

Coordonnateurs : Bruno FALISSARD et Jean-Michel THURIN

RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES

RAPPORT D'ÉTAPE à 4 ans

PÔLE AUTISME – mars 2013

**Partie 1 - Constitution et modalités du travail en réseau ; Méthodologie ;
Analyse des données et Premiers résultats ; Conclusions et Perspectives**

Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques

Coordonnateurs : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard

Institutions : Unité Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie

Support financier : Inserm, Direction Générale de la Santé et Fondation de France

Comité de Pilotage : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Mme Monique Thurin, Pr Bernard Golse, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehembre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier

Méthodologie et analyse des données : Bruno Falissard, Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib (U669)

<http://www.techniques-psychotherapiquesorg/Reseau/>

Ce rapport est téléchargeable à l'adresse suivante :

[http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/
RapportRRFPPAUT_2013_v3a.pdf](http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/PoleAutisme/Rapports/RapportRRFPPAUT_2013_v3a.pdf)

Le téléchargement permet de consulter des documents complémentaires dont les liens sont accessibles tout le long du rapport.

Les personnes intéressées peuvent demander un mot de passe pour y accéder à
jean-michel.thurin@inserm.fr

VI. MISE EN PLACE ET MODALITÉS DE TRAVAIL DU RÉSEAU

1. Préparation de l'organisation du réseau et de son fonctionnement

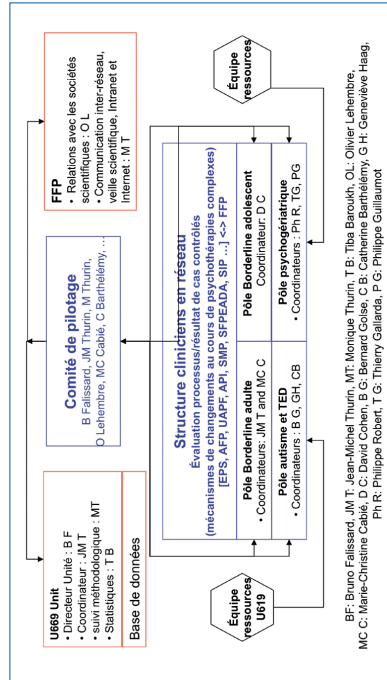
Dans la revue de littérature très étendue qui a précédé la mise en place du réseau, 2 articles nous ont beaucoup aidé car ils présentaient les réflexions et les recommandations d'auteurs à partir de leur expérience dans ce domaine. Ce sont ceux de Borkovec et al. au début de la mise en place du *Pennsylvania Practice Research Network* en 2000 et celui de Kutner et al. dans le cadre de la recherche sur le soin en fin de vie. Leur relecture montre à la fois que les objectifs, les questions centrales, les obstacles rencontrés et la façon de les dépasser qui y sont présentés restent très actuels et transdisciplinaires en ce qui concerne les principes et les modalités de travail.

2. Présentation du réseau et appel à la participation aux études

Un appel général à participation aux études a été lancé à partir de la publication dans [Pour la Recherche 55](#) de la méthodologie du réseau et des conditions pour participer à ses études. Une première réunion de présentation et de discussion a été organisée le 25 avril 2008. Cette réunion s'est tenue à l'Hôpital Ste Anne à Paris. Un compte rendu a été réalisé dans [Pour la Recherche 56](#) et toutes les présentations, accompagnées des questions des participants sont affichées sur le [site internet](#). Cet appel a été largement relayé par les institutions, les services concernés et les manifestations scientifiques qui se sont tenues ultérieurement. Trois autres réunions d'appel à participation se sont déroulées dans la même année qui ont concerné les trois pôles du réseau : borderline, autisme et Alzheimer.

Une plaquette de présentation du réseau a été réalisée. Elle est régulièrement diffusée lors des manifestations scientifiques.

- **Coordinateurs** : Jean-Michel Thurin et Bruno Falissard
- **Institutions** : Inserm U669 et Fédération Française de Psychiatrie
- **Soutien et support financier** : Inserm, DGS et Fondation de France
- **Comité de Pilotage** : Dr Jean-Michel Thurin, Pr Bruno Falissard, Monique Thurin, Pr David Cohen, Pr Catherine Barthélémy, Pr Bernard Golse, Dr Geneviève Haag, Dr Marie-Christine Cabié, Dr Olivier Lehenbre, Pr Philippe Robert, M Denis Mellier
- **Méthodologie et analyse des données** : Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Tiba Baroukh, Fadia Dib, Bruno Falissard (U669).



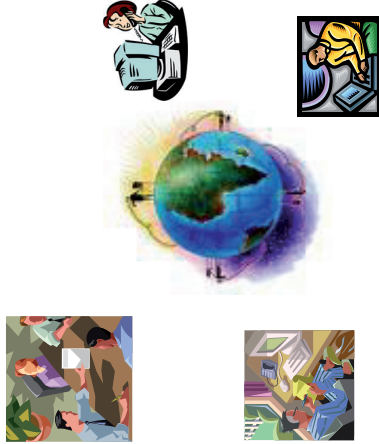
● Comment s'inscrire ?

