :

a. poursuite du recrutement et élargissement de l'assise du réseau avec des cliniciens formés.

b. des cas isolés aux cas regroupés. Les processus étant mieux caractérisés, les cas similaires vont être agrégés et des comparaisons seront faites entre les différentes approches, les caractéristiques de la psychothérapie à différentes étapes, les profils d'évolution, le contexte et la nature des effets obtenus dans différentes dimensions (symptômes, interpersonnel, émotionnel, intrapsychique, soi et relation à la réalité). Ces comparaisons permettront également de situer l'importance de différents facteurs internes au processus sur les effets de la psychothérapie, tels que la qualité de la relation thérapeutique, l'engagement ou la résistance du patient, certains choix techniques comme l'exploration conjointe de l'émotion ou des rêves, une attitude plus directive ou soutenante, la valeur prédictive de changements internes tels que l'introduction de la réalité psychique dans la relation à la réalité externe. Elles permettront également de répondre à des questions concernant les trajectoires individuelles, telles que : retrouve-t-on des types particuliers de trajectoires, comment décrire au mieux leurs formes, quels sont les meilleurs paramètres susceptibles d'expliquer ces différents types ?

---

<sup>11</sup> Annexe 1

c. présentation des premiers résultats dans des congrès internationaux<sup>12</sup> et nationaux

*Pour conclure cette première étape*

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

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

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

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

## **VII. ANNEXES**

### **3. Compte-rendu de la journée d'étape du 22 janvier 2010**

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

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

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

Se sont ensuite succédées les présentations des cas par les groupes de pairs. Les quatre

---

<sup>12</sup> Présentations orale et par posters acceptées au soumission au 41<sup>ème</sup> Congrès Annuel International de la Society for Psychotherapy Research (23-27 juin 2010) et soumission au Congrès MASHS (Modèles et Apprentissage en Sciences Humaines et Sociales) 2010 et à la 31<sup>ème</sup> Conférence annuelle de l'International Society for Clinical Statistics (29/8 - 2/9 2010).

cas ont été exposés suivant un format commun correspondant au déroulement complet de l'application de la méthodologie aux données recueillies, depuis la formulation initiale jusqu'aux résultats à un an incluant l'analyse des différents facteurs de processus et d'environnement qui ont pu y contribuer.

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

- **Pôle Alzheimer**

#### *La question du diagnostic*

La personne présentée pour le pôle Alzheimer n'avait pas un diagnostic avéré de cette maladie. Il a été utile ici de rappeler que la méthodologie du réseau privilégie initialement le diagnostic clinique, les diagnostics psychopathologique et nosographique n'étant véritablement posés qu'à partir des données des trois premiers entretiens, avec évidemment dans certains cas la possibilité d'une incertitude. Si l'on se réfère aux éléments rapportés, et notamment aux circonstances de la décompensation de la personne et à son âge, rien ne pouvait exclure ce diagnostic d'Alzheimer, même si sa prise en charge à six mois peut apporter des éléments contre. Cette question a soulevé un problème quotidien du clinicien qui s'occupe de personnes âgées, celui du diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de dépression chez la personne âgée qui a d'ailleurs conduit les membres de ce pôle à élargir le diagnostic d'inclusion à « Alzheimer et troubles apparentés »<sup>13</sup> (PLR 59 Dec. 2008). La formulation de cas, proposée dans le réseau paraît évidemment ici très pertinente. La porte d'entrée, comme le souligne la clinicienne, était une grande inquiétude pour cette patiente concernant les troubles de la mémoire et ses capacités qu'elles sentaient s'effondrer ?

#### *La question de l'indication*

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

Une autre élément important apporté par cette discussion a été que la méthodologie du réseau apparaît très adaptée et réalisable. En comparant ce cas avec celui d'un autre groupe de pairs, connu du discutant, il semble que bien qu'utilisant des approches psychothérapeutiques différentes on peut avoir une évaluation tout à fait similaire. Le handicap dans l'autre cas est plus important et la patiente est prise en charge en

---

<sup>13</sup> Leone E, Robert Ph. Quelques questions préalables. *Pour la recherche* 2008 ; 59 : 2-3.

thérapie de groupe. Pourtant au bout du compte les deux patientes ont un peu le même type de projet. Dans la méthodologie du réseau et dans la pratique clinique, le groupe de pairs apporte un enrichissement du travail et c'est un élément très positif du réseau qui a été ici souligné.

