

LIVRET D'ÉVALUATION

**RÉSEAU DE RECHERCHES FONDÉES SUR
LES PRATIQUES PSYCHOTHÉRAPIQUES**

PÔLE ALZHEIMER

Pôle Alzheimer : descriptif des études

L'étude porte sur l'effet des interventions psychothérapiques et psychologiques sur les symptômes psychoaffectifs ou de troubles du comportement chez des personnes âgées et chez lesquelles une dimension fonctionnelle coexiste avec le processus déficitaire.

Situations de départ :

- patients présentant une maladie d'Alzheimer ou une pathologie apparentée,
- autres pathologies avec un diagnostic établi (par exemple état dépressif majeur au sens du DSM).

Interventions, il peut s'agir soit de psychothérapie ou d'intervention psychologique individuelle, soit de psychothérapie ou d'intervention psychologique en groupe.

- Les patients sont suivis pendant une période de 1 an. Ces patients peuvent être des nouveaux patients qui rentrent dans un processus psychothérapique ou d'autres patients qui sont déjà connus, mais qui, à partir d'un temps x, vont être évalués durant une année.

- Les soignants peuvent être des médecins ou des paramédicaux (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes...). Un thérapeute est identifié pour le suivi d'un cas spécifique en groupe de pairs.

- D'une manière préliminaire à l'inclusion du patient, des données démographiques générales ainsi que des informations sur les modérateurs (par exemple le mode de vie, le type de prise en charge, les compétences de l'équipe, les autres interventions qui peuvent avoir lieu en parallèle) sont recueillies.

- Au cours du processus de prise en charge, il sera demandé une évaluation du fonctionnement et du processus à l'entrée, à 3 mois, 6 mois et 1 an.

Indicateurs de changement

9 indicateurs de fonctionnement : 1. autonomie, 2. gravité des symptômes et comportements pathologiques, 3. malaise et détresse subjective, 4. conséquences de l'état du patient sur l'entourage, 5. utilisation de ses capacités par le patient, 6. qualité des relations interpersonnelles du patient, 7. ampleur et profondeur des intérêts du patient, 8. expression et tolérance affective, 9. résolution de problème et capacité d'adaptation.

6 indicateurs de processus : 10. représentation de soi, capacité de penser, 11. évolution des conflits interpersonnels, 12. alliance thérapeutique, 13. engagement dans la thérapie, 14. évolution des mécanismes de défense et d'ajustement, 15. conduite thérapeutique (évolution du type d'intervention).

Fiche récapitulative d'évaluation

code patient :

code thérapeute :

Date passation

PATIENT

Sexe
Age
Début de traitement
Psychothérapeute (code)
Autres cotuteurs (gr. de pairs) (code)

EVALUATIONS

*1^{ère} évaluation (3 premiers entretiens)**

Entretien clinique 1	Diagnostic, objectif, stratégie
Entretien clinique 2	Diagnostic, objectif, stratégie
Entretien clinique 3	Diagnostic, objectif, stratégie
Description clinique standardisée	MMSE - NPI
Echelle de fonctionnement	ESM - QOL-AD et GDS
Diagnostic classification	DSM
FORMULATION DE CAS	ligne de base des interventions psychothérapiques

2^{ème} évaluation à 2 mois

Séance 1	
Séance 2	
Echelles de fonctionnement	ESM - QOL-AD et GDS
Instrument du processus	PQS
Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	

3^{ème} évaluation à 6 mois

Séance 1	
Séance 2	
Echelles de fonctionnement	ESM - QOL-AD et GDS
Instrument du processus	PQS
Événements éventuels de contexte depuis la dernière évaluation	

4^{ème} évaluation à 12 mois ou sortie de traitement

Séance 1	
Séance 2	
Description clinique standardisée 2	MMSE
Echelles de fonctionnement 2	ESM - QOL-AD et GDS
Instrument du processus	PQS
Diagnostic classification	DSM
FORMULATION DE CAS	

- *descriptif de la marche à suivre page suivante pour l'évaluation de départ.
- *Recommandation* : noter la date de passation sur la fiche **et** sur la séance afin de retrouver le cas échéant sur quelle séance précisément a été faite l'évaluation.

Évaluation de départ

Dispositif de la séance

Statut du psychothérapeute : psychologue, psychiatre, orthophoniste, ergothérapeute, ...

Approche psychothérapique : psychodynamique, relationnelle humaniste, systémique, cognitivo-comportementale, autre

Fréquence des interventions :

Durée des interventions:

Paramètres spécifiques :

Recueil des données

Les trois premières séances et celles qui entrent dans le protocole d'évaluation font l'objet d'une prise de notes aussi complète que possible incluant les propos du patient, mais également les questions et interventions du thérapeute. Chaque fois que c'est possible, elle sont enregistrées.

Les éléments suivants sont systématiquement recherchés

- année de début des troubles et antécédents
- données démographiques : âge, homme/femme, célibataire/marié, Niveau d'étude...
- existence d'un traitement psychotrope en cours
- présentation par le patient de ses difficultés et de sa demande

A la fin des 3 premiers entretiens (il est recommandé de faire ce travail *à la fin de chacun des entretiens* pour élaborer au fur et à mesure des différentes séances de psychothérapie les hypothèses diagnostiques et les objectifs envisageables).