- ◆ Adresser un e-mail (mthurin@techniques-psychotherapiques.org) en faisant la demande d'inscription dans l'un des pôles du réseau (borderline, autisme et troubles envahissants du développement ou alzheimer et troubles apparentés).
- ◆ Le clinicien évaluera le suivi psychothérapique d'un de ses patients dans le cadre d'un groupe de pairs (avec deux autres cliniciens).
- ◆ Le clinicien désirant s'engager dans les études peut consulter le site internet, poser des questions et participer aux réunions régulières qui se tiennent sur le réseau. Concernant ces dernières, un agenda est affiché sur le site à l'adresse suivante :

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



Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques



● Qu'est ce que le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFP) ?

- ◆ Ce réseau constitue le cadre innovateur d'une recherche clinique en psychiatrie ayant vocation à répondre aux questions qui se posent aux cliniciens dans leurs pratiques quotidiennes. Il est coordonné par B. Falissard (U669) et JM. Thurin (FFP & U669). La recherche porte sur les psychothérapies, un traitement majeur en psychiatrie et en santé mentale.
- ◆ Les méthodologies développées permettent de mener des études rigoureuses dans des conditions réelles. Elles ouvrent des voies tout à fait prometteuses, tant au niveau des connaissances que des pratiques.
- ◆ Actuellement, près de 200 cliniciens participent aux études. Des collaborations internationales très dynamiques sont d'ores et déjà établies.
- ◆ Issue d'une sélection très compétitive par l'Inserm, cette recherche bénéficie du soutien de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation de France.

● En quoi ce réseau est-il novateur ?

- ◆ Sa méthodologie repose sur les études de cas de troisième génération (études pragmatiques de cas) et l'organisation du travail en réseau.
- ◆ Cette méthodologie associe les approches qualitative et quantitative. Elle permet de décrire effectivement le processus d'approches thérapeutiques qui étaient mises antérieurement hors jeu de la recherche empirique en raison de leur complexité (par exemple, thérapie de jeu, psychothérapie psychodynamique, thérapie psychanalytique).
- ◆ Chaque étude respecte le processus naturel de la psychothérapie, prend en compte les différences individuelles et intègre les meilleurs critères de preuve.
- ◆ A partir d'une formulation psychopathologique initiale accompagnée d'objectifs et d'une stratégie de départ pour les atteindre, chaque cas bénéficie d'une observation longitudinale de ses changements manifestes (symptômes, comportements et fonctionnements) et du processus interne de la psychothérapie qui les sous-tend. Il en résulte une vision multidimensionnelle et systématique du processus de changement qui ouvre à une compréhension de ses causes et de ses mécanismes.
- ◆ La recherche en réseau permet de réunir des cas analogues et d'interroger les différences et les communautés qui interviennent dans leurs trajectoires d'évolution. Le caractère individuel ou plus général des résultats est pris en considération.
- ◆ Les cliniciens et les chercheurs travaillent en liaison étroite sur un objet commun et réduisent le fossé qui caractérisait auparavant leurs approches respectives.
- ◆ Le réseau utilise pleinement les nouvelles technologies de communication.

● Comment fonctionne-t-il ?

- ◆ Trois cliniciens se réunissent en groupe de pairs (GP).
- ◆ Chaque clinicien suit l'évolution de l'un de ses cas pendant un an, à partir des données qu'il recueille au cours des 3 premiers entretiens, puis de 2 entretiens à 3 mois, 6 mois et 12 mois. Les évaluations sont réalisées individuellement. Les cotations sont comparées et discutées en GP jusqu'à accord.
- ◆ La formation à la recherche est réalisée à partir :
 - de présentations de la méthodologie et des instruments sur le site Inter-net du réseau : www.techniques-psychotherapies.org/reseau ;
 - de formations ciblées ; de réunions de retours d'expériences ;
 - d'un accompagnement par mail et éventuellement téléphonique du groupe de pairs.
- ◆ L'analyse des données de son cas est transmise au clinicien.

● Qu'apporte le réseau au clinicien qui y participe ?

- ◆ Une réduction de son isolement, la possibilité de partager des questions cliniques et théoriques avec une méthodologie solide pour y répondre.
- ◆ Une connaissance de l'efficacité générale et dimensionnelle de la thérapie qu'il anime.
- ◆ Un enrichissement de ses outils d'observation clinique et de compréhension des ressorts de l'interaction thérapeutique.
- ◆ Une possibilité de décrire son approche, les principales actions thérapeutiques qu'il met en œuvre et leur évolution au cours du processus psychothérapeutique.
- ◆ Une base de formation à la recherche et la validation de ses obligations d'EPP / DPC.

● Quels sont ses premiers résultats ?

