n° 77 - 78
Juin - Sept.
2013

POUR LA RECHERCHE

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

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Sommaire

Extraits du rapport 2013 du Réseau Inserm de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques : pôle autisme

° Contexte international des Réseaux de Recherches Fondées sur les Pratiques.

° Données probantes en psychothérapie

1. Deux exemples : la formulation de cas et l'étude de cas

2. Méthodologie et analyse : le cas Anna

Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

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

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

● Voici la première partie d'une présentation du rapport qui a été réalisé à partir de l'analyse de 50 études de cas conduites par le pôle autisme du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. Ce rapport est très dense et il nous a paru important d'en publier des extraits dans *Pour la recherche* qui a accompagné les principales étapes de sa mise en place et de son fonctionnement. Trois aspects sont abordés dans ce numéro.

Le premier aspect est celui du potentiel qu'offrent les réseaux de recherches fondées sur les pratiques (*practice-research networks*) à travers la collaboration entre cliniciens et chercheurs qui en est le fondement structurel et pragmatique. Nous avons trop connu les recherches « cliniques » sans les cliniciens (et les patients) et ce qui peut en découler, à tous les niveaux, de méconnaissances réciproques. Les enjeux épistémologiques et pratiques de ce qui a longtemps été signifié sous le terme de fossé (*gap*) se retrouvent dans le mésusage qui peut être fait d'études clivées, de façon générale, et sans doute encore davantage dans le champ de la psychiatrie et de la psychothérapie. Force est de constater alors qu'il ne s'agit pas d'un simple fossé, mais d'une rupture entre deux mondes. À l'inverse, la mise en connexion des expériences cliniques et de la méthodologie qui permet d'en extraire des éléments essentiels est véritablement un moyen de progresser et d'agir dans le double registre des connaissances et des pratiques.

Le second aspect présente, à partir des exemples de la formulation de cas et de l'étude de cas, l'évolution du concept de preuve en psychothérapie et en psychologie. S'étant engagée au cours des années 80, à la demande de l'Institut Américain de Santé Mentale (NIMH), à appliquer les mêmes méthodes pour évaluer les psychothérapies que celles utilisées pour les traitements pharmacologiques, l'Association Américaine de Psychologie (APA) a revu complètement sa position en 2005 en définissant dans un nouveau rapport les bases à partir desquelles il est possible de concevoir et de mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes. L'expertise clinique est centrale, elle intègre les connaissances issues de diverses recherches et les caractéristiques individuelles de chaque patient. Chacune des recherches contribue, avec son champ d'application et son approche, à constituer la preuve. Celle-ci est passée d'une approche formelle binaire à un continuum cumulatif où la forme et la cohérence (le fond) se conjuguent. La prise en compte de ces éléments constitue le socle de la pratique fondée sur des données probantes (*evidence-based practice*) au quotidien.

Le troisième aspect porte d'abord sur la réalisation concrète des objectifs du réseau. La collaboration entre cliniciens et chercheurs n'est pas qu'un concept. C'est un travail permanent de mise en relation de réalités différentes en risque permanent de déconnexion. Le cadre commun est la méthodologie qui doit recueillir l'accord des uns et des autres. La place au moins aussi importante donnée aux processus et aux mécanismes de changement qu'aux résultats d'une psychothérapie en est l'axe majeur. À vrai dire, les deux vont de pair. Peut-on sérieusement imaginer des pratiques psychothérapiques de qualité réalisées en toute méconnaissance des conditions relationnelles, techniques et contextuelles dans lesquelles un résultat peut-être obtenu ? Que des résultats sérieux puissent être obtenus par la simple application de recettes reposant sur des schémas simplificateurs ? Le cas Anna présente pas à pas la démarche d'analyse d'une psychothérapie et comment elle conduit à des questions en chaîne sur ce qui s'y produit. Par exemple, comment cette jeune enfant non engagée et non participante initialement va-t-elle « entrer » en psychothérapie et engager avec sa thérapeute une interaction très fructueuse ? Mais aussi, peut-on affirmer que c'est bien la psychothérapie qui est la cause de l'évolution très importante qui va se produire pour elle sur une période d'un an ? Les questions sont au moins clairement posées …

Les numéros suivants aborderont plus spécifiquement les résultats issus du regroupement des cas et des comparaisons de cas similaires. ●

Réseaux de recherches fondées sur les pratiques : contexte international

Jean-Michel Thurin

● Les réseaux de recherches fondées sur les pratiques (RRFP) (*Practice-Based Research Networks* (PBRNs) sont une réponse au décalage qui peut exister entre l'abord des problèmes qui se posent en pratique et les réponses apportées par la recherche en laboratoire.

Alors que la recherche en laboratoire porte sur des objets très spécifiés pour répondre aux besoins de l'expérience, de multiples éléments sont impliqués dans la pratique, qui ne peuvent être négligés ou dissociés du problème principal du patient. Ils incluent le caractère plus ou moins imbriqué de ses pathologies, les particularités de son histoire, de ses vulnérabilités et de son contexte de vie. Les caractères propres du praticien sont eux-mêmes susceptibles d'intervenir dans le processus complexe de la psychothérapie. Tous ces aspects engendrent des questions cliniques qui se situent au-delà du champ des généralisations qu'il est légitime de faire à partir des essais cliniques. Cette situation est particulièrement cruciale dans le domaine des psychothérapies où la dimension interpersonnelle et la prise en compte des spécificités individuelles sont essentielles.

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

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

Définition des RRFP

Les réseaux font l'objet de définitions un peu différentes suivant leur fonctionnement et leurs objectifs particuliers. Leur caractère commun est que des cliniciens s'organisent pour conduire des recherches sur des questions liées à leur pratique.

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

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

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

Organisation des RRFP

La possibilité de travailler et de partager de l'information avec des personnes qui sont dans des lieux très différents est une partie inhérente du travail des RRFP. Idéalement, l'infrastructure doit inclure un système électronique de données et être capable non seulement de collecter, de transférer et de réunir des données de recherche primaire, mais également de communiquer rapidement une nouvelle recherche et de mesurer les changements consécutifs dans la clinique. À ceci s'ajoutent évidemment tout ce qui concerne le fonctionnement du réseau, l'analyse des données, la publication des résultats de l'étude, etc.

Quelques réseaux existant

- Le réseau de l'Association Américaine de Psychiatrie

Créé en 1993 par Zarin, Pincus et *al.,* il est devenu en 1998 l'*American Psychiatric Institute for Research and Education's* (APIRE) Practice Research Network (PRN). http://www.psych.org/research/APIRE/pracresnet/index.cfm

L'APIRE - PRN est une initiative de recherche constituée d'un réseau de psychiatres répartis dans tout le pays qui coopèrent pour réunir des données et entreprendre des études de recherches sur une variété de questions cliniques et portant sur la délivrance des services de santé.

L'APIRE a été fondé pour constituer la direction de la contribution à la base scientifique de la pratique et de la politique psychiatrique, renforcer l'infrastructure de recherches dans ce domaine, viser à améliorer la qualité du soin psychiatrique en conduisant et en soutenant la recherche clinique sur les services de santé et les activités éducatives.

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

Le réseau joue également un rôle essentiel à partir du recueil de données appropriées à la politique de santé. Etant donnés les changements rapides de l'organisation, du financement, et de la délivrance du soin psychiatrique, ce laboratoire continu de recherches fournit une ressource valable pour la conduite de ce type d'études.

- Le Pennsylvania Practice Research Network

Initié par TD Borkovec (2001) et poursuivi notamment par L Castonguay, il constitue l'expérience la plus ancienne dans le champ des psychothérapies. Ce réseau s'est donné pour objectif la création de programmes qui maximisent à la fois la validité interne par leur choix de méthodologies scientifiques rigoureuses et la validité externe en conduisant la recherche en psychothérapie dans les configurations actuelles où elle est appliquée. Cet objectif s'est inscrit dans la perspective du NIMH de se centrer davantage sur la recherche dans le monde réel de la clinique. En quelques années, ce réseau a été à l'initiative de nombreuses recherches, la dernière portant sur les réponses thérapeutiques qui peuvent être apportées à la recrudescence de troubles mentaux sévères (dépression, anxiété, TCA, automutilation, etc.) chez les étudiants. Ce réseau insiste particulièrement sur le développement d'une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs.

Les aspects centraux soulignés par ce réseau sont les suivants :

La collaboration entre les chercheurs et le réseau extensif des cliniciens facilite la recherche académique dans le monde réel et elle répond au souci des cliniciens que les études aient un véritable rapport avec le travail clinique en cours. Finalement, le réseau de pratique clinique bénéficiera aux organismes de santé, aux administrateurs, aux cliniciens et aux patients en fournissant des solutions cliniques basées sur la recherche portant sur des problèmes cliniques réels.

Ce réseau a constitué un « mode d'emploi » pour monter des études sur des problèmes rencontrés dans la pratique.

- Le Northern Practice Research Network (SPR-N PRN) (UK)

Ce réseau est issu d'un groupe de la *Society for Psychotherapy Research*.

Ses objectifs sont de standardiser le recueil de données en routine à travers tous les sites participant et d'utiliser la base de données résultante pour comparer et différencier les pratiques dans leur contexte, le profil des cas et la pratique standard. La première initiative a été la sélection d'instruments d'évaluation et la définition des différentes méthodologies d'évaluation et de leurs articulations (Audin et *al.* 2001, Barkham et *al.* 2003).

