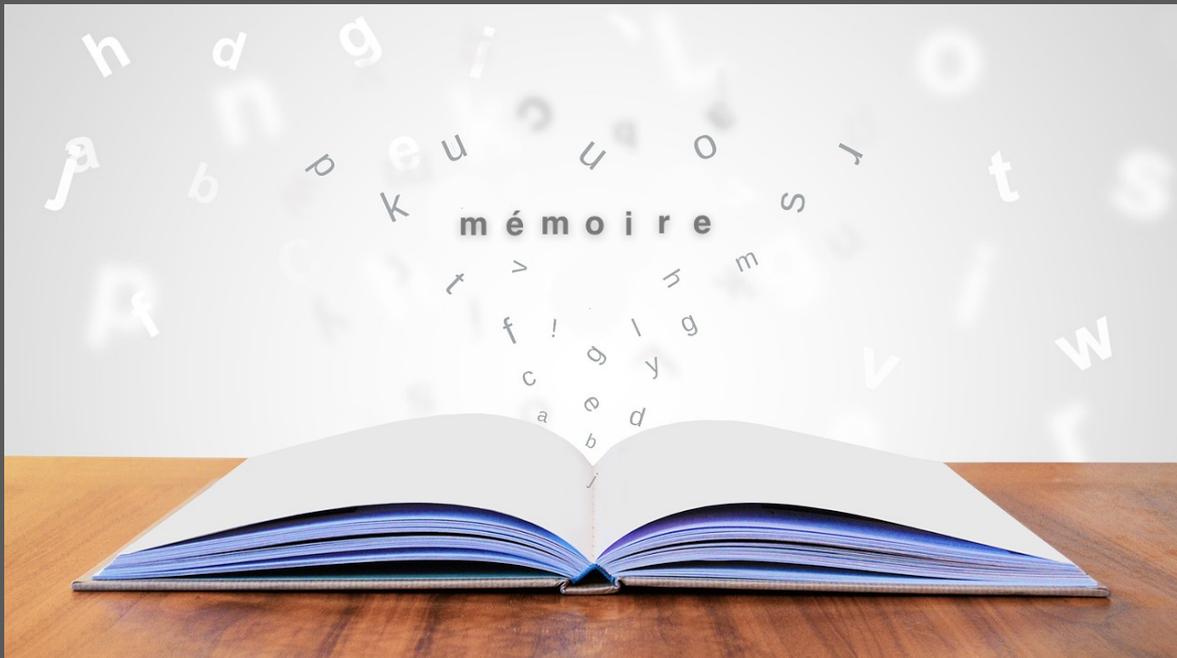


GUIDE DE RÉDACTION DU MÉMOIRE DE MODULE 3



A lire avant de débuter une thérapie et non pas au moment de la rédaction du mémoire !

Rédacteur : Yann Hodé

Table des matières

1.	CONSIGNES POUR LES MEMOIRES DE MODULE 3 (OUTIL A L'USAGE DE L'ETUDIANT)	3
2.	MON RETRO-PLANNING (OUTIL A L'USAGE DE L'ETUDIANT)	6
3.	REGLE GENERALE	7
4.	RESUME	9
5.	CADRE DE TRAVAIL	9
6.	MOTIF DE CONSULTATION	10
7.	ANAMNESE	11
1.	HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL	12
2.	HISTOIRE DU TROUBLE	13
3.	HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE	13
4.	HISTOIRE DE VIE	13
4.1	RELATIONS FAMILIALES ET SENTIMENTALES	14
4.2	ENVIRONNEMENT	14
4.3	SCOLARITE - ETUDES - TRAVAIL	14
8.	DIAGNOSTIC	14
9.	CADRE THEORIQUE	19
10.	LIGNE DE BASE	20
1.	DESCRIPTION DES QUESTIONNAIRES EVENTUELS	21
2.	BILAN DES EVALUATIONS	21
11.	ANALYSE FONCTIONNELLE	22
12.	ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THERAPEUTIQUE	24
13.	PROJECTIONS THERAPEUTIQUES	25
1.	PRESENTATION DE SEANCES	26
2.	ANALYSE DE L'ECHEC ET DE LA REUSSITE	27
14.	BIBLIOGRAPHIE	30
15.	ANNEXES	32
16.	VERIFICATION FINALE	33
17.	GRILLE DE CORRECTION	34

1. Consignes pour les mémoires de Module 3 (outil à l'usage de l'étudiant)

- **Généralités**

- Mémoire de troisième année à envoyer jusqu'au 30 juin 24h00 GMT dernier délai, une version électronique à déposer sur le site internet de l'AFTCC (un lien de téléchargement vous sera envoyé)

- **Aspects formels du mémoire**

- **Sur la couverture de votre mémoire, vous indiquerez :**

- Vos nom, prénom et adresse, en haut à gauche
- Le titre de votre mémoire au centre, en précisant qu'il s'agit d'un mémoire de MODULE 3 + ANNÉE. **Le titre doit indiquer quel diagnostic est traité et le public**
- Le nom de votre tuteur, en haut à droite.