- ◆ Les pratiques ne correspondent pas aux stéréotypes. Les thérapeutes adoptent une attitude empathique et ajustent leur approche à l'état de base et aux évolutions de leurs patients.
- ◆ Les modérateurs (sévérité des troubles, alliance familiale,...) interviennent dans les résultats.
- ◆ L'alliance est un facteur essentiel, avec des convergences ou des « ratapages » entre le patient et le thérapeute.
- ◆ D'autres facteurs, tels que l'Insight, l'amélioration des relations interpersonnelles constituent des facteurs importants de l'évolution du patient.

3. Souscription aux règles d'éthique, recueil, cotation et gestion des données

a) Information et consentement du patient

Une présentation générale des règles éthiques concernant les études observationnelles telles qu'elles sont conduites dans le RRFPP a été réalisée en avril 2008 par JC Thalabard ([diaporama](#) en ligne).

Une demande initiale a été formulée au CCTIR qui a donné son accord, puis à la CNIL qui l'a donné également dans les conditions suivantes :

- Chaque praticien, participant à l'étude RRFPP, Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques et désirant inclure un patient, informe sa famille qui le représente sur l'objet de l'étude.
- En cas d'accord de principe de la famille, le soignant lui remet un [formulaire de consentement](#) à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies comprenant une information relative au droit d'accès et de rectification aux informations, conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978.
- À la réception de l'accord formel du représentant du patient, le soignant contacte Monique Thurin (MT), psychologue clinicienne, responsable des données d'identification, pour obtenir un code patient. Lorsqu'il s'agit d'un premier patient pour ce soignant, un code soignant lui est également attribué. Pour pouvoir participer à l'étude, le soignant doit avoir également désigné deux pairs qui évalueront la psychothérapie de son patient avec les mêmes outils.
- Le *code soignant* est un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement par MT, au fur et à mesure de l'inclusion de leur premier patient par les soignants : 001, 002, ... Ce numéro attribué au soignant est unique. Il est noté sur un cahier réservé spécifiquement à cet objet avec les noms et prénoms du soignant. C'est ce code qui lui servira d'identifiant pendant toute la durée de l'étude et permettra son anonymisation. De même, les *codes patients* sont établis séquentiellement, au fur et à mesure de leurs inclusions dans l'étude. De manière à distinguer facilement les codes patients et les codes soignants, les codes patients sont définis de la manière suivante : X, suivi d'un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement, au fur et à mesure de l'inclusion des patients de sexe féminin : X001, X002 ...; Y, suivi d'un numéro d'ordre, sur trois caractères, établi séquentiellement, au fur et à mesure de l'inclusion des patients de sexe masculin : Y001, Y002... . Pour les patients italiens un i est inclus dans le code sous la forme Xi01, Xi02

b) Cahier d'observation

- Dès l'attribution du code patient, un [livret d'évaluation](#) du patient, anonymisé et relatif à sa pathologie, est remis au soignant sous format *Word* dématérialisé au format *rtf*. C'est ce livret qui permettra au clinicien de réunir les données associées à l'étude de la psychothérapie mise en œuvre avec le patient durant 1 an. La délivrance des codes soignant et patient, ainsi que celle du livret d'évaluation vierge de toute information mise à part l'information pôle, font suite à la requête du soignant, par mail envoyé au responsable des données d'identification.
- À réception du livret d'évaluation, le soignant alimente les informations code et âge du patient, date de début du traitement, code soignant, codes soignants des deux pairs. Il établit ensuite au cours des trois premiers entretiens cliniques, une évaluation qualitative du patient, diagnostic, objectif, stratégie suivant la méthode de formulation de cas, ainsi qu'une évaluation quantitative de sa pathologie à l'aide de scores par utilisation de questionnaires spécifiques à celle-ci. Chaque entretien clinique est également examiné par les deux autres pairs et les scores aux questionnaires pour les trois soignants sont confrontés pour aboutir à une validation globale du diagnostic. Les trois pairs communiquent entre eux par mails sécurisés, par téléphone, ou encore au cours de réunions par Internet ou présentes.
- A l'issue de cette étape, le soignant transmet l'évaluation initiale, première partie du livret, identifiée par le code patient, validée par le groupe de pairs, par mail sécurisé, au responsable des données d'identification. Si des tests préalables à l'étude ont été réalisés, le clinicien en fait état en complément de la formulation de cas.

c) Recueil et cotation des données

Les données sont issues des notes extensives prise par le clinicien durant ou immédiatement après les séances. Elles sont accompagnées, quand c'est possible, d'enregistrements vidéos issus des 3 premières séances, puis de 2 séances à 2, 6 et 12 mois. Elles sont aussi complètes que possible et contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses comportements, ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce que le thérapeute pense pendant la séance et l'atmosphère de la séance, dans l'ordre chronologique du déroulement.