- Relecture et finalisation des notes suivant conventions typographiques¹
- Envoi aux autres membres du groupe de pairs
- Chacun des membres du groupe de pairs est invité à établir
 - 1) un diagnostic à partir :
 - a. des éléments pathologiques les plus significatifs (sémiologie) et
 - b. de la problématique psychopathologique du patient suivant l'approche du thérapeute ; le diagnostic est complété d'indications concernant
 - 2) les objectifs généraux de la psychothérapie et
 - 3) la stratégie initiale pour les atteindre

A la fin du troisième entretien : formulation de cas

Après comparaison des analyses et discussion avec les autres membres du groupe, une formulation du cas² est établie suivant le plan suivant :

- 1) Problèmes actuels du patient et leur place dans le contexte de sa situation de vie actuelle, de son histoire et de son développement (éléments précipitant, étendue et qualité des relations interpersonnelles, traits prédisposant les plus significatifs de l'histoire personnelle, symptômes et comportements les plus manifestes.
- 2) Facteurs non dynamiques qui peuvent avoir contribué à son problème (génétiques, périnataux, sociaux, pathologies, ...)
- 3) Intégration synthétique des données disponibles ouvrant à une interprétation des facteurs précipitant et des influences qui maintiennent les problèmes de la personne (*conflit(s) psychique(s) ; aspects développementaux ; identité ; aspects familiaux ; fonctionnement : relations interpersonnelles ; mécanismes de défense et d'ajustement ; insight ; contenance et expression affective*). Éléments favorables ; éléments repérés comme manquant
- 4) Cette formulation est accompagnée d'une première définition du *but* (p.e., construction de l'image de soi), des *objectifs intermédiaires* (p.e., résolution de symptômes, évolution de la relation d'objet, ...), de la psychothérapie et de la *stratégie* pour les atteindre (modalité psychothérapique utilisée) ;

Éléments complémentaires de l'évaluation de départ

A l'issue des trois premières séances, le patient remplit un auto-questionnaire de qualité de vie (QOL – version patient) et le thérapeute remplit l'échelle de fonctionnement NPI-C (version clinicien) et en relation son diagnostic psychopathologique avec la classification du DSM IV (suivant ses 5 axes)

¹ Précisées par le thérapeute

² Suivant le CFCCM. Ellis T, Kendjelic E, Lucas C. What's in a case formulation. *J of Psychotherapy Practice and Research* 1998, 7 :144-153.

Modèle

Certificat de consentement à la participation à une recherche sur l'évaluation des psychothérapies.

Ce certificat est en annexe pour que l'anonymat général de ce livret soit respecté

☐ Consentement du patient ou de sa famille obtenu

Modèle

Notes extensives issues des trois premiers entretiens

Année : Semaine : Patient (code) : Thérapeute (code) :

Entretien 1 :

Les informations suivantes sont systématiquement renseignées à partir de l'entretien et/ou du dossier patient

Age :
Sexe :
Niveau d'éducation* :

* 1 =aucune scolarisation ; 2 =primaire (certificat d'étude) ; 3 = collège, CAP, brevet ; 4 = secondaire (lycée, Bac) ; 5 = supérieur

Si Alzheimer (ou autre démences), année du premier diagnostic de maladie:

Marquer la date seulement si le diagnostic est antérieur à la première consultation. Dans les autres cas, le diagnostic porté dans le corpus attestera de la date du 1^{er} diagnostic.

Année (date) :

Les modérateurs suivants sont également systématiquement renseignés à partir de l'entretien et/ou du dossier patient

Mode de vie actuel : (modérateur à modifier si changement au cours de l'année)

- ☐ A domicile
- Seul sans famille à côté
 - Seul avec famille à côté
 - Avec conjoint
 - Dans sa famille
- ☐ Dans une famille d'accueil
- ☐ En foyer logement
- ☐ En hospitalisation (court séjour, SSR, USLD)
- ☐ En maison de retraite médicalisée En EHPAD
- ☐ En établissement psychiatrique
- ☐ Autre

Mesure de protection (modérateur à modifier si changement au cours de l'année):

☐ OUI ☐ NON

Si oui préciser : ☐ tutelle, ☐ curatelle, ☐ autre :

Traitements pharmacologiques et posologie : (modérateur à modifier si changement au cours de l'année) (Plusieurs réponses possibles)

Posologie :

- ☐ Inhibiteurs de l'acétylcholinestérase :
- ☐ Antagonistes des récepteurs NMDA :
- ☐ Antidépresseurs :
- ☐ Neuroleptiques :
- ☐ Anxiolytiques :
- ☐ Hypnotiques :
- ☐ Nootropes :
- ☐ Facteur de risque vasculaire :
- Antihypertenseur :
- Statine :
- Antiagrégant :
- anticoagulant :
- antidiabétique :
- ☐ Autres traitements chroniques :

Traitements non pharmacologiques : (modérateur à modifier si changement au cours de l'année):

- ☐ Orthophoniste
- ☐ Psychologue
- ☐ Kinésithérapeute
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Plusieurs intervenants (groupe)

Notes extensives issues des trois premiers entretiens

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Entretien 2 :

Modèle

Notes extensives issues des trois premiers entretiens

Année : Semaine : Patient (*code*) : Thérapeute (*code*) :

Entretien 3 :

Modèle