En tant que modèle de recherche facilitant le recueil de données d'efficacité réelle, l'approche PRN peut bénéficier à des domaines spécifiques telles que : l'efficience coût/efficacité, le développement et la dissémination de la recherche, la suppression du fossé entre recherche et pratique, la réduction de la résistance à l'évaluation sur l'efficacité réelle, l'implémentation et le développement d'une politique de santé. Le terme d'efficacité réelle devrait être également considéré comme incluant des investigations sur les mécanismes de changement.

Son organisation : des sous-groupes de cliniciens dans un PRN peuvent identifier des domaines particuliers d'intérêt de recherche et, en utilisant les données générées par le réseau comme un tout, collaborer à produire des publications, des rapports et des présentations.

Les cliniciens sont directement impliqués dans le choix des thèmes, la conception et l'implémentation du recueil des données avec leurs propres patients. Les études PRN sont ainsi plus à même de générer des données très pertinentes reflétant les besoins prioritaires des cliniciens, ce qui rend l'incorporation des résultats dans la pratique plus naturelle qu'avec les conceptions traditionnelles de recherche.

Ses réalisations : sélection d'intruments d'évaluation. Articles sur le CORE (Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure).

En France, le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP)

Sa création est l'aboutissement d'un processus qui s'est mis en marche pendant de longues années sous l'impulsion du Comité d'Interface Inserm-Psychiatrie. La sélection de ce réseau de recherche clinique et de santé publique (Thurin, Falissard et Danion 2008) a répondu à un manque criant d'études françaises issues des pratiques psychothérapiques et à l'évolution des méthodologies de l'évaluation en psychiatrie et en santé mentale. Deux objectifs généraux sous-tendent le RRFPP, d'une part, la connaissance des pratiques psychothérapiques dans les différentes conditions et contextes de leur exercice ; d'autre part, le développement de l'évaluation des psychothérapies en conditions naturelles en approfondissant les connaissances sur les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapique.

Sa méthodologie repose sur les études de cas et associe les approches qualitative et quantitative. Chaque étude respecte le processus naturel de la psychothérapie, prend en compte les différences individuelles et intègre les meilleurs critères de preuve. Cette recherche en réseau permet de réunir des cas analogues et d'interroger les différences et les communautés qui interviennent dans leurs trajectoires d'évolution.

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 a bénéficié du soutien financier de l'INSERM, de la Direction Générale de la Santé et de la Fondation de France. Il fonctionne à partir de deux structures, Unité Inserm 669 et Fédération Française de Psychiatrie, et de l'implication de plus de 150 cliniciens.

- Au Canada, le Réseau de Recherche sur la Pratique Psychothérapique (PPRNet)

Le Réseau de recherche en pratique psychothérapique (PPRNet) est une grande collaboration interdisciplinaire Canadienne entre les psychothérapeutes cliniciens, les éducateurs, les chercheurs et les utilisateurs des connaissances engagés dans la recherche en psychothérapie axée sur la pratique. De telles collaborations conduisent à une recherche en psychothérapie informée par l'expertise combinée des cliniciens qui la pratiquent et des chercheurs. Son objectif est de faire progresser la recherche axée sur la pratique avec un objectif de traduction en excellence de la psychothérapie et d'amélioration du bien-être de la communauté professionnelle. Le PPRNet s'est engagé à maintenir le bien-être de la communauté en formant la prochaine génération de cliniciens et de chercheurs à une recherche collaborative en psychothérapie axée sur la pratique. Le PPRNet fonctionne en partie grâce au soutien généreux et au financement par l'Université d'Ottawa, l'Hôpital d'Ottawa, et les Instituts de recherche en santé du Canada. http://www.med.uottawa.ca/pprnet/eng/index.html#4

- Le réseau de pédopsychiatrie communautaire de San Diego

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

- Le journal en ligne PCSP

A l'initiative de D Fishman, il a été créé, sous l'égide de l'APA (*American Psychological Association*), pour aborder les questions méthodologiques des études pragmatiques de cas et réunir les publications qui les concernent. http://www2.scc.rutgers.edu/journals/index.php/pcsp

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

Ce réseau est centré sur deux objectifs : la recherche fondée sur la pratique dans les sites de formation et l'évaluation de l'efficacité de la formation. http://www.experiential-researchers.org/ipeppt.html

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

Le réseau de recherche fondée sur la pratique psychothérapique de Washington DC Area est un réseau de psychothérapeutes expérimentés qui participent comme thérapeutes à la recherche en psychothérapie. Le but de ce réseau est de réunir la pratique et la recherche dans une recherche portant sur les résultats (efficacité potentielle et efficacité réelle) et sur les processus.

Les membres du réseau acceptent de dédier un rendez-vous de patient par semaine pour la recherche et reçoivent une compensation à un taux fixé par l'équipe de recherche. Les cliniciens peuvent sélectionner le type d'étude à laquelle ils souhaitent participer. Certains choix concernent les études exploratoires, les études pilotes et les essais contrôlés randomisés ; d'autres choix incluent des études de psychothérapies pratiquées dans des condtions naturelles ou des études utilisant des manuels de traitement. Les patients sont recrutés spécifiquement pour les projets de recherche et sont adressés dans ce cadre à des cliniciens. Les évaluations des patients se déroulent à l'université. Les séances font l'objet d'un enregistrement audio ou vidéo suivant les besoins de la recherche. ●

Bibliographie en fin du numéro de PLR (p 12)

Données probantes en psychothérapie (1)
Deux exemples : la formulation de cas et l'étude de cas

● Le rapport de l'*American Psychological Association* (APA) donne une grande priorité à la formulation de cas dans le cadre de la pratique fondée sur la preuve (*Evidence-Based Practice in Psychology*, EBPP). Il indique que l'on pourrait même envisager la formulation de cas systématique au centre de l'EBPP.

Dans *Psychotherapy*, la publication officielle de l'Association Américaine de Psychologie, T. Eells s'interroge sur ce qu'est une Formulation de cas probante en psychothérapie.

Il rappelle qu'une formulation de cas en psychothérapie est une construction qui explique les problèmes qu'un patient apporte à la psychothérapie et qui fournit un guide de traitement. Cette formulation est largement vue comme une compétence centrale dans la psychothérapie à partir du moment où elle peut organiser et faciliter la compréhension du patient par le thérapeute. De nombreux modèles ont été décrits (Eells, 2007). La plupart sont basés sur une théorie spécifique de la psychothérapie et sont destinés à produire une formulation qui lui soit en rapport. Ces modèles disent relativement peu à propos des preuves dans la formulation de cas. En fait, la source la plus commune de la preuve dans ces modèles est *ce que les patients disent en thérapie.*

Pour l'auteur de l'article, comme les modèles de la formulation de cas reposent plutôt sur des théories que sur des preuves, qu'ils sont en quelque sorte des hypothèses sur les problèmes du patient, il est nécessaire de développer le concept d'une formulation de cas fondée sur des preuves (EBCF). Bien qu'une recherche dans les bases de données donne peu de résultats sur les termes « formulation de cas fondée sur des preuves », le concept de base a pourtant été discuté par un certain nombre d'auteurs, notamment Luborsky et Barret (2007) avec le *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) et Persons pour les TCC. De son côté, Fishman propose, dès 1999 à partir du contexte pragmatique, une stratégie « d'enquête rigoureuse » qui commence avec l'entretien individuel, se poursuit par une évaluation, puis conduit à une formulation spécifique. Un plan d'action est élaboré et contrôlé, des ajustements sont apportés au besoin. Il a créé une recherche en mouvement à partir d'une base de données de cas individuels. Chaque cas contribue à enrichir cette base de connaissance accessible, indexable et pragmatique sur les processus de la psychothérapie et les résultats.

Eells pose la question suivante : « Qu'est-ce qui constitue une preuve appropriée dans une formulation de cas ? ». Il propose un cadre pour la formulation de cas fondée sur la preuve.

Dans une formulation de cas, la preuve peut être de plusieurs types et provenir de multiples sources, y compris ce que rapporte le patient : les instruments psychométriques, le processus de la psychothérapie et les résultats de la recherche, la description psychopathologique et les résultats épidémiologiques (Eells et Lombart, 2011). D'autres sources sont les intuitions du thérapeute, les conseils d'experts, les expériences issues d'autres patients et l'expérience du thérapeute du patient dans la consultation. On le voit, ces éléments n'ont pas tous la même valeur en toute circonstance. Aussi, en s'appuyant sur leurs connaissances de base et en tenant compte des biais systématiques potentiels, les thérapeutes pourraient penser à un continuum de preuves où seraient représentées à une extrémité leurs formes fortes et à l'autre leurs formes faibles. À la première extrémité, on placerait des résultats convaincants des traitements soutenus empiriquement, bien démontrés, les mécanismes généraux sous-tendant les formes de psychopathologie, les données épidémiologiques fortement prédictives ou des résultats bien documentés et reproduits sur les processus psychologiques de base. À l'autre extrémité, on pourrait placer les intuitions du thérapeute qui apportent des indications précieuses pouvant être testées mais ne sont pas des données décrites par la plupart des observateurs comme probantes. Entre ces deux points pourraient êtres incluses les données de résultats de tests psychologiques, les expériences de cas similaires, le récit d'un épisode de relation d'un patient ou le récit d'un rêve, etc.

Les critères pour placer un type de preuve dans le continuum pourraient comprendre la cohérence avec un résultat bien établi et les études de processus, la cohérence avec les connaissances sur la psychopathologie, le développement de la personnalité et de la cognition… Obtenir le point de vue du patient à propos de la formulation dans l'évaluation de son traitement serait important, ainsi que celui des membres de la famille.