- 30 pages maximum (comprenant la page de garde, le sommaire et la bibliographie), hors annexes, ou le mémoire ne sera pas lu : Times 12 ; 1,5 d'interligne ; 2cms maxi pour les marges

- Soigner la présentation et l'orthographe (respect pour l'auteur et pour le correcteur)

- Faire un sommaire

- Respecter :

- les règles d'écriture d'un article scientifique (normes APA ou Vancouver), au minimum :

- Références dans le texte et en bibliographie (montrer que les spécialistes TCC s'appuient sur des références scientifiques : livres, articles, en français, mais aussi en anglais - c'est mieux, mais pas obligatoire),
- Utilisation de figures et tableaux, (à reprendre dans le texte et à présenter avec un titre : au-dessus pour les tableaux, en dessous pour les figures),

- la confidentialité et le secret professionnel.

 Je n'abuse pas d'internet ou de Wikipédia : tout plagiat sera sanctionné

Contenu général du mémoire

- Diagnostic DSM-5 ou CIM10, donc ne pas oublier le diagnostic différentiel
- Un cas clinique complet (c'est-à-dire avec séances de thérapie décrites) **différent des deux cas présentés dans le mémoire de module 2**
- Explication de l'observation clinique et recueil des éléments qui permettent l'analyse fonctionnelle
- Critères de choix des échelles diagnostiques et d'évaluations « adaptées » (concises) : Pourquoi utiliser l'échelle maintenant ? A quoi cette échelle va servir plus tard ? Puis-je faire une évaluation maison plus « objective » ? ...
- Construction d'un schéma thérapeutique
- Conclusion sur la relation thérapeutique et ses aléas dans cette première phase de recueils des données permettant l'analyse fonctionnelle.

Plan du mémoire

1. Résumé
2. Cadre de travail (Institution, collaboration, supervisé ou non, etc.)
3. Motif de consultation
4. Anamnèse
 - Histoire de vie, éléments biographiques, histoire de la famille
 - Présentation du patient (attitude, voix, etc.)
 - Histoire du trouble, aspects récents, aspects anciens
5. Diagnostic
 - La démarche est obligatoire, mais l'absence de diagnostic n'est pas un manquement à la démarche
 - Démarche : Recueil signes, symptômes, syndromes
 - S'il y a un diagnostic, il doit être étayé par les critères du DSM ou de la CIM
 - Echelles diagnostiques (buts, critères de choix et références)
6. Cadre théorique :
 - Éléments récents
 - Connaissance de la prise en charge + traitement de choix et recommandations
 - Centrer sur le trouble (Description ; Epidémiologie ; prise en charge) + fondements des hypothèses étiopathogéniques et thérapeutiques
7. Lignes de base
 - Évaluations comportementales (voire cognitive)
 - Fréquence, intensité, durée, latence...
 - Echelles d'évaluation (buts, critères de choix et références)
 - Renvoyer vers les articles, expliquer les problèmes
8. Analyse fonctionnelle
 - SECCA ou SORC
 - Expliciter le lien avec la démarche thérapeutique
9. Analyse de la demande
 - Mise en perspective du motif de la consultation au regard de l'analyse fonctionnelle
 - Définition et élaboration du contrat thérapeutique, qui n'est pas obligatoirement un document signé : bilan partagé des objectifs
10. Projections thérapeutiques avec réflexions sur les précautions diverses
 - Exercices, durée, méthode d'évaluation
 - Implications éthiques et déontologiques
 - Précautions purement techniques et logistiques
11. Présentation d'au moins deux séances pertinentes sous forme de verbatim allégé et expliqué
 - Une séance sur l'explication d'une méthode au patient (ou à l'entourage)
 - Une séance sur l'application d'une méthode
12. Analyse de l'échec et de la réussite
 - Analyse de l'évolution des indices observés en phase d'intervention (comparée aux lignes de base)
 - Comment est imaginée l'évolution de la thérapie
 - Identification des difficultés sur l'ensemble des étapes retracées dans le mémoire
 - Réflexion sur l'alliance thérapeutique

Une *conclusion générale* si le besoin se fait sentir
Bibliographie

Annexes (à n'utiliser ni comme un fourre-tout, ni comme un moyen d'augmenter le nombre de pages du mémoire sans en avoir l'air)

- **Modalités d'envoi du mémoire**

- **Le mémoire est à envoyer, au plus tard, pour le 30 JUIN impérativement en version électronique :**

1 version électronique à déposer sur le site internet de l'AFTCC
(vous recevrez un mail avec le lien de téléchargement)

- Aucun délai supplémentaire ne sera accordé.
- Au-delà de cette date, le mémoire sera à rendre l'année universitaire suivante et ce moyennant le paiement d'une inscription administrative, sans possibilité de suivre le module suivant.