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

- **Pôle autisme**

La présentation du pôle autisme a concerné un enfant présentant un autisme avéré. Les instruments se sont ici encore révélés très fiables pour évaluer la gravité des troubles et leur évolution, ainsi que le développement qui l'accompagnait à partir de différentes modalités d'évaluation.

#### *La question des traits autistiques*

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

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

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

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

Après avoir souligné le travail impressionnant réalisé au cours de cette psychothérapie et le caractère très novateur de l'utilisation « en routine » de nouveaux outils de communication (*skype*), c'est la richesse du travail clinique qui vient au premier plan. « La méthodologie conforte des hypothèses que l'on avait sur des mécanismes que l'on mobilise, souligne l'un des discutants, elle permet d'affiner nos observations partagées ». Cette présentation fait bien apparaître deux dimensions principales dans l'autisme : 1/ *les relations interpersonnelles* (partage, coordination entre deux êtres qui

mettent en commun des affects, des pensées, etc.) et 2/ *la recherche d'immuabilité* dont on ne connaît pas la nature (obsession, défenses obsessionnelles pour les uns, manque de flexibilité pour les autres). Le manque de réponse de la deuxième dimension au cours du processus psychothérapeutique, quelque soit la technique mise en œuvre, représente un constat toujours décevant. On mobilise ce qui est de l'ordre de la mise en relation de deux personnes, d'ouverture vers l'autre et de l'organisation chez l'enfant. Tout cela bouge... et cette deuxième dimension...

#### *Développement/fonctionnement/ressources familiales*

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

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

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

#### *Travailler avec les pairs à partir des données cliniques*

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

#### *La question du diagnostic*

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

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

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



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

#### *La question de la technique*

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

- ***Pôle Borderline adolescent***

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

#### *Le cadre de la psychothérapie interrogé*

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

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

#### *L'observation déterminante pour évaluer la gravité*

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

#### *Les instruments d'évaluation en question*

Le premier discutant signale qu'une critique pourrait être faite à la méthodologie car les évaluations sont des hétéro évaluations (clinicien juge et partie dans l'évaluation), cependant, l'auto questionnaire posait encore plus de problèmes. Il relève que dans la présentation il y a une lucidité des cliniciens qui lui semble très impressionnante et il questionne le groupe de pairs pour savoir si c'est quelque chose qu'elles ont ressenti. Elles répondent sur le travail de cotation à partir des instruments. Elles n'ont pas eu de problèmes avec l'instrument du processus, le PQS mais les autres (ESM et EFP) étaient difficiles au départ. Elles disent avoir beaucoup discuté à trois, sans être vraiment d'accord au début. Cependant, elles pensent que cela a été une chance car finalement elles ont pu affiner leur clinique à partir des données qu'elles avaient à leur disposition. Il y eu un va et vient avec le clinicien qui disait parfois "mais pourquoi avez-vous mis cela ?". Le retour aux données cliniques a été permanent. Finalement, au fur et à mesure du suivi, une représentation dynamique de la patiente s'est construite au sein du groupe de pairs, sans qu'elle ait été rencontrée. Le discutant dit qu'il ne faut pas avoir peur de la

subjectivité, que c'est dans l'explicitation de ce processus que l'on peut dire aux autres que les évaluations ne sont pas des « impressions » mais qu'elles sont réalisées dans un échange clinique structuré. Le groupe de pairs confirme ce travail important de retour aux données cliniques pour argumenter ce qui est coté. Elles « se permettaient » de s'interroger sur la clinique, disent-elles. Elles se sont rendu compte que la clinicienne surcotait et qu'elle voyait sa patiente moins grave que les deux autres pairs. Ce dernier élément mérite d'être relevé car il est retrouvé dans l'avis de nombreux groupes de pairs.