L'étape de la formulation de cas, selon l'auteur, comporte quatre grands volets : l'identification d'une liste de problèmes, le diagnostic, l'élaboration d'une hypothèse explicative et la planification du traitement.

Une fois la formulation de cas développée, elle doit être testée dans le traitement *et révisée,* surtout si le traitement ne réussit pas.

Comme le laisse entendre le rapport du Groupe de travail de l'APA concernant l'EBPP, un cadre tel que décrit par Eells, nécessite une expertise clinique à mettre en œuvre. Un élément essentiel de l'expertise dans l'EBCF, en particulier pour l'étape du mécanisme explicatif, est pour le clinicien de posséder et d'avoir accès à une vaste et pertinente base de connaissances. L'étape de l'hypothèse explicative est très complexe. Eells suggère que cinq composantes y soient toujours présentes : 1. Les événements, les facteurs de stress, les situations qui déclenchent les symptômes ; 2. Les origines du mécanisme proposé (situation qui a conduit à la vulnérabilité, traumatismes ou échecs qui nuisent à la personne, vulnérabilités biologiques, génétiques ou autres), ou facteurs culturels ; 3. Les ressources et atouts de la personne ; 4. Le contexte social et culturel dans lequel les problèmes se produisent et qui peuvent quelquefois être la principale explication ; 5. La liste des obstacles qui peuvent nuire à un résultat positif du traitement.

Et non sans une pointe d'humour l'auteur conclut « en plus d'avoir cette connaissance, il faut savoir quand et comment l'appliquer ». ● *(Résumé Monique Thurin)*

APA. Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.

Eells, T. D. (Ed.). (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Eells, T. D., & Lombart, K. G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In P. Sturmey & M. McMurran (Eds.), *Forensic case formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Eells, T.D. (2011). What Is an Evidence-Based Psychotherapy Case Formulation? *Psychotherapy Bulletin*, 46(2), 13-16. http://www.divisionofpsychotherapy.org/wp-content/uploads/2009/10/2011-Bulletin-462.pdf

Fishman, D. B. (1999). *The case for pragmatic psychology*: New York, NY, US: New York University Press.

Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2007). The core conflictual relationship theme: A basic case formulation method. *Handbook of psychotherapy case formulation*. (2nd ed., pp. 105- 135). New York: Guilford Press.

Morrison, J. (2008). *The first interview* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

● De son côté, Marc Hilsenroth, rédacteur en chef de *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training* a souhaité lancer un appel ouvert aux auteurs pour qu'ils soumettent une *Étude de Cas* fondée sur la preuve dans cette revue. « Je crois que l'élaboration d'une telle série d'études de cas fondées sur la preuve sera extrêmement utile à plusieurs égards. Tout d'abord, elle fournira des informations très utiles pour combler le fossé entre la recherche et la pratique. Ensuite, ces études fourniront des modèles importants sur la façon d'intégrer la recherche fondamentale dans les travaux appliqués au niveau du cas individuel. En outre, j'espère ouvrir une voie pour la publication à ceux qui, dans la pratique privée à temps plein, sont intéressés par l'intégration de mesures de recherche dans leur travail clinique. Enfin, je tiens à offrir un ensemble facilement identifiable d'études de cas systématiques de différentes formes de traitement qui répondent aux critères de l'Association Américaine de Psychologie pour la Pratique Fondée sur des Preuves (APA, 2006) ainsi que pour la dimension de l'utilité clinique dans les critères d'évaluation des directives thérapeutiques (APA, 2002).

Le but de ces études de cas fondées sur les preuves sera d'intégrer du matériel *verbatim* de cas clinique, des mesures standardisées de processus et des résultats évalués à différents moments au cours du traitement. Autrement dit, les auteurs devraient décrire des vignettes cliniques mettant en évidence les interventions et les mécanismes de changement en ce qui concerne leur approche spécifique de traitement dans le contexte des échelles empiriques. Avec cet objectif à l'esprit, je propose les orientations suivantes pour ceux qui sont intéressés par la préparation d'une étude de cas basée sur des preuves :

1. Au minimum, le rapport devrait inclure l'évaluation (à partir de la perspective du patient ou d'un évaluateur indépendant, pas le thérapeute) d'au moins deux mesures standardisées de résultats, le fonctionnement global et les symptômes cibles (dépression, anxiété, etc.), ainsi que d'une mesure de processus (c-à-d l'alliance thérapeutique, la profondeur de la séance, l'expérience émotionnelle, etc.) évalués à au moins trois occasions distinctes. Idéalement, un tel rapport inclurait plusieurs mesures de résultats évaluant un large éventail de fonctionnements comme le fonctionnement global, les symptômes cibles (c-à-d dépression, anxiété, etc.), le bien-être subjectif, le fonctionnement interpersonnel, le fonctionnement social / au travail et des mesures de la personnalité, aussi bien que des mesures pertinentes du processus évaluées à plusieurs reprises au cours du traitement.

2. Au minimum, des données spécifiques de résultats devraient être présentées en utilisant la différence moyenne standardisée (c-à-d la taille d'effet) et la méthodologie de signification clinique (c-à-d sans changement, avec changement fiable, mouvement dans la distribution fonctionnelle, changement cliniquement significatif, et détérioration (voir Jacobson et *al,* 1999)). La présentation de cas de thérapies à la fois avec succès et sans succès est encouragée. En outre, il pourrait être très instructif de comparer et de distinguer les interventions techniques qui ont eu lieu lors d'un cas avec changement positif avec celles d'un cas clinique inchangé ou détérioré à partir de la même méthode de traitement.

3. Des vignettes cliniques *verbatim,* avec plusieurs patients et le thérapeute, soulignant les principales interventions et les mécanismes de changement relatifs à la méthode spécifique de traitement devraient être fournies. La discussion sur les interventions thérapeutiques ne devrait pas être présentée dans une perspective globale ou abstraite.

4. Le consentement éclairé doit être obtenu.

Un bon modèle suggéré pour ce format d'études de cas fondées sur des preuves peut être trouvé dans Hill et *al.* (2008). D'autres études de cas fournissent un bon modèle pour certains aspects de ce format d'*Étude de Cas Probante.* Les études de cas connexes qui répondent efficacement aux deux premiers critères d'évaluation des résultats, mais manquent de vastes vignettes cliniques *in extenso* sont présentées dans Borckardt et *al.,* 2008 ; Jones et *al.,* 1993 et Porcerelli et *al.*, 2007. De même, Busch et *al.,* 2009 ont rapporté des évaluations approfondies des processus sur plusieurs évaluations, mais ne fournissent pas de vignettes cliniques *in extenso.* Inversement, Hilsenroth et Slavin 2008 offrent de vastes vignettes cliniques *in extenso,* des mécanismes de changement proposés dans le cadre d'une information sommaire sur le changement cliniquement significatif, mais ne signalent pas les processus spécifiques ou les scores de résultats. Enfin, Strupp et *al.* 1992, fournissent des vignettes cliniques avec *verbatim in extenso* d'un échec du traitement qui sont très instructives sur les indicateurs possibles de la fin du traitement, avec les scores initiaux sur plusieurs mesures d'évaluation.

En outre, je ne veux pas dire que cette section de l'étude de cas basée sur les preuves est réservée à des analyses de séries chronologiques statistiques avancées de processus ou de données sur les résultats, bien que ces articles puissent être certainement les bienvenus. De simples analyses de mesures de résultats standardisés par voie de méthodes de signification clinique et de taille d'effet sont suffisants, tout ce qui peut être facilement exploité à la main ou avec une calculatrice. Les auteurs qui ont mené un essai d'efficacité potentielle ou essai d'efficacité en conditions naturelles sur un type particulier de traitement, qui ont collecté des mesures standardisées de processus et des mesures de résultats dans le traitement, en plus de l'utilisation de l'audio / vidéo des séances devraient envisager de présenter une étude de cas basée sur des preuves. De même, tout clinicien en pratique privée qui voudrait ajouter ces éléments au début d'un nouveau cas devrait également envisager de se soumettre à cette série spéciale. Chaque personne qui peut avoir un intérêt à présenter une étude de cas basée sur des preuves est invitée à me contacter s'il a des questions au sujet de ce processus à l'adresse suivante: Psychotherapy@adelphi.edu » ●

(Résumé Jean-Michel Thurin)

American Psychological Assciation. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist,* 57, 1052-1059.

American Psychological Assciation. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist,* 61, 271-285.

Borckardt, J., Nash, M., Murphy, M., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as anatural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologist,* 63, 77-95.

Busch, A., Kanter, J., Callaghan, G., Baruch, D., Weeks, C., & Berlin, K. (2009). A micro-process analysis of functional analytic psychotherapy's mechanism of change. *Behavior Therapy,* 40, 280-290.

Hill, C., Sim, W., Spangler, P., Stahl, J., Sullivan, C., & Teyber, E. (2008). Therapist immediacy in brief psychotherapy : Case study II. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training,* 45, 298-315.

Hilsenroth, M., & Slavin, J. (2008). Integrative dynamic treatment for comorbid depression and borderline conditions. *Journal of Psychotherapy Integration,* 18, 377-409.

- Jacobson, N., Roberts, L., Berns, S., & McGlinchey, J. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects : Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 300-307.

Jones, E., Ghannam, J., Nigg, J & Dyer, J. (1993). A paradigm for single-case research : The time series study of a long-term therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61, 381-394.

Porcerelli, J., Dauphin, V., Ablon, J., Leitman, S., & Bambery, M. (2007). Psychoanalysis with avoidant personality disorder : A systematic case study. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training,* 44, 1-13.