- **Délai d'envoi des résultats**

- Les correcteurs ont jusqu'au 15 août pour envoyer les grilles de corrections.
- **Les résultats seront envoyés par mail entre le 16 août et le 31 août.**

- **Non validation du mémoire**

- En cas de révision à faire, l'étudiant pourra rendre une version corrigée avant le 1^{er} octobre. Celle-ci sera corrigée par le même correcteur. Il recevra le résultat final au plus tard début septembre.
- En cas d'échec au mémoire (mémoire jugé trop insuffisant pour apporter des corrections), celui-ci sera transmis automatiquement à un autre correcteur pour 2^{ème} avis. Si le 2^{ème} correcteur confirme l'échec du mémoire, l'étudiant devra rendre un nouveau mémoire l'année universitaire suivante moyennant le paiement d'une inscription administrative
- La CE se réserve le droit de demander à l'étudiant d'éventuellement soutenir son mémoire devant un jury à Paris en septembre, notamment en cas de suspicion de plagiat.



2. Mon rétro-planning (outil à l'usage de l'étudiant)

Nous vous proposons ci-dessous un rétro-planning d'aide à la rédaction de votre mémoire. Celui-ci est proposé à titre indicatif, libre à vous de changer l'ordre des actions si vous le jugez nécessaire ou de le suivre.

Nous vous recommandons, toutefois, de suivre les échéances indiquées pour votre organisation et vous recevrez un mail de rappel pour chaque échéance.

Actions	Échéances
Avant de débuter votre thérapie TCC, lire le guide mémoire	
Choisir le patient qui pourrait faire l'objet de mon mémoire	Début février
Débuter la thérapie TCC	
Construire le plan détaillé de mon mémoire : au fur et à mesure des entretiens, indiquer les points clés pour chaque partie du plan	
Finaliser le plan détaillé définitif de mon mémoire	
Rédiger mon mémoire	A partir de début avril
Rédiger une 1 ^{ère} version de la partie 2 à 12	
Relecture 1	
Finaliser la rédaction de mon mémoire	Mi-mai
Choisir les annexes	
Relecture 2	
Rédiger le résumé, la conclusion générale et la bibliographie	
Relecture finale	Début juin
Rendre mon mémoire à l'AFTCC	30 juin



3. Règle générale

Un mémoire n'est pas une thèse, ni un rapport de stage, ni un exercice d'inventivité. Il s'agit d'un exercice formel qui a comme objectif de voir, si par votre façon de décrire le suivi d'un patient :

- Vous avez une approche rationnelle et organisée d'une prise en charge TCC,
- Vous êtes capable de communiquer de façon claire, précise et synthétique ce que vous avez fait. Les patients ont souvent une approche confuse et imprécise de leur trouble. Lors de la restructuration cognitive, vous allez leur apprendre à être plus précis, plus structuré et à hiérarchiser ce qui est important. Si vous manquez d'habiletés suffisantes pour communiquer de façon précise et structurée en hiérarchisant vos pensées, le correcteur en déduira de probables difficultés pour aider vos patients.
- Vous êtes capable d'être rigoureux dans le suivi de consignes, car les TCC sont des techniques qui produisent des effets thérapeutiques nets que si elles sont utilisées de façon rigoureuse.

Le correcteur doit surtout pouvoir apprécier vos compétences de thérapeute dans ce mémoire, et non pas vos connaissances générales, ni votre passion pour votre métier.

Voici les principales erreurs repérées dans la construction des mémoires ces dernières années :

- Une première partie qui correspond plus ou moins à un cours sur la sémiologie/ l'étiopathogénie/ l'épidémiologie du trouble que vous devez traiter,
- suivie d'une deuxième partie qui correspond plus ou moins à un cours sur les techniques TCC qu'il faut employer dans ce trouble,
- le tout agrémenté de phrases qui disent combien les TCC peuvent être utiles et à quel point telle ou telle technique est efficace.