Ces données sont transmises sous forme électronique aux 2 autres membres du groupe de pairs¹³ (non présents durant la séance). Chaque clinicien réalise une cotation individuelle à partir des instruments utilisés dans l'étude, puis une réunion du groupe de pairs (en général par vidéoconférence) permet d'établir la cotation définitive après discussion des écarts de cotation en référence aux données.

La question de la fidélité interjuge, centrale en raison de la composante multicentrique de l'étude, a fait l'objet d'une attention particulière. La procédure d'accord interjuges a été conçue en trois étapes. La première étape est celle d'une cotation individuelle des données par chaque juge, à partir d'instruments validés. La seconde étape est une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global réalisée en groupe de pairs. Cette méthode a été utilisée pour améliorer la fiabilité des cotations d'instruments qui peuvent demander une période d'adaptation pour des cliniciens qui sont isolés et ne les connaissent pas parfaitement, notamment en repérant les biais de cotation et pour formaliser les causes rationnelles de divergence. Le score global n'est jamais obtenu en moyennant les 3 scores mais par discussion à partir des données. Les scores de chaque étape sont conservés.

Ces deux étapes relatives à chaque cas sont complétées par la réalisation régulière de réunions de retours d'expérience dont un des temps est systématiquement consacré aux difficultés éventuelles rencontrées dans les cotations. Des précisions sont données oralement aux participants, généralement en référence aux manuels de cotation. Chaque fois que c'est nécessaire, des instructions complémentaires sont réalisées et affichées sur le site du réseau.

d) Réception, contrôle et stockage des données

Une fois les cotations réalisées et le consensus obtenu pour chacune d'elles, les données sont transmises à MT pour être intégrées et stockées dans les bases de données.

- À réception des évaluations, la responsable des données d'identification, MT, informe le technicien en statistique et Jean-Michel Thurin, psychiatre, responsable du réseau RRFP, de la disponibilité des données. Les données qualitatives, textuelles sont stockées sur un serveur Mac OS Server X 10.5. Les données quantitatives sont stockées sur un deuxième serveur Mac OS Server X 10.5 localisé au Centre Inserm P Broca. Elles sont alors intégrées dans la base de données du réseau RRFP, gérée par le logiciel de gestion de fichiers FileMaker Pro.
- MT vérifie que le démarrage de la procédure de suivi du patient est conforme à la méthodologie de l'étude, plus particulièrement que les différentes rubriques sont correctement remplies. Un contrôle de contenu et de cohérence des données quantitatives est ensuite effectué par MT. L'accès à distance aux deux serveurs Mac OS Server est sécurisé au moyen du logiciel File Maker Pro Server et du protocole de partage de fichiers utilisé par Macintosh, AFP (*Apple Filing Protocol*).
- File Maker Pro Server permet de crypter toutes les communications entre les clients équipés de FileMaker Pro et le serveur Mac OS Server X 10.5 à l'aide du cryptage SSL sécurisé. Il permet de désigner un ensemble d'utilisateurs avec des permissions POSIX, inspiré du système de liste d'utilisateurs UNIX et de les surveiller en temps réel au moyen de l'Admin Console. Dans cette étude, la liste des utilisateurs très réduite : Monique et Jean-Michel Thurin, ainsi que le technicien en statistique.

En cas de données incomplètes ou aberrantes, MT le notifie au soignant en l'informant par mail de manière à compléter ou réexaminer les données.

13 Les cliniciens travaillent par groupes de 3 pairs.

La date de réception des données fait courir une plage de 2 mois, à l'issue de laquelle, le soignant envoie son évaluation essentiellement quantitative (scores à des questionnaires), validée par son groupe de pairs, suivant la procédure décrite à la deuxième étape. En cas de non réception de celui-ci, MT sollicite son envoi par mail auprès du soignant.