Strupp, Schacht, Henry, & Binder. (1992). Jack M. : A case of premature termination. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training,* 29, 191-205.

Données probantes en psychothérapie (2)
Méthodologie et analyse : le cas Anna

Jean-Michel Thurin, Monique Thurin, Mabel Guibert*

Objectifs, choix et conception de la méthodologie

Le pôle autisme du *Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques* s'est constitué à partir de 3 axes principaux :

- réaliser une étude solide intégrant les questions cliniques, de recherche fondamentale et de santé publique ;

- associer les cliniciens et les chercheurs dans la réalisation de l'étude de façon à répondre notamment à des questions qui se posent dans la clinique de *la vraie vie* et peuvent contribuer à un véritable progrès des pratiques ;

- approfondir les connaissances sur les effets, les configurations et les mécanismes de changement au cours du processus psychothérapique à partir d'une évaluation des psychothérapies réalisées en conditions naturelles d'enfants souffrant d'autisme.

Au niveau international, la volonté d'une véritable collaboration entre cliniciens et chercheurs s'est progressivement affirmée depuis une dizaine d'années. Nous avons vu qu'elle a commencé à se mettre en place dans plusieurs réseaux de recherche. Dans sa réalisation concrète, elle demande un travail d'interface important et difficile car les cultures sont différentes. Cette différence s'exprime notamment dans la façon dont les questions de la recherche se posent pour le clinicien ou pour le chercheur.

Pour le clinicien, ce sont par exemple : « Comment puis-je aider ce patient ? Quelles références théoriques m'évoque-t-il ? Comment vais-je m'y prendre ? Quels progrès a-t-il réalisé ? Dans quels domaines ce patient a-t-il évolué ? Quels changements ultérieurs seraient nécessaires ou désirables ? ».

Pour aborder ces questions, il est intéressé par la conception générale du traitement à partir des entretiens cliniques initiaux et des éléments qui l'accompagnent. L'évaluation précise des changements, les connections qui peuvent être établies entre l'action thérapeutique qu'il a conduite et ses effets, et l'examen de l'influence des facteurs non thérapeutiques sur le fonctionnement du patient (par exemple, un changement dans l'environnement de ses proches, de ses conditions de vie, de l'école) viennent au second plan.

Pour le chercheur, les questions sont directes. S'appuyant sur les travaux existant, elles concernent les moyens de traiter les objectifs de l'étude : « Le patient a-t-il changé ? Quels sont, dans le traitement global, les aspects nécessaires, suffisants ou facilitants pour le changement thérapeutique ? Quelles modifications du traitement peuvent être introduites pour augmenter son efficacité réelle ? Quelles procédures ou techniques peuvent être ajoutées au traitement pour le rendre plus efficace ? Quelles sont les caractéristiques du patient qui interagissent avec les effets du traitement ? ».

Pour répondre à ces questions, il est nécessaire d'identifier la méthode et les instruments les plus appropriés. Une conception générale doit être choisie, ainsi que la façon dont elle va être déclinée pour répondre à certains impératifs particuliers.

C'est dans ce contexe d'interface que la méthode générale sélectionnée pour le Réseau a été celle *des études intensives de cas* individuels réalisées dans des conditions naturelles. Deux raisons principales ont conduit à ce choix. La première est le constat issu de l'expertise collective Inserm de 2004 des limites flagrantes des études de laboratoire auxquelles parallèlement on voulait donner le statut de modèle de la pratique en clinique. La seconde est que ces études sont les seules qui puissent permettre d'appréhender à la fois la diversité des facteurs qui interviennent dans une psychothérapie, leur interaction et leur dynamique. Le praticien gère quotidiennement cette complexité. Pourquoi ne serait-elle pas descriptible et utilisable dans la recherche clinique et fondamentale ?

Dans la conception de cette méthodologie, le « cas » se rapporte à la psychothérapie associant un patient et un thérapeute, et son contexte. Les données sur lesquelles porte l'étude, leur recueil, les dimensions de la formulation de cas, les indicateurs de changement, les facteurs potentiels de changement sont précisés. La présence et l'importance relative de facteurs internes à la psychothérapie (caractéristiques de la psychothérapie) et externes à la psychothérapie (contexte général (socio-familial) et thérapeutique (autre que la psychothérapie) sont prises en compte et quantifiées.

Un « cahier des charges » sous-tend cette méthodologie. Il concerne :

- le respect de la pratique : celle-ci ne doit pas être perturbée par la recherche. Le principe général est que l'étude se situe dans la continuité du travail clinique et qu'elle lui apporte un bénéfice. Celui par exemple du passage d'une compréhension intuitive à un repérage plus précis des éléments et des changements qui interviennent dans le processus psychothérapique ;

- la formulation de cas : elle est particulièrement importante pour définir l'état de l'enfant avant le traitement et la stabilité de cet état, ainsi que les facteurs de contexte susceptibles d'intervenir en eux-mêmes ou en interaction avec la psychothérapie ;

- les indicateurs de changement : ils concernent les dysfonctionnements et leurs manifestations symptomatiques, ainsi que le fonctionnement courant de l'enfant dans sa relation au monde et aux autres (incluant ses initiatives et ses mécanismes de défense), ainsi que ses aptitudes ;

- la description précise des caractéristiques du processus : elle est indispensable si l'on veut éviter le biais majeur de l'attribution à un médiateur « préconçu » des résultats constatés. D'où la nécessité de prévoir dès le départ plusieurs médiateurs candidats et la chronologie de leurs activations ;

- la place des statistiques : les statistiques ne sont pas indispensables (et même souvent inutiles) dans les études de cas individuels. Elles apportent des solutions sur le fait qu'un résultat n'est pas dû à la chance ou à des facteurs externes et deviennent un outil majeur quand les cas sont réunis ;

- le contexte de l'*Evidence-Based Practice* est à prendre en compte. Les études de cas répondent aux critères des *Evidence-Based Case Studies* (déjà en filigrane dans la littérature au moment de la construction du projet) ;

- la validité interne de l'étude : le propos de la conception (*design*) de la recherche est évidemment d'avoir les moyens d'objectiver un changement dans les cas étudiés, mais aussi d'aider à éliminer ou rendre improbables des explications alternatives qui pourraient être avancées pour intervenir dans des changements qui semblent associés à l'intervention.

Dans la recherche à partir du cas isolé, le patient est son propre témoin. S'il change, différentes questions ne peuvent être ignorées : Est-ce qu'il n'aurait pas changé de toute façon (maturation, autres facteurs qui ont pu produire le changement) ? Quels sont les facteurs et les mécanismes qui l'accompagnent ? Leur implication est-elle pertinente au regard des connaissances existantes et leur action propre a-t-elle un degré de plausibilité élevé ?

Pour répondre à ces questions, le cas individuel permet d'accéder à deux niveaux d'information qui sont complémentaires.

Isolé, le cas individuel apporte la « haute définition » à différents niveaux : le diagnostic, les facteurs de contexte actuels et anciens (modérateurs) susceptibles d'avoir un effet sur le déroulement de la psychothérapie, les caractéristiques précises de la thérapie incluant la relation de l'enfant avec le thérapeute, la courbe, la dimension et les modalités de changement.

Regroupés, les cas individuels permettent de dessiner des tendances. La part de l'aléatoire et de l'exceptionnel se trouve réduite. La moyenne des évolutions dans différents registres et la constitution de sous-groupes de cas « similaires » rendent possible la recherche des facteurs qui interviennent favorablement ou défavorablement sur les résultats. L'hétérogénéité devient une force. L'attention peut-être portée sur ce qui est différent autant que sur ce qui est commun et les changements qui leur sont associés.

A partir de ces sous-groupes, il est possible de décrire leurs trajectoires de changement et les facteurs particuliers susceptibles d'intervenir. Par exemple, un certain nombre d'enfants ne sont pas du tout engagés en début de thérapie. Cette situation prédit-elle un échec de la psychothérapie ? Si la réponse est non, quels sont les facteurs qui sont potentiellement intervenus pour modifier la situation initiale ? Et si la réponse est oui, Pourquoi ?

Un des effets de cette perspective est de faire évoluer la notion de cas généraux vers celle d'approches spécifiques de cas individualisés par certains caractères.

Nous allons présenter l'analyse d'un cas individuel isolé dont la méthode s'est progressivement enrichie depuis les premières présentations qui ont été faites dans *Pour la recherche 2009 ;* 63(4)).

L'analyse des cas regroupés sera présentée dans un prochain numéro de PLR.

Présentation et analyse d'une étude de cas individuel, celui de la psychothérapie d'Anna

Point de départ : Anna est adressée au CAMSP par l'école à l'âge de 3 ans 7 mois, dès sa première semaine de scolarisation. Le symptôme d'appel principal est une motricité globale déficitaire : elle tombe beaucoup, ne sait pas monter sur un banc. Elle a un comportement atypique : repousse les enfants, a des réponses en écholalie et des stéréotypies.

Extrait de la Formulation de cas initiale : les parents ne se sont jamais aperçus que l'enfant avait un problème, cependant, ils sont rapidement en très bonne alliance avec la thérapeute. Celle-ci est frappée dès le départ par le regard « transparent et inexpressif » d'Anna : pas de contact, elle regarde les autres comme des objets. Elle a des activités répétitives en boucle en prononçant des phrases incohérentes avec quelques mots inventés, accompagnées de stéréotypies. Il est signalé qu'elle ne souffre pas de retard intellectuel mais dans le domaine relationnel.

Anna a-t-elle changé au cours de l'année de l'évaluation de sa psychothérapie ?