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

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

Cette question a été posée par une participante qui a fait remarquer que les trois pairs se connaissaient très bien et que, selon elle, il n'y avait pas un thérapeute mais trois. Les membres du groupe de pair ont réfuté totalement cette vision en précisant que les discussions de cotation étaient au contraire très serrées, jusqu'à devenir quelque fois vives. Un des discutants a confirmé que lorsqu'une précision nécessaire sur tel ou tel aspect était absente des données, c'était bien le psychothérapeute de la patiente qui pouvait y répondre. En revanche au niveau des cotations, l'avis des groupes de pairs peut devenir prépondérant. Il est ainsi intéressant de noter qu'au niveau de la gravité, le thérapeute a souvent tendance sous-coter certains aspects et à en surcoter d'autres. Un des intérêts de la méthodologie est ainsi à la fois d'enrichir les éléments pris en compte et de limiter les effets de halo en introduisant cette médiation avec les pairs.

#### *Quand la pratique est discutée*

« Fallait-il ou non interpréter ? », questionne une intervenante ? L'objectif de ce travail n'est pas de répondre directement à cette question. Dans ces études chaque clinicien a sa pratique et elle est respectée. L'important est que ces alternatives puissent être présentées et la façon la plus fine et explicite possible. . L'objectif ici c'est de se faire challenger par les autres et de ne pas se faire enfermer par une vision de la patiente. Le groupe de pairs a joué son rôle, il a argumenté ses choix de cotation en revenant aux données de la clinique. L'une des clinicienne du groupe de pairs dit qu'elles ont pris conscience qu'elles travaillent différemment et qu'elles ont vu aussi que les patients sont différents.

#### *Question pour la suite*

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



Analyser le dispositif a paru très important pour l'une des participantes. Cette question est prévue dans les études puisqu'il y a la notion des modérateurs qui est très importante.

- ***Pôle Borderline adulte***

#### *L'importance du cadre*

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

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

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

#### *Les relations interpersonnelles*

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

#### *Le rôle du groupe de pairs*

Le travail en groupe de pairs a influencé le travail en psychothérapie du thérapeute, dit-il. Il s'était fixé sans doute une pression pour que cela dure un an, cela a peut-être joué. C'était du support de pouvoir exprimer ce qui se passait. C'est un peu du travail d'intervision en profitant des instruments pour ouvrir la discussion, une rétroaction du groupe de pairs. Une nouvelle question sur le processus thérapeutique a émergé pour ce groupe : qu'est-ce qui crée les conditions que cela évolue comme ci ou comme ça ? Se poser cette question a été décomplexant. On peut se faire confiance, d'autant que l'on est pas seul, d'une autre façon que la supervision, qui est encore autre chose.

- ***Conclusions de la Journée***

JMT. Cette journée marque un tournant. La première étape était celle de la structuration du réseau, la seconde, celle du lancement des études de cas et de leur suivi en groupes de pairs pendant un an suivant une méthodologie commune. Cette méthodologie a montré sa faisabilité, mais nous commençons aussi à percevoir les perspectives qu'elle ouvre au delà de sa dimension spécifiquement évaluative. La collection de cas construits

suivant une méthodologie rigoureuse permet d'aborder de façon sereine, ouverte et intéressante – passionnante disent certains - des questions théorico-cliniques centrales dont les implications sur les pratiques sont majeures. Elles ont concerné le diagnostic, la technique et les modérateurs.

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

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

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

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

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

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

Des questions ont été posées sur la suite à donner à ces études dont il a été dit que les participants seraient bien sur tenus au courant. Nous avons une base de travail qui s'est consolidée, des personnes qui se sont formées, une capacité des cliniciens à s'engager

dans cette recherche et d'y participer pleinement. Je voudrai remercier aussi la DGS qui a soutenu le projet depuis le départ, le cadre institutionnel de l'Inserm et la HAS qui reste un accompagnant.

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

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

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

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

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

Compte-rendu de Monique Thurin

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

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

L'utilisation des trois outils choisis pour l'étude s'avère très efficace pour cerner l'évolution, du dehors (ECAR-T et grille G. Haag et coll.), et du dedans (CPQ).

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

PERFECTIONNEMENT DES OUTILS : Il s'agit surtout de **la grille G. HAAG et coll** :

- nous avons été amenés à *présenter les tableaux de cotation selon les dimensions* et non pas selon les étapes repérées, comme cela était utilisé au préalable à partir des tableaux de la publication initiale, tout en gardant apparente, sur les tableaux, la traversée des étapes. Cela donnait évidemment plus de liberté, précisément pour la vérification de ces mêmes étapes.