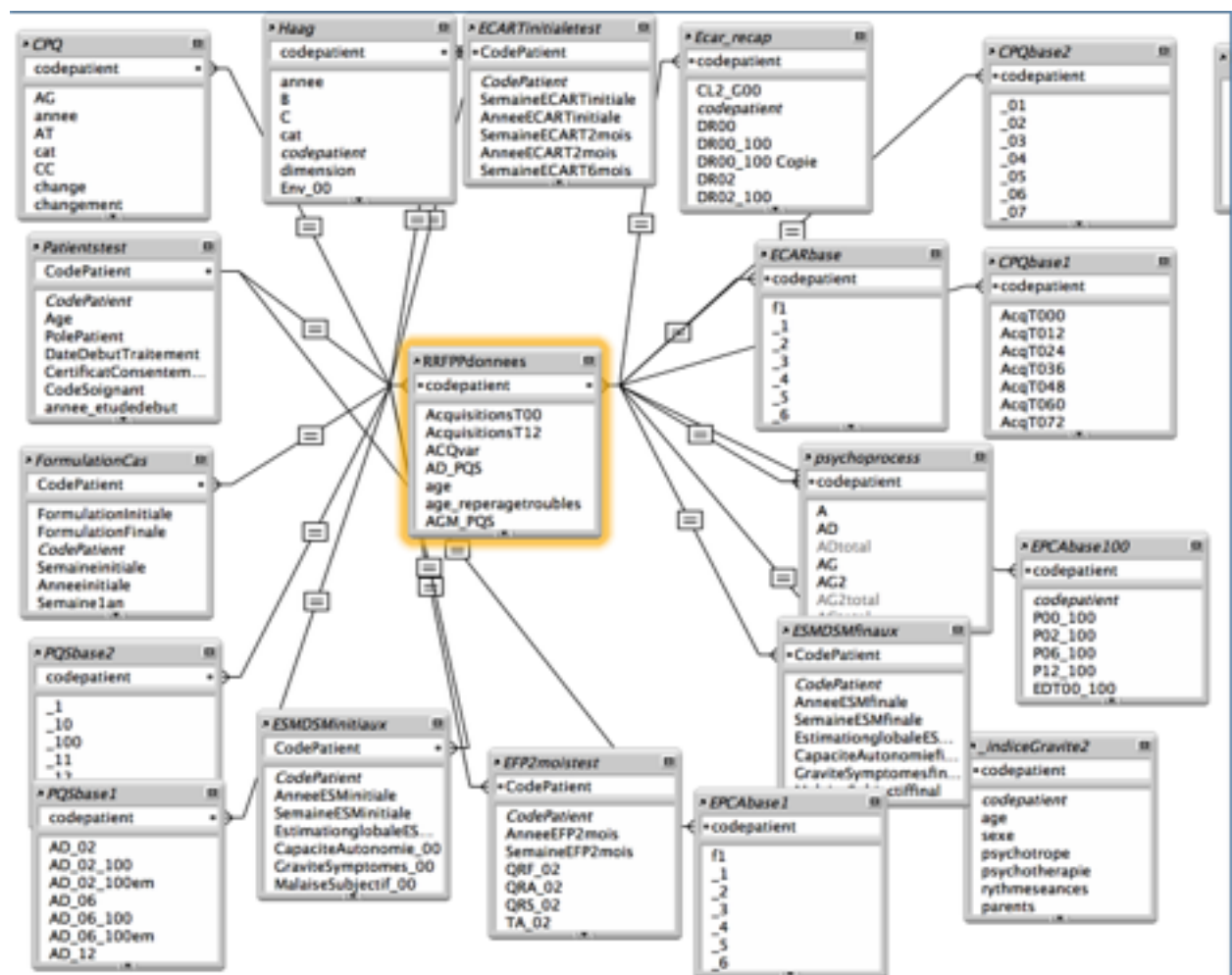
Les procédures à 6 mois, (9 mois si possible) et à 12 mois se déroulent de la même manière : le soignant transmet son évaluation, MT la réceptionne et en contrôle le contenu et la cohérence avant de l'intégrer dans la base.

L'évaluation à 12 mois établit à nouveau un diagnostic du patient, ainsi qu'une formulation de cas, validée par le groupe de pairs. Les données sont transmises une dernière fois à MT et après validation des données, le dossier du cas est clôturé et ne doit plus être modifié.

e) Organisation des bases de données

Les données sont organisées à partir de 12 bases de données, réalisées à partir du logiciel Filemaker Pro, centrées sur les cas individualisés, les indicateurs de résultats, les indicateurs de processus et les cas réunis.

Le graphe de leur organisation est présenté ci-dessous. L'accès aux données et leurs présentations sous des formes permettant déjà d'opérer classements, extraits, etc. sous différents formats du cas à l'ensemble des cas ont permis une approche directe et des aperçus rapides qui ont été consolidés par les outils statistiques.



Graphe des bases de données et de leur organisation

4. Fonctionnement du Réseau pour les cliniciens inscrits dans les études

Le soutien des membres du réseau a une importance majeure. C'est un des aspects sur lesquels Kutner et al. insistent le plus, à partir de leur expérience étendue dans le domaine¹⁴.

Dans le RRFPP, le soutien des cliniciens pour participer au Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques, comprendre la méthodologie et utiliser les outils nécessaires s'est organisé autour de six modalités principales : les journées d'information, de formation et de retour d'expérience ; les documents écrits ; le site internet dédié au réseau et les échanges par téléphone ; la reconnaissance de leur travail.

a) Les Journées d'information, de formation et de retour d'expérience

- Celles-ci se déroulent suivant deux modalités
 - Les *Journées* où sont réunis tous les cliniciens de tous les pôles du réseau et le public intéressé.
 - Les *Séminaires* consacrés à chacun des pôles et qui concernent le travail des cliniciens, discuté et présenté autour des résultats.

b) Les documents écrits

- Le livret d'évaluation, spécifique à chaque pôle
 - Il est adressé à chacun des cliniciens dès leur engagement dans le réseau. Il reprend pas à pas la méthodologie avec les fiches d'évaluation
- Les publications de *Pour la Recherche*
 - Plusieurs numéros ont été consacrés à la méthodologie générale, la méthodologie de chacun des pôles et des synthèses de retour d'expérience.