Le choix *des indicateurs de changement* dans l'étude prend naturellement en compte la réduction des symptômes. Il se réfère également à des interventions ou à des expériences qui améliorent l'ajustement et le fonctionnement adaptatif, aident l'enfant ou l'adolescent à gérer et à faire face aux stress et aux crises, et plus généralement à naviguer dans les détours de la vie.

Dans cette perspective, trois instruments ont été sélectionnés : l'ECA-r (centré sur l'évaluation des comportements autistiques), l'EPCA (centré sur la pathologie et le développement concernant la représentation de soi, les expressions liées à la relation, et l'acquisition d'aptitudes telles que le langage et le graphisme), et le CPQ pour les fonctionnements psychiques associés à l'insight, à la relation émotionnelle à la réalité, et la relation au monde et aux autres.

Les cotations concernant ces indicateurs, sauf celles issues du CPQ dont l'évaluation commence à 2 mois, ont été recueilles à partir des 3 premiers entretiens, puis à 2, 6 et 12 mois. Ces cotations successives permettent de suivre l'évolution de chaque dimension au propre niveau de l'enfant et relativement à celle des autres enfants. Par ailleurs, elles informent sur la stabilité des changements observés.

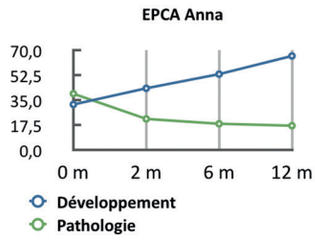
Le fait de disposer des scores moyens du groupe des enfants de la même tranche d'âge permet de situer l'évolution de l'enfant au sein de ce groupe et de repérer un éventuel blocage le concernant.

Concernant Anna, elle démarre avec un score global de comportements autistiques à 48 (*vs* groupe 39, donc moins sévère que le sien), avec une déficience relationnelle à 58 (*vs* groupe 47) et un déficit de modulation des émotions à 33 (*vs* groupe 38). Ces scores sont mesurés avec l'ECA-r.

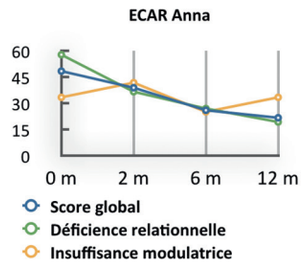
En ce qui concerne son score de développement, il est de 32 (*vs* groupe 26) et de pathologie : 39 (*vs* groupe 20) (EPCA).

L'insight est à -35 (*vs* groupe -20), l'émotion, les affects et les défenses qui les accompagnent sont à 6 (*vs* groupe 16), la relation au monde et aux autres est à 4 (*vs* groupe 3).

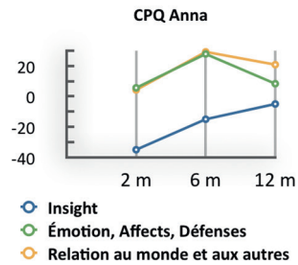
Trois graphes en traduisent le déroulement longitudinal



La courbe du développement est régulièrent croissante. Celle de pathologie est décroissante avec une pente initiale forte et plus modérée à partir de 2 mois.



Le score global des comportements autistiques et celui du déficit relationnel se réduisent régulièrement. Le score de modulation émotionnelle reste instable sur la durée de l'année.



L'insight part d'un score très négatif qui se réduit progressivement. Après une évolution favorable forte à 6 mois, l'émotion et les défenses associées reviennent à leur point de départ. La relation au monde et aux autres s'améliore nettement.

À un an, les instruments montrent les changements suivants :

Le score de pathologie passe de 39 à 17 (*vs* groupe 20 à 12), celui de développement passe de 32 à 66 (*vs* groupe 26 à 44).

Le score global de comportements autistiques a régressé de 48 à 22 (*vs* groupe 39 à 20), le score de déficit relationnel de 58 à 19 (*vs* groupe 47 à 24), celui de déficit de modulation des émotions reste à 33 (*vs* groupe 38 à 21).

Les scores d'insight, d'expression émotionnelle et affective et de relation au monde et aux autres passent respectivement de - 35 à 5 (*vs* groupe -20 à -12), de 6 à 8 (*vs* groupe 16 à 21) et de 4 à 21 (*vs* groupe 3 à 16).

La Formulation de cas de Anna à 1 an

Les objectifs de la thérapeute au Temps 0 de l'évaluation étaient de contenir et de tenter de rassembler Anna pour lui permettre d'accéder à l'individuation, à une certaine autonomie, à une ouverture de sa relation et de son interaction avec ses pairs, d'utiliser le langage comme outil de communication et d'expression des émotions. À cela s'ajoutait son souhait de comprendre et contenir les comportements atypiques qui masquent l'angoisse.

Pour aboutir à ces objectifs, elle a pensé que les stratégies suivantes seraient efficaces : psychothérapie d'inspiration psychanalytique (deux séances de 45 minutes par semaine, rythme et cadre stable) ; boite personnelle de jeux, associée à d'autres jeux et à du matériel collectif. Comme interventions, elle a envisagé le commentaire et la reformulation du jeu, l'interprétation du transfert, la verbalisation des émotions et la théâtralisation des angoisses.

À un an, ces objectifs semblent avoir été, du point de vue de la thérapeute, pour une part atteints. Il y a beaucoup d'amélioration concernant les angoisses archaïques de chute (elles ont pratiquement disparu). Le regard est de bonne qualité, l'expression rayonnante, le langage s'est perfectionné avec disparition de l'écholalie. Il est devenu un vrai outil de communication. Anna peut exprimer des émotions, elle est plus autonome dans le quotidien. Elle est capable d'humour, se reconnaît dans le miroir, a une meilleure individuation. Il reste à travailler son adaptation à l'école, ses échanges avec ses pairs...

La stratégie de la thérapeute a été, selon elle, en rapport avec celle qu'elle envisageait : propositions d'interprétation des dessins, interprétation du transfert, verbalisation des émotions, théâtralisation des angoisses de chute et de morcellement, fermeté du cadre.

L'alliance forte des parents avec la thérapeute et l'institution lui semble avoir été un élément favorable majeur. Les parents ont pu beaucoup évoluer dans la compréhension de leur enfant. Ils peuvent maintenant exprimer les conflits, mais aussi les évolutions qu'ils observent. Ils ont pu commencer à émerger en investissant dans une maison et dans le travail, ce qui n'a pas trop troublé l'enfant.

Un élément important rapporté par la thérapeute est que l'enfant reconnaît et accepte la thérapie. Anna a des demandes, qui peuvent même concerner l'interprétation de ses peurs : « Serre-moi la chaise ! Pourquoi j'ai peur de tomber ? ».

Quels ont été, dans le traitement global d'Anna, les aspects nécessaires, suffisants ou facilitants pour le changement thérapeutique ?

Causes et médiateurs de changement

Démontrer qu'un traitement considéré globalement a été efficace n'explique pas *pourquoi* il l'a été. Différentes études ont montré que la *cause alléguée*, c'est-à-dire dans cette configuration l'intervention dont on pense qu'elle est à l'origine du changement, n'est pas nécessairement celle qui l'a produit. La corrélation démontrée d'un ingrédient aux résultats n'établit pas un lien de causalité comme ont pu le laisser penser les premières études de cas et les études comparatives de groupes avec ou sans traitement. D'une part, l'abord de la thérapie dans sa globalité ne permet pas de situer le rôle de ses différents composants. D'autre part, la comparaison avant-après ne permet pas de différencier la chronologie des changements et l'ordre suivant lequel les différents leviers d'action de la thérapie interviennent. Au lieu de tester la thérapie de façon globale en considérant que son action est liée à un facteur spécifique relatif à une théorie, ou à un facteur commun à toutes les approches, l'objectif de la recherche s'est centré sur des processus actifs élémentaires, identifiés comme *médiateurs de changement*. Ainsi, le terme *médiateur* se réfère suivant Kazdin (2003) au(x) processus à travers lesquels le changement se produit. Ces processus n'impliquent généralement pas une, mais plusieurs relations causales. L'étude consiste alors à envisager plusieurs médiateurs potentiels (médiateurs candidats) et à considérer le degré de probablilité qu'ils soient à l'origine du changement.

Une méthodologie par accumulation et convergence d'éléments de démonstration a été proposée par Kazdin pour déterminer cette probabilité. Trois éléments vont intervenir notamment : *le poids* du médiateur candidat (sa présence et son importance), *sa pertinence* dans le contexte des connaissances actuelles et *la chronologie* des changements (l'action du médiateur doit précéder le changement).

Comment définir les médiateurs candidats au sein d'un traitement global ?

Une partie essentielle du protocole de l'étude menée dans le réseau est la possibilité de caractériser la psychothérapie de façon générale et à différents temps. Cette opération est réalisée en la décrivant à partir des 100 formulations (items) d'un instrument descriptif « ouvert » (pluri-théorique), le CPQ (Schneider & Jones, 2006 *trad. fr.* 2010). Les 100 formulations concernent l'enfant et son fonctionnement (42 items), le thérapeute et sa technique (42 items) et leur interaction (16 items) (PLR, 66). Leur regroupement définit des configurations particulières du processus psychothérapique. Ces configurations peuvent être issues de leurs regroupements naturels suivant leur importance relative au moment de chaque cotation, ou de leur relation à des actions thérapeutiques potentielles. Elles ouvrent sur différents facteurs explicatifs des changements observés. Il est alors possible de commencer à répondre à la question des traits et fonctions qui, dans le traitement global, ont plus particulièrement contribué aux changements survenus chez Anna à partir de 3 approches : 1) recenser les éléments les plus caractéristiques du processus de sa psychothérapie au cours de l'année d'étude ; 2) évaluer l'importance dans la psychothérapie de médiateurs candidats communs ou spécifiques constitués à partir du regroupement des items du CPQ qui leur correspondent ; 3) situer les caractéristiques particulières de la psychothérapie d'Anna en relation avec celles du groupe.