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

#### DISCUSSION GÉNÉRALE – PRINCIPAUX POINTS

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

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

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

Un dernier point important de la discussion concerne le **problème des classifications nosographiques**, avec la discussion, très sensible actuellement, sur la **participation de mécanismes psychotiques au cours de l'évolution des enfants autistes**, faisant parfois évoquer

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

#### 4. Bilan financier

<h2 style="margin: 0;">Compte rendu financier de l'action</h2> <h3 style="margin: 0;">Réseau de Recherches Fondées sur les pratiques psychothérapeutiques - 2008</h3>
---

Charges	Réalisation	%	Produits	Réalisation	%
<b>I – ressources directes affectées à l'action</b>					
<b>60 – Achat</b>			<b>70 – vente de produits finis, prestations de services, marchandises</b>		
Prestations de services					
Achats matières et fournitures (ordinateurs, disques durs)	6639		<b>74 – subventions d'exploitation</b>		
Autres fournitures MAJ logiciel	1484		Etat : précisez le(s) ministère(s) sollicité(s)		
<b>61 – services extérieurs</b>	6749		- DGS	52900	
Locations mobilières et immobilières			- INSERM	30000	
Entretiens et réparations			-		
Assurances			Région(s) :		
Documentation	1239		-		
Divers : prestation Inserm	5513		-		
<b>62 – autres services extérieurs</b>	26867		Département(s) :		
Rémunérations intermédiaires et honoraires	18564		-		
Publicité, publication			Commune(s) :		
Déplacements, missions	8303		-		
Services bancaires, autres			-		
<b>63 - Impôts et taxes</b>			Organismes sociaux (à détailler)		
Impôts et taxes sur rémunération			-		
Autres impôts et taxes			-		
<b>64 – charges de personnel</b>	11860		Fonds Européens		
Rémunération des personnels	7900		CNASEA (emploi aidé)		
Charges sociales	3960		Autres aides, dons ou subventions affectées		
Autres charges de personnel			-		
<b>65 – autres charges de gestions courante</b>			<b>75 – autres produits de gestion courante</b>		
<b>66 – charges financières</b>					
<b>67 – charges exceptionnelles</b>			<b>76 – produits financiers</b>		
<b>68 – dotation aux amortissements</b>			<b>78 – reports</b> (ressources non utilisées d'opérations antérieures)		
- Engagement à réaliser sur subventions attribuées	25550				
<b>II – ressources indirectes affectées à l'action</b>					

<b>Charges fixes de fonctionnement 7% action</b>	3751				
<b>Frais financiers</b>					
<b>Autres</b>					
<b>TOTAL des charges</b>	82900		<b>TOTAL des produits</b>	82900	

## Réseau de Recherches fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques - Exercice 2009

CHARGES	Réalisation	%	PRODUITS	Réalisation	%
<b>60 - Achat</b>			<b>70 - Vente de marchandises, produits finis, prestations de services</b>		
Prestations de services					
Achats matières et fournitures	4200		<b>74- Subventions d'exploitation<sup>16</sup></b>		
Autres fournitures	160		État : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s)	50150	
<b>61 - Services extérieurs</b>			INSERM	30000	
Abo internet	174		-		
Entretien et réparation			Région(s) :		
Assurance			-		
Documentation	2577		Département(s) :		
PTT	891		-		
<b>62 - Autres services extérieurs</b>			Intercommunalité(s) : EPCI <sup>17</sup>		
Rémunérations intermédiaires et honoraires	23500		-		
Publicité, publication			Commune(s) :		
Déplacements, missions	17402		-		
Services bancaires, autres			Organismes sociaux (détailler) :		
<b>63 - Impôts et taxes</b>			-		
Impôts et taxes sur rémunération			Fonds européens		
Autres impôts et taxes			-		
<b>64- Charges de personnel</b>	14172		L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés)		
Rémunération des personnels			Autres établissements publics		
Charges sociales			Aides privées		