¹⁴ « Soutenir le Réseau

Les RRFPP ont, par définition, une vie indépendante des études individuelles. Afin de maintenir un RRFPP au fil du temps, une attention particulière doit être accordée aux besoins des membres du réseau. Les besoins des membres du réseau peuvent être traités de diverses manières: (1) Fournir les résultats propres de chaque site et les résultats agrégés en temps opportun pour les sites participants, avec leur interprétation et suggestions pour leur traduction dans la pratique clinique - le retour intellectuel d'un projet peut être la meilleure récompense pour leurs efforts. Le fait de ne pas recevoir en temps opportun un retour sur les résultats d'une étude peut créer du ressentiment et réduire l'intérêt pour les projets de recherche futurs ; (2) Aider à l'utilisation des données de l'étude du réseau pour l'amélioration de la qualité / des projets d'assurance qualité ; (3) Fournir sur place des services se rapportant aux études du réseau ; (4) Mener des revues de littérature pour les membres du réseau - et fournir des articles pertinents ; (5) Tenir compte des intérêts de recherche des membres. Ceux qui pensent que le projet est sans importance ou ne concerne pas leur population de patients sont peu susceptibles d'être d'une grande aide ; (6) adapter le projet aux routines cliniques. Un projet de recherche clinique située dans un cadre communautaire doit s'intégrer harmonieusement dans le fonctionnement quotidien de la pratique. S'il apparaît qu'un projet interfère de façon significative avec le soin des patients, l'investigateur doit être prêt à faire des changements dans la conception ou la mise en œuvre de la recherche, y compris le lieu ou le mode de recrutement des patients, la durée de passation des instruments d'étude, la méthode et les fréquences de suivi, la source de données de l'étude ; (7) limiter la charge sur les personnes en maintenant des exigences proportionnées au temps qu'ils ont actuellement à consacrer au projet.

L'équipe de recherche doit rester consciente et reconnaître les exigences concurrentes rencontrées par les cliniciens. Le maintien de l'intérêt que les membres RRFPP portent à la recherche en général et la possibilité de générer leur intérêt à participer à des études particulières nécessite un contact personnel continu et fréquent entre l'équipe de recherche et les membres du réseau via des appels téléphoniques, des visites de sites, des messages e-mail, lettres, etc. En outre, l'équipe de recherche devrait fournir à ses sites membres les moyens d'établir des relations publiques, de donner des informations via des communiqués de presse, de gérer la paternité (ou au moins la reconnaissance dans les publications), et les mentionner dans les bulletins de la société et professionnels. Le RRFPP devrait continuellement rechercher comment augmenter le respect et la réputation du réseau parmi les sites participants, les organisations professionnelles et les collègues.

Des mesures incitatives pour les sites participants et les individus sont appréciées et aident la participation à l'étude et son achèvement. Notre réseau a utilisé des certificats reconnaissant l'activité des personnes, des marques de reconnaissance des organisations pour leurs contributions à l'étude, des logos, des stylos, des abonnements à des revues et des réunions festives pour remercier ses membres pour leurs contributions aux études ». In Kutner et al. 2005.

- Les rapports d'étape du réseau et leur discussion.

c) Le Site internet dédié au Réseau www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/

Il comprend

- Une information générale des conditions pour devenir membre :
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Candidatures.html>
- Le coffre à outils des membres du réseau :
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/BoiteOutils.html>
 - ce lien propose une page où le clinicien peut consulter la méthodologie générale du réseau dans toutes ses composantes sous formes de textes, de diaporamas
 - le clinicien peut facilement télécharger les outils informatiques utiles pour la lecture des vidéo présentées (*Quicktime*) ou pour la communication à distance en groupe de pairs (*Skype*)
 - la marche à suivre pour débiter les études
 - cette page propose également des liens concernant les informations pour chacun des pôles : description générale des outils et le lien de la méthodologie spécifique à chacun d'entre eux.
 - A partir de cette page les cliniciens concernés par l'un des pôles peuvent accéder à des formations aux instruments, et réaliser des passations en ligne¹⁵.
- Le calendrier des activités du réseau
<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Calendrier.html>
 - Il est très utile aux cliniciens qui peuvent consulter les dates des réunions mais aussi qui y trouvent le compte rendu des réunions antérieures (diaporamas et vidéos)²⁴.
- La veille bibliographique concernant les thèmes prioritaires de recherche
<http://www.psydoc-france.fr/Phorum5/list.php?10>
 - Des résumés des recherches récentes concernant les thèmes du réseau sont consultables.