Application de la méthodologie d'analyse du processus à la psychothérapie d'Anna : 3 approches

• *Première approche :* recenser les *éléments les plus caractéristiques* du processus de la psychothérapie au cours de l'année d'étude.

En retenant les formulations du CPQ dont les scores étaient en moyenne les plus élevés, les 18 items suivants se sont trouvés sélectionnés et classés de 4 (score maximal pouvant être atteint) à 2,67.

46. Le thérapeute interprète la signification du jeu de l'enfant .

97. Le thérapeute souligne la verbalisation d'états internes et affectifs.

6. Le thérapeute est sensible aux sentiments de l'enfant.

77. L'interaction du thérapeute avec l'enfant est adaptée au niveau du développement de l'enfant.

12. Le thérapeute mime des émotions implicites ou non élaborées.

81. Le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément.

86. Le thérapeute est confiant, assuré.

100. Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.

52. Le thérapeute établit des règles explicites à propos de la fin de la séance, du week-end qui vient ou des vacances.

72. L'enfant est actif.

25. L'enfant a des difficultés à quitter la séance.

28. Le thérapeute perçoit précisément le processus thérapeutique.

45. Le thérapeute tolère l'affect ou les pulsions violentes de l'enfant.

65. Le thérapeute clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant.

75. Les interruptions, les pauses dans le traitement ou la terminaison de la thérapie sont discutées.

38. Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé qu'il s'agisse d'événements ou de sentiments.

13. L'enfant est animé ou en éveil

48. Le thérapeute pose des limites.

88. Le matériel de la séance est approprié aux conflits de l'enfant.

Le regroupement de ces items décrit un enfant qui est actif, animé et en éveil et a des difficultés à quitter la séance.

Le thérapeute est lui-même confiant et assuré, sensible aux sentiments de l'enfant et il perçoit précisément le processus thérapeutique. Il tolère l'affect ou les pulsions violentes d'Anna, pose des limites, et établit des règles explicites à propos de la fin de la séance. Le matériel de la séance est adapté au niveau du développement de l'enfant et approprié à ses conflits. Les interruptions dans le traitement sont discutées. Ces éléments constituent *le cadre* de la psychothérapie.

Au niveau de *sa technique*, le thérapeute souligne les sentiments de l'enfant pour l'aider à les éprouver plus profondément, il participe à la verbalisation d'états internes et affectifs, mime des émotions implicites ou non élaborées. Il clarifie, redit ou reformule ce que dit l'enfant, interprète la signification de son jeu, et établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations. La technique est donc centrée sur le vécu affectif et émotionnel d'Anna, et elle utilise à la fois le mime et l'interprétation du jeu et de la relation thérapeutique.

Le thérapeute et l'enfant font preuve d'un vocabulaire ou d'une compréhension partagé qu'il s'agisse d'événements ou de sentiments.

- *Seconde approche* : évaluer l'importance dans la psychothérapie de *médiateurs préconstruits* candidats.

Sous la désignation de médiateurs préconstruits, nous rangeons ceux dont l'effet sur les résultats a été démontré de façon générale (qui participent à « la relation et l'alliance thérapeutique ») et ceux qui sont susceptibles d'être spécifiquement actifs dans les domaine de l'autisme.

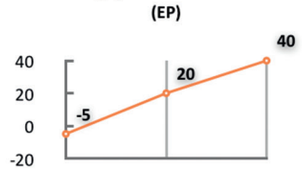
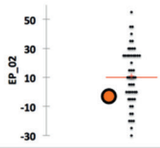
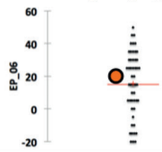
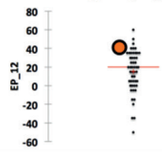
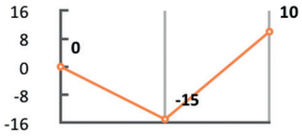
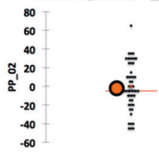
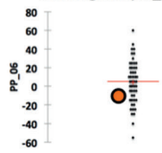
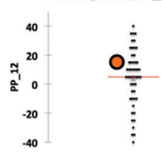
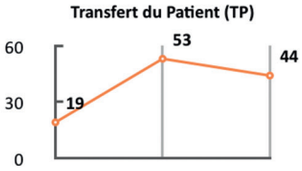
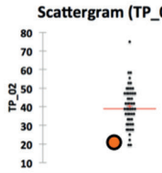
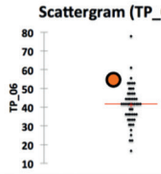
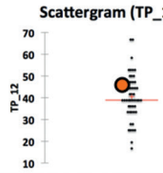
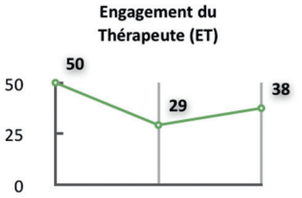
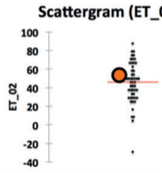
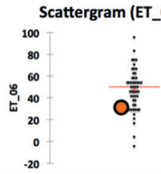
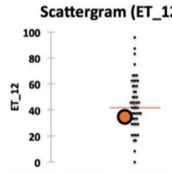
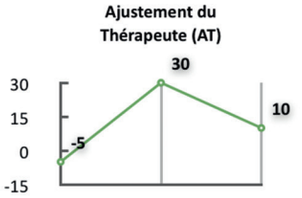
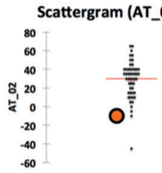
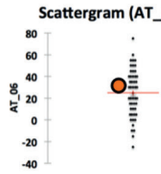
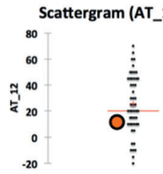
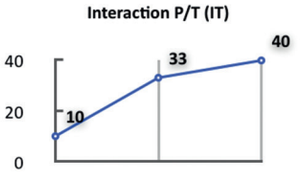
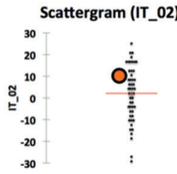
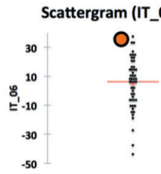
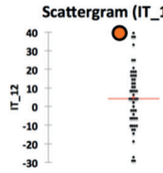
Facteurs CPQ 2, 6 et 12 mois et place d'Anna dans le groupe				Commentaires
Médiateurs (1)	Situation de l'enfant par rapport au groupe des 50 enfants			
Engagement du Patient (EP) 	Scattergram (EP_02) 	Scattergram (EP_06) 	Scattergram (EP_12) 	Initialement négatif, l'engagement de l'enfant s'élève au dessus de la moyenne
Participation du Patient (PP) 	Scattergram (PP_02) 	Scattergram (PP_06) 	Scattergram (PP_12) 	
Transfert du Patient (TP) 	Scattergram (TP_02) 	Scattergram (TP_06) 	Scattergram (TP_12) 	Initialement basse, la relation transférentielle de l'enfant, devient élevée.
Engagement du Thérapeute (ET) 	Scattergram (ET_02) 	Scattergram (ET_06) 	Scattergram (ET_12) 	Alors que l'engagement de l'enfant s'élève, celui du thérapeute peut se réduire
Ajustement du Thérapeute (AT) 	Scattergram (AT_02) 	Scattergram (AT_06) 	Scattergram (AT_12) 	
Interaction P/T (IT) 	Scattergram (IT_02) 	Scattergram (IT_06) 	Scattergram (IT_12) 	L'interaction thématique est croissante

Tableau 1. La colonne de gauche représente la courbe de chacune des dimensions de la « relation et alliance thérapeutique » à 2, 6 et 12 mois. Les trois colonnes du milieu situent la position de l'enfant par rapport à la médiane du groupe. Le point rouge situe Anna, le trait rouge de la médiane décrit la position où le groupe est séparé en 2 moitiés. La colonne de droite résume les éléments les plus marquants.

Ces médiateurs regroupent chacun les formulations du CPQ (± 8) qui caractérisent une dimension potentielle de l'action thérapeutique en distinguant 3 ensembles : 1) l'engagement du patient, sa participation à la thérapie, son transfert avec le thérapeute, l'engagement du thérapeute, son ajustement, l'interaction patient-thérapeute (pour la relation et l'alliance thérapeutique). 2) l'expression et la modulation des affects ; la communication la verbalisation et la symbolisation ; les interventions relatives au sens des expériences vécues et des comportements ; les conseils et interventions relatives aux comportements. 3) les ingrédients spécifiques des approches psychodynamique et cognitivo-comportementale.

La courbe de croissance de chacun des médiateurs candidats participant à la relation et l'alliance thérapeutique est présentée dans le tableau 1.

Initialement négatif, l'engagement de l'enfant s'élève au dessus de la moyenne ; la participation de l'enfant est négative à 6 mois, mais se positive à 1 an ; la relation transférentielle de l'enfant, devient élevée ; alors que l'engagement de l'enfant s'élève, celui du thérapeute peut se réduire ; l'interaction thématique entre le thérapeute et l'enfant est croissante et se situe très largement au dessus de la médiane.