Pour faire un mémoire de bonne qualité, vous trouverez dans ce document les précisions de ce qui est attendu dans chaque partie du mémoire qui posent souvent problème et/ou qui impactent fortement l'appréciation du correcteur.

PS : Ce guide ne se substitue pas à la présence en cours mais est complémentaire aux cours de méthodologie et de suivi de mémoire.

Ce document peut vous paraître long à lire et vous inquiéter. Son but n'est pas de vous stresser, mais de vous aider à comprendre ce que le lecteur qui va noter votre mémoire s'attend à trouver et pourquoi. Le but aussi, c'est de vous aider à réussir une thérapie et à réussir à bien mettre en œuvre ce que vous avez appris. La rédaction du mémoire oblige à appliquer les TCC rigoureusement et ce guide va vous aider à appliquer les TCC rigoureusement. Pour utiliser ce guide sans stress, voici comment nous vous proposons de l'utiliser.

L'idéal est de débiter sa lecture avant de commencer une thérapie.

- Quand vous aurez prévu de voir un patient pour une TCC et que vous penserez qu'il peut faire l'objet de votre mémoire, lisez les 3 chapitres sur le motif de consultation, l'anamnèse, et le diagnostic. Ensuite menez le premier ou les deux premiers entretiens en suivant les conseils donnés et essayer de rédiger les chapitres correspondant de votre mémoire.
- Puis avant de débiter les entretiens suivants, lisez les chapitres sur la ligne de base et suivi, et sur l'analyse fonctionnelle pour vous aider à structurer les entretiens et continuez la rédaction du brouillon de votre mémoire.
- Ensuite lisez le reste.

Vous débutez une thérapie ...

Avant d'avancer trop loin dans les séances, commencez par bien préciser le motif de consultation. S'il est flou, la thérapie sera mal engagée. Ce n'est pas vous qui donnez l'indication d'une thérapie, c'est votre patient qui doit souhaiter « plus que toute autre aide » une TCC (parce que vous l'aurez amené à comprendre ce que c'est et qu'il trouvera cela utile et particulièrement approprié pour lui). De nombreux étudiants démarrent une TCC avec un patient qu'on leur a demandé de suivre, alors

- que l'intérêt du patient pour cette thérapie n'a pas été suscité ou l'a été de façon légère (par exemple le patient peu venir pour un « soutien », et de son point de vue que vous appeliez TCC ou autrement ce « soutien », ce qu'il veut c'est voir un thérapeute, les TCC en soi il s'en moque),
- et que l'objectif du patient n'est pas suffisamment exploré.

Durant cette phase initiale, l'approche motivationnelle est très fortement utilisée.

4. Résumé

Il s'agit ici de montrer à votre correcteur votre capacité à synthétiser les principaux éléments de votre propos. Ce résumé présente entre 100 et 150 mots l'essentiel de votre travail. Vous devez être concis et efficace et donné envie de vous lire.

Il doit aborder les différentes parties de votre mémoire soit les étapes de votre démarche clinique en mettant en avant la spécificité de votre travail ou de votre approche. Pour cela, il suffit de répondre aux questions suivantes :

- Qui ? De quoi souffre la personne ?
- Qu'avez-vous fait ? Comment ?
- Pourquoi devons-nous lire votre mémoire ?

Voici un exemple de résumé possible pour un mémoire de module 2:

Dans ce mémoire sont proposés deux cas cliniques relatifs aux troubles anxieux. Le premier s'intéresse à Melle M., une jeune femme de 29 ans qui souffre d'un Trouble Panique avec Agoraphobie tandis que le second concerne Mr P., 44 ans qui souffre d'un Trouble Obsessionnel Compulsif depuis plus de 20 ans.

Une démarche très complète de diagnostic différentiel a été menée dans les deux situations cliniques. Un panel intéressant de modélisations théoriques des troubles est également proposé. Les analyses fonctionnelles, organisées sous une forme SECCA, détaillent les éléments de compréhension des situations problèmes présentées et guident les différentes propositions de projections thérapeutiques.

Un regard pertinent est également porté sur les difficultés rencontrées tout au long des suivis notamment sur l'instauration de l'alliance thérapeutique ou encore sur le positionnement du thérapeute dans la conduite des séances.

5. Cadre de travail

Il s'agit d'indiquer en quelques lignes les conditions dans lesquelles vous exercez votre activité. Cela peut tenir en une seule ligne si par exemple vous exercez, seul(e) dans votre cabinet ou bien une demi page si vous travaillez dans une institution avec une équipe pluridisciplinaire.

L'intérêt étant d'indiquer quelle est la place des TCC dans l'institution et pas d'avoir une définition précise des lieux ! Vous