- Le site techniques-psychotherapiques.org : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/>

- Véritable source documentaire sur l'évaluation des psychothérapies

d) Les échanges e.mail avec les cliniciens

- Prise de contact : inscription dans le réseau
 - Les échanges e.mail avec le clinicien commencent avec sa demande de participation. En retour une fiche de renseignements le concernant lui est adressée. Elle contient son nom, son adresse professionnelle, les modalités de prises en charge psychothérapique de ses patients (privée, institutionnelle, etc), ses bases théoriques (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, etc). À cette occasion, il est demandé au clinicien l'âge, le sexe et la date de la première séance de psychothérapie du patient qu'il engage dans les études (à partir de laquelle l'évaluation commencera). En retour de ces informations, le clinicien reçoit un code pour lui, un code pour son patient (anonymisation des données cliniques) et le livret d'évaluation relatif au pôle dans lequel il s'inscrit.

¹⁵ ce niveau est accessible avec mot de passe, distribué à chacun des cliniciens qui s'inscrit dans le réseau.

- Aide à la prise en main de la méthodologie
 - A partir de ces préalables de nombreux échanges ont lieu pour répondre aux questions du clinicien, pour expliquer à nouveau un point méthodologique, pour aider à la passation d'instrument...
- Les évaluations
 - Les fiches d'évaluation des différents instruments sont adressées par e.mail à un seul correspondant (M Thurin) qui les vérifie. Le cas échéant elle demande des précisions au clinicien ou de revoir en groupe de pairs des éléments non précisés. Pour chacun des cas suivis, l'évaluation définitive est constituée de 23 fichiers : 9 contiennent les données de base (notes exhaustives des séances), 2 contiennent les formulations de cas initiale et à 12 mois correspondant à un diagnostic psychopathologique de l'enfant, ses problèmes mais aussi ses atouts, 1 fichier contient les modérateurs, les 11 autres contiennent les évaluations réalisées avec les différents outils : 1. évaluant les symptômes et comportements, 2. le développement et 3. le processus interne de la psychothérapie.
 - Un point régulier est réalisé avec les groupes de pairs. Il permet de vérifier que les données sont bien arrivées et de dynamiser le travail des cliniciens.

e) Les échanges par téléphone

- Le clinicien peut appeler tous les lundis de 21h à 22h. D'autres rendez-vous téléphoniques pour discuter de la méthodologie ou d'un point difficile à résoudre par le clinicien sont pris individuellement.

f) La reconnaissance du travail des cliniciens

Elle se fait, comme proposé dans l'article de Kutner par référence à leur travail dans les présentations, articles, conférences. Le groupe italien a demandé des certificats à l'occasion d'une de ses Journées, ce qui a été réalisé.

5. Agenda des réunions de formation, d'information et de retour d'expériences

Durant les années 2008-2012, 28 réunions générales et du pôle autisme ont eu lieu. Plusieurs d'entre elles ont été publiées dans *Pour la Recherche*.

2008

- 12 février 2008. Présentation du réseau. Service du Pr Cohen Pitié Salpêtrière (Paris)
- 25 avril 2008. Présentation du réseau et échanges pour sa mise en oeuvre. actes
- 19 mai 2008. Réunion (1) du groupe de pilotage du pôle Autisme
- 13 juin 2008. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 10 juillet 2008. Réunion (2) du groupe de pilotage du pôle Autisme
- 5 septembre 2008. Réunion d'information générale du pôle Autisme - actes
- 22 septembre 2008. Présentation du réseau. Service du Pr Schmit (Reims)
- 25 octobre 2008. Réunion de formation pour le pôle Autisme - programme
- 5 décembre 2008. Journée d'étape et de retours d'expérience - actes

2009

- 9 février. Réunion du groupe de pilotage du réseau
- 6 mars. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : pôle autisme
- 13 juin. Présentation et discussion de la méthodologie du réseau (autisme) avec comités Italien et Anglais

- 13 juin. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : pôle autisme
- 15 juin. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 7 septembre. Réunion du comité de pilotage du réseau
- 25 septembre. Séminaire de méthodologie d'analyse des données : réunion commune
- 12 décembre. Réunion méthodologique du Pôle autisme Italien

2010

- 22 Janvier 2010 Journée d'étape et de retours d'expérience *PLR n° 63 (Décembre 2009)*
- 29 mai 2010. Séminaire de travail avec le groupe italien
- 3 juillet 2010. Pôle autisme : Séminaire autour des évaluations dans les groupes de pairs
- 1er octobre 2010. Groupe de travail sur le Questionnaire classé de Processus Psychothérapique de l'Enfant (*Child Psychotherapy Process Q-sort*)
- 13 novembre 2010. Réunion méthodologique du pôle autisme italien.
- 29 novembre 2010. Comité de pilotage - analyse des données (U669)
- 4 décembre 2010. Séminaire pôle autisme (Formulation de cas et Grille EPCA)

2011

- 4 mars 2011 : Séminaire pôle autisme
- 2 avril 2011 : Conférence internationale Rome avec le groupe italien *PLR n° 68-69 (Mars-Juin 2009)*
- 14 mai 2011 : Présentation de cas
- 9-10 septembre 2011 : U669 atelier d'écriture article
- 30 septembre 2011 : Journée du Réseau à Paris de 9h à 17h centrée le matin sur le pôle autisme.