Autres charges de personnel		<b>75 - Autres produits de gestion courante</b>		
<b>65- Autres charges de gestion courante</b>		Dont cotisations, dons manuels ou legs		
<b>66- Charges financières</b>		<b>76 - Produits financiers</b>		
<b>67- Charges exceptionnelles</b>		<b>78 - Reports</b>		
<b>68- Dotation aux amortissements</b>		-		
<b>Engagement à réaliser susubvention a</b>	12659			
<b>Charges fixes de fonct. 7%</b>	4415			
<b>Frais financiers</b>				
<b>Autres</b>				
<b>Total des charges</b>		<b>Total des produits</b>		
<b>86- Emplois des contributions volontaires en nature</b>		<b>87 - Contributions volontaires en nature</b>		
Secours en nature		Bénévolat		
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature		
Personnel bénévole		Dons en nature		
<b>TOTAL</b>	80150	<b>TOTAL</b>	80150	

## 5. Publications relatives à l'utilisation du Psychotherapy-Process Q-set

NumFiche

JONES EE, GUMMING JD & HOROWITZ MJ. Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1968 ; 56(1): 48-55.

NumFiche

ALBANI C, JONES E, THOMÄ H & KÄCHELE. Amalia X' psychanalytic therapy in the light of psychotherapy process Q-sort. Leuzinger-Bohleber et al. (livre) 2002 ; ( ): 294-302.

NumFiche

COMNINOS. . PhD thesis, Department of Psycholgy, University of Wollonlong 2008 ; (): -.

## 6. Publications individuelles relatives au réseau et à l'évaluation des psychothérapies

- THURIN M. (2009). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : une opportunité pour les psychologues cliniciens. *Fédérer Le Bulletin des psychologues et de la psychologie* (n° 50).
- THURIN JM, THURIN M. Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : comprendre pourquoi et comment une psychothérapie marche. *Annales Médico-Psychologiques* 2010 ; xxx-xxx
- THURIN JM. Psychanalyse et psychothérapie. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-810-F-50, 2010.
- THURIN JM. Évaluation des effets des psychothérapies. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-802-A-10, 2009
- THURIN JM. Évaluation du changement en psychothérapie. *Thérapie familiale* 2009, 30(2): 235-250.
- THURIN JM. Différents types de techniques psychothérapiques. *Revue du Praticien* 2009 ; 59: 709-713..
- THURIN JM. Modalités d'évaluation des prises en charge multiples. *Pour la recherche* 2009 ; 60: 6.
- THURIN JM. Principes d'analyse des données. *Pour la recherche* 2009 ; 60 : 7-8.
- THURIN J.M., « 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 ». In *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux* (G Fischman ed.). Paris, Elsevier/Masson, 2009.
- THURIN J.M., THURIN M., « Protocole d'études intensives de cas en groupes de pairs ». In *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux* In *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse. Fondements et enjeux* (G Fischman ed.). Paris, Elsevier/Masson, 2009.
- THURIN JM. L'évaluation des psychothérapies : la "révolution" en cours. In *Psychothérapie et société* ( F Champion ed.). Paris, Armand Colin 2008.
- THURIN JM, THURIN M. (2007). Évaluer les psychothérapies. Paris, Dunod.
- Publication soumise :*
- BAROUKH T, THURIN JM. THURIN M , FALISSARD B. Can we bridge Clinical Research and Practice ? Congrès MASHS 2010 (Modèles et Apprentissage en Sciences Humaines et Sociales)

**7. Bulletins de *Pour la recherche* consacrés au réseau et à la recherche en psychothérapie**

- [n° 55 \(décembre 2007\)](#). Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Publication de la réponse à l'appel d'offre Inserm.

[n° 56 \(mars 2008\)](#). RRFPP (2). Compte rendu des questions posées au cours de la journée du 25 avril 2008.

- [n° 57 \(juin 2008\)](#). RRFPP (3). Point sur le pôle autisme.
- [n° 58 \(septembre 2008\)](#). RRFPP (4). Point sur le pôle borderline.
- [n° 59 \(décembre 2008\)](#). RRFPP (5). Point sur le pôle alzheimer.
- [n° 60 \(mars 2009\)](#). RRFPP (6). Journée d'étape du 5 décembre 2008.
- n° 61 (juin 2009). Traduction et manuel d'utilisation du PQS (Psychotherapy Process Q-Set).
- n° 63 Journée d'étape du Réseau. 22 janvier 2010