L'action thérapeutique (tableau 2) centrée sur l'émotionnel se situe à un niveau élevé ; les interventions concernant le langage se situent autour de la médiane, avec une réduction à 12 mois ; les interventions relatives au sens sont au dessus de la médiane ; les interventions cognitivo-comportementales sont très réduites ; l'approche est clairement psychodynamique.

- *Troisième approche :* situer les caractéristiques de la psychothérapie d'Anna en relation avec les caractéristiques communes à l'ensemble des psychothérapies d'enfants autistes menées dans le cadre de l'étude, et aux profils de celles qui se rapportent à des situations spécifiques. Par exemple, une implication particulièrement forte ou faible de l'enfant, un enfant

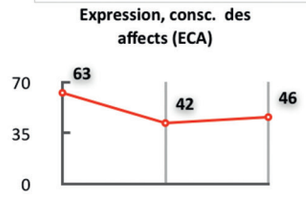
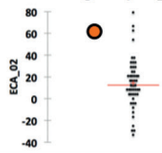
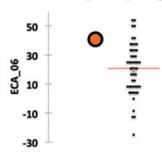
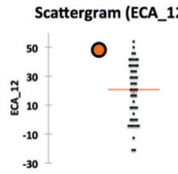
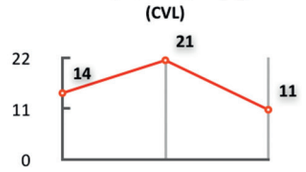
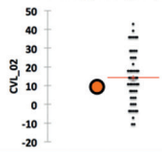
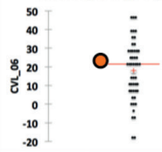
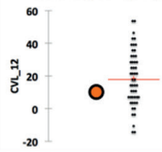
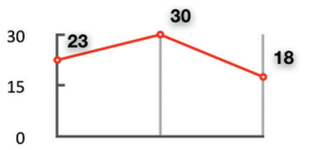
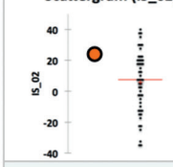
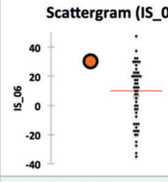
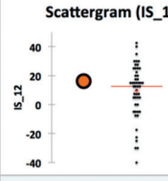
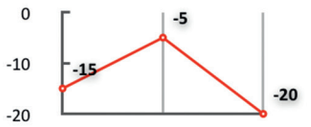
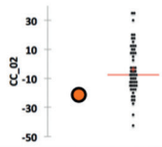
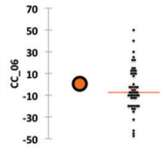
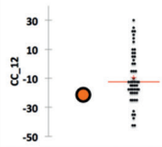
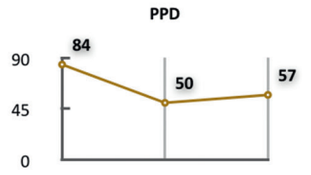
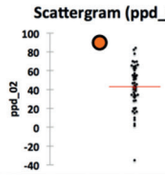
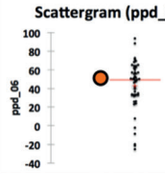
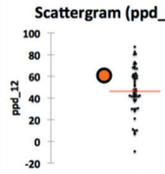
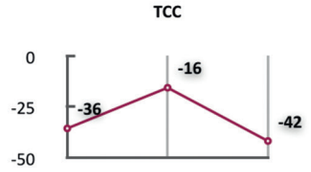
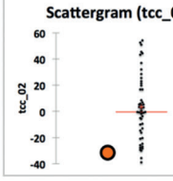
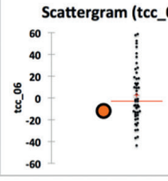
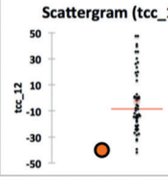
Facteurs CPQ 2, 6 et 12 mois et place d'Anna dans le groupe				Commentaires
Médiateurs (2)	Situation de l'enfant par rapport au groupe des 50 enfants			
Expression, consc. des affects (ECA) 	Scattergram (ECA_02) 	Scattergram (ECA_06) 	Scattergram (ECA_12) 	L'action thérapeutique reste centrée sur l'émotionnel à un niveau élevé
Com., verbalis., langage (CVL) 	Scattergram (CVL_02) 	Scattergram (CVL_06) 	Scattergram (CVL_12) 	Les interventions concernant le langage prennent moins d'importance à 12 mois
Interprétation/signification (IS) 	Scattergram (IS_02) 	Scattergram (IS_06) 	Scattergram (IS_12) 	Les interventions d'interprétation / signification sont au dessus de la moyenne
Conseil et comportement (CC) 	Scattergram (CC_02) 	Scattergram (CC_06) 	Scattergram (CC_12) 	Les interventions cognitivo-comportementales sont très réduites
PPD 	Scattergram (ppd_02) 	Scattergram (ppd_06) 	Scattergram (ppd_12) 	L'approche est clairement psychodynamique
TCC 	Scattergram (tcc_02) 	Scattergram (tcc_06) 	Scattergram (tcc_12) 	

Tableau 2. La colonne de gauche représente la courbe de chacune des dimensions de la « technique thérapeutique » à 2, 6 et 12 mois. Les trois colonnes du milieu situent la position de l'enfant par rapport à la médiane du groupe. Le point rouge situe Anna, le trait rouge de la médiane décrit la position où le groupe est séparé en 2 moitiés. La colonne de droite résume les éléments les plus marquants.

qui va bien ou l'inverse, un enfant qui reste dans une relation d'attachement ou établit une distance avec le thérapeute. La correspondance à ces différents profils de psychothérapie est exprimée par un score à 4 facteurs (F1, F2, F3, F4) issus d'une analyse factorielle, qui s'établit de 0,84 à 0,28 pour le facteur commun (F1), de 0,73 à 0,1 pour le facteur 2, de 0,66 à 0,01 pour le facteur 3 et de 0,45 à 0,00 pour le facteur 4. Si l'on se réfère au score minimum de 0,28 qui caractérise le facteur commun, 19 enfants sont concernés par le facteur 2, 10 enfants par le facteur 3 et 11 enfants par le facteur 4.

Pour Anna, les scores sont respectivement pour F1 : 0,75, F2 : 0,22, F3 : 0,21 et F4 : 0,27, ce qui signifie que la psychothérapie de cette enfant utilise les éléments les plus caractéristiques communs, mais également des éléments des 3 sous-groupes d'enfants s'inscrivant dans des profils de psychothérapie particuliers. Ainsi, Anna devient attentive aux interactions sociales et s'engage dans le jeu du faire-croire à 12 mois (F2), la qualité de son jeu devient imaginative à 6 mois et fluide à 12 mois (F3). Par ailleurs, elle a des difficultés à quitter la séance, exprime des sentiments d'approbation envers sa thérapeute à 2 mois, évite d'être en compétition ou en rivalité avec elle, répond à ses remarques, insiste sur son indépendance à 6 et 12 mois.

De son côté sa thérapeute est restée neutre. Elle a interprété la signification du jeu d'Anna et a encouragé sa verbalisation d'états internes et affectifs tout au long de l'année. Elle n'a plus fait de commentaires sur le comportement non verbal d'Anna et ne lui a plus donné de conseils à partir de 6 mois, elle a commencé à aborder la signification des fantasmes à 12 mois (F2), a discuté des fonctions corporelles à 2 et 12 mois (F3).

Nous avons vu par ailleurs, directement à partir des éléments les plus caractéristiques, que le thérapeute mimait les émotions implicites ou non élaborées de l'enfant plutôt que de les aborder sur un mode conceptuel, qu'il établissait des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations, que les pauses et les interruptions étaient discutées.

Quels sont les changements qui sont apparus au cours du temps et à quel moment ?

Les principaux changements qui sont apparus au cours du temps dans le processus sont les suivants : Anna s'engage rapidement et participe plus lentement aux activités de la thérapie. Son interaction avec sa thérapeute, incluant la relation transférentielle et les dialogues, devient forte à 6mois. Elle devient attentive aux interactions sociales et s'engage dans le jeu du faire-croire à 12 mois, la qualité de son jeu devient imaginative à 6 mois et fluide à 12 mois. Le thérapeute cesse de donner des conseils à 6 mois et il peut articuler son approche aux capacités de distanciation et d'imagination dans le jeu d'Anna.

Les aptitudes acquises durant l'année sont les suivantes : la recherche de vrais échanges relationnels, une bonne tonalité d'échange avec le regard, l'acquisition de la propreté sphinctérienne (la propreté sphinctérienne était acquise mais impliquait de fortes angoisses de perte qui ont disparu), la confirmation du stade du miroir, l'existence du langage verbal, l'apparition du NON, le perfectionnement de la prosodie (mélodie, intonation et accents), le graphisme et la fermeture du cercle, la quasi disparition des stéréotypies.

Quelles modifications du traitement peuvent être faites pour augmenter son efficacité réelle ? Quelles procédures ou techniques peuvent être ajoutées au traitement pour le rendre plus efficace ?

Nous n'avons pas de réponse à ces 2 questions. Les résultats sont très importants [comparativement à des enfants du même âge].

Sur quels éléments reposent les validités interne et externe de cette étude de cas ?