2012

- 29 septembre 2012. Conférence internationale Gènes avec le groupe italien *PLR n° 72-73*
- 8 décembre 2012 : Journée du Pôle autisme à Paris de 9h à 17h.

Compte rendu du séminaire avec les cliniciens du pôle autisme du 8 décembre 2012.

Ce séminaire s'est tenu au petit Amphi de la CMME à l'hôpital St Anne de 9h45 à 17h. Le déjeuner s'est tenu à la Fiap avec les participants (rue Cabanis - 75014 Paris).

Cette journée séminaire avait pour objectif de réunir l'ensemble des participants du pôle autisme (cliniciens et responsables) pour une discussion approfondie autour de deux points principaux :

1. Un point sur les interventions faites à partir du pôle autisme (présentations dans diverses manifestations scientifiques, nationales et internationales, que nous avons mises en ligne et qui peuvent être consultées à l'adresse suivante : www.techniques-psychotherapiques.org/reseau/calendrier.html (avec un login et mot de passe pour entrer) ;
2. Questions des cliniciens et réflexion sur les publications et les différents formats envisagés.

Étaient présents à cette journée un représentant au moins de chaque groupe de pairs des cliniciens, le Pr Catherine Barthélémy et le Dr Geneviève Haag, responsables du pôle autisme, le Dr Jean-Michel Thurin (U669 - FFP), coordonnateur du Réseau, Monique Thurin pour l'animation et la méthodologie en relation avec les cliniciens, Tiba Baroukh et Fadia Dib pour l'Unité 669 concernant l'aide à l'analyse statistique.

Les présentations réalisées lors des différents congrès ont été largement discutées par les participants. Les questions et propositions ont permis une ouverture sur des points à préciser dans le rapport d'étape 2013 du réseau.

Ces présentations concernaient les posters affichés et discutés à Virginia Beach (niveaux 2 et 3 de l'analyse), ceux présentées au congrès international de Tours (IRIA) sous le titre «La thérapie est-elle ajustée aux spécificités des patients. Groupe de patient se caractérisant par son insuffisance de régulation émotionnelle. Les trois interventions présentées au congrès IACAPAP : 1. apport des études de cas individuels, leurs limites, dispersion des cas, mais aussi précision des données ; 2. étude des groupes (stats) ; 3. Comparaison de groupe. La présentation à l'ANCRA de Catherine Brodin (clinicien dans un groupe de pairs du réseau - Caen, service du Pr Baleyte).

À la suite de ces interventions a été abordée en détail la question des modérateurs introduits dans le cadre des évaluations. Les cliniciens ont beaucoup apprécié les précisions apportées sur ce concept clé nécessairement pris en compte pour aborder le travail psychothérapique. Les cliniciens ont bien relevé que contredisant le discours actuel, il s'avère que la prise en charge précoce est majoritaire chez les patients qui ont été évalués ainsi que leur suivi scolaire présent sous une forme ou une autre (intégration complète avec ou sans AVS, demies journées, quelques heures...).

Des tableaux réunissant les données des 50 premiers cas terminées ont été présentés qui ont permis d'appréhender avec les participants des points essentiels, notamment les groupes d'âge en relation aux différents instruments d'évaluation et surtout sur les différentes dimensions qu'ils abordent.

La deuxième partie de la journée a été consacrée d'abord aux questions spécifiques des cliniciens : les questions éthiques, la formulation de cas et les autres instruments d'évaluation. Il faut rappeler ici que tous les cliniciens ne sont pas au même temps de leur formation aux outils et à la compréhension de la méthodologie, certains ayant intégré le réseau plus récemment.

La dernière partie de cette journée a porté sur une réflexion sur les publications et les points importants à communiquer à la communauté clinique et scientifique.

Les cliniciens ont reformulé l'importance pour eux de ce travail dans leur approche des enfants autistes. À partir des points abordés et des réponses apportées, deux groupes de pairs ont souhaité s'inscrire dans le réseau. Ils ont aujourd'hui commencé les évaluations.

2013

- 22 avril 2013. Présentation du réseau. Service du Dr Chambry Fondation Vallée (Gentilly)

6. Publications relatives au réseau dans *Pour la recherche*

- [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 \(Décembre 2009\)](#) Journée d'étape du Réseau. 22 janvier 2010
- [n° 66 \(Septembre 2010\)](#). Questionnaire de configuration du processus psychothérapique (version enfant)
- [n° 68-69 \(Mars-Juin 2011\)](#). Compte rendu de la conférence internationale de Rome (Pôle autisme Italien du réseau).
- [n° 71-72 \(Décembre 2011-Mars 2012\)](#). L'autisme, Grande Cause Nationale 2012.