Validité interne

Elle se réfère à la mesure dans laquelle on peut éliminer les explications, autres que celles attribuées à la psychothérapie, pour expliquer les résultats. Ces explications alternatives peuvent concerner :

Les événements : aucun événement notable, autre que la psychothérapie n'est mentionné durant l'année d'étude. Toutefois, le déclenchement des troubles d'Anna a été attribué par ses parents à l'entrée à l'école qui a produit des difficultés et une angoisse importante de séparation. Leur amélioration peut avoir été renforcée conjointement par la tolérance émotionnelle et l'attention de la thérapeute aux fins de séance, la très bonne alliance thérapeutique des parents et l'intervention d'un AVS pour l'accompagner à l'école.

La maturation : même si ce facteur est à prendre en compte, il n'est certainement pas à l'origine des changements très importants qui se sont produits chez Anna, notamment au niveau des comportements austistiques.

La répétition des tests : Les évaluations par les cliniciens avec le CPQ partent d'une répartition aléatoire des items. Pour les autres instruments, la diversité des items et des dimensions qu'ils contribuent à décrire élimine le biais d'habituation.

Usage des instruments : leur usage n'a fait l'objet d'aucun changement, les courbes sont différentes d'une dimension à l'autre et les résultats sont convergents d'un instrument à l'autre sur les dimensions communes.

Biais de sélection : Il n'existe pas. L'entrée d'Anna en psychothérapie a été provoquée par le signalement de ses problèmes importants à son entrée à l'école. Le diagnostic réalisé par la psychiatre a été confirmé par le CRA.

Validité externe

La validité externe se réfère à la mesure dans laquelle les résultats d'une expérience peuvent être généralisés ou étendus au-delà des conditions de l'expérience.

Cette étude s'est déroulée dans des conditions naturelles. Concernant les autres menaces à la validité externe :

Traitements multiples : Anna n'a bénéficié d'aucun traitement complémentaire lors de l'année d'évaluation (orthophonie et psychomotricité). Elle a ensuite fréquenté des ateliers du Sessad avec des éducateurs.

Généralisation à travers les sujets : l'analyse précédente a montré que les changements importants survenus chez Anna reposent pour une part importante sur le cadre dans lequel la psychothérapie s'est déroulée et les conditions dans lesquelles il s'est constitué (compétence du thérapeute, soutien familial, engagement d'Anna, ajustement des actions spécifiques à ses besoins et à son développement).

On peut faire l'hypothèse que si des conditions analogues sont réunies avec un autre enfant, des résultats du même ordre peuvent être obtenus.

Généralisation à travers le temps : Les changements se sont maintenus au delà des interventions. Une évaluation ultérieure serait nécessaire pour vérifiier que l'amélioration s'est maintenue et poursuivie dans le temps.

Réactivité à la procédure d'évaluation : la procédure d'évaluation a sans doute un effet stimulant pour le thérapeute auquel l'enfant peut être également sensible. Mais de façon générale, cette situation n'est-elle pas à un certain degré cette de toute thérapie pratiquée par le clinicien qui s'y trouve engagé ?

Conclusion

L'analyse du cas Anna met en lumière la méthodologie utilisée pour cerner les changements qui peuvent être observés et attribués à la psychothérapie sur une durée d'une année. Anna a changé mais dans quels domaines et comment ? Il va sans dire que la complexité de la vie d'une personne ne peut trouver une réponse univoque à cette question. Cependant, nous nous sommes appliqués à extraire des éléments probants.

Ce sont d'abord les mesures de gravité des symptômes, d'évolution du développement et des acquisitions, et des fonctionnements psychiques impliqués dans la relation de l'enfant avec le monde. Toutes les courbes concernant ces « indicateurs de changement » montrent une amélioration d'Anna, excepté l'émotionnel qui reste instable.

Dans la formulation de cas finale, il est noté que toutes ces améliorations ont bien été perçues par la thérapeute et ses pairs qui indiquent également qu'il reste à travailler « son

adaptation à l'école et ses échanges avec ses pairs ». Il est sans doute important ici de rapporter que, jusqu'à son entrée à l'école, l'enfant n'avait pas eu de contact avec d'autres enfants, mais essentiellement avec ses parents et parfois avec quelques autres adultes.

Ensuite, l'implication des mécanismes à l'œuvre dans la thérapie est un des points forts de l'analyse de l'évaluation des changements. La psychothérapie n'est pas considérée globalement. Ce sont les médiateurs potentiellement actifs dans le traitement et ayant une probabilité d'être à l'origine d'un changement qui sont observés. C'est la puissance de l'instrument de processus utilisé (CPQ) qui a permis d'aborder finement cet aspect. Les 100 formulations du CPQ, évaluées trois fois au cours de l'année permettent d'établir des configurations particulières de la psychothérapie susceptibles d'être les facteurs explicatifs qui ont conduit aux changement observés. Seuls les scores importants sont conservés. Ils ont d'abord décrit l'enfant, le thérapeute et ses actions qui étaient au centre du processus psychothérapeutique. Ensuite, le poids des items a fait ressortir l'importance des médiateurs préconstruits qui se distinguent en 2 grandes catégories : l'alliance thérapeutique et les actions du thérapeute (cf, tableaux 1 et 2). Enfin, la comparaison du cas Anna avec le groupe. Cette démarche est essentielle pour vérifier et objectiver la disparité des cas mais aussi leur regroupement spécifique. Les cas sont différents, ce qui n'empêche pas de retrouver des similarités entre certains d'entre-eux. L'analyse factorielle est très éclairante à ce niveau.

Pour terminer cette évaluation, nous avons présenté les éléments opposables aux validité interne et externe. Aucun ne semble remettre en question le rôle majeur de la psychothérapie dans l'évolution d'Anna. La modélisation de l'enchaînement des changements reste à faire.

Pour compléter les points que nous avons soulevés, ajoutons que la psychothérapie d'Anna s'est poursuivie avec la même thérapeute jusqu'à l'âge de 6 ans et 4 mois à partir duquel elle a intégré une autre structure, un CMPP avec un autre thérapeute.

Sa thérapeute a eu des nouvelles d'Anna qui a été intégrée au CE1 après une année de CLIS et sa thérapie continue. Elle fait maintenant une initiation musicale. Dans une rencontre fortuite avec sa thérapeute, Anna lui a rappelé ce qu'elles faisaient ensemble, disant qu'elle avait beaucoup aimé. Elle l'a également appelé par son prénom et son nom. Les progrès semblent bien avoir été maintenus plusieurs années plus tard... ●

** et son groupe de pairs Aviva Cohen et Patricia Rochut*

Bibliographie relative aux Réseaux de recherche

Agency for Healthcare Research and Quality http://www.ahrq.gov/

AHRQ & NIMH. Practice-Based Research Networks (PBRNs) and the translation of research into practice (2003).

http://grants.nih.gov/grants/guide/pa-files/PAR-04-041.html

Amenta M & Messeca S. Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche* 2012 ; 73-74: 5-6.

Audin K, Mellor-Clark J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Lewis S, Cann L, Duffy J, & Parry G. Practice research networks for effective psychological therapies. *Journal of Mental Health 2001 ;* 10 (3): 241-251.

Barkham M, & Mellor-Clark J. Bridging evidencebased practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2003 ; 10: 319-327.

Barlow D. Health care policy, psychotherapy research, and the future of psychotherapy. *American Psychologist* 1996 ; 51(10): 1050-1058.

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

Castonguay L, Nelson D, Boutselis M, Chiswick N, Damer D, Hemmelstein N, & Borkovec T. (2010). Clinicians, researchers, or both? A qualitative analysis of therapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training* 2010 ; 47: 345-354.

Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, et *al.* Helpful and hindering évents in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 2010 ; 47(3): 327–344

Davis MM, Keller S, DeVoe JE, Cohen DJ. Characteristics and lessons learned from practice-based research networks (PBRNs) in the United States. *Journal of Healthcare Leadership* 2012 ; 4: 107–116.

Greenberg et *al.* Clinical Psychology Review : Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* Volume 26, Issue 6, October 2006, Pages 657-678.

Henton I. Practice-based research and counselling psychology: A critical review and proposal. *Counselling Psychology Review* 2012 ; 27(3):11-28.

Caroll KM, Rounsaville BJ. Bridging the Gap: A Hybrid Model to Link Efficacy and Effectiveness Research in Substance Abuse Treatment. *Psychiatr Serv.* 2003 ; 54:333-339.

Kutner et *al.* The Practice-Based Research Network as a Model for End-of-Life Care Research: Challenges and Opportunities. *Cancer Control* 2005 ; 12(3): 186-195. http://ww.moffitt.org/CCJRoot/v12n3/PDF/186.pdf.

Lucock M, Leach C, Iveson S, Lynch K, Horsefield C, Hall P. A systematic approach to practice-based evidence in a psychological therapies service. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2003 ; 10 (6) 389–399.

Ruiz MA., Pincus AL, Borkovec TD, Echemendia RJ., Castonguay LG & Ragusea SA. Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment* 2004 ; 83, 213-222.

Schneider KJ. Challenges and collaborative possibilities of the PRN: A view from depth therapy. (Comment on The Pennsylvania practice research network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy effectiveness research, by T. Borkovec, R. Echemendia, S. Ragusea, & M. Ruiz). *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001 ; 8(2): 180-183.

Thurin JM, Falissard B & Danion JM. Projet Inserm de Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques. *Pour la Recherche* 2007 ; 55, 1-16.

Thurin JM, Thurin M & Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research* 2012; 12(3): 187-193.

Williams RL, Rhyne RL. No Longer Simply a Practice-based Research Network (PBRN): Health Improvement Networks. *J Am Board Fam Med* 2011 ; 24 (5): 485-488.

Pour la Recherche

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

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

Remerciements

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

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

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

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

(4 numéros - abonnement 2014)
à

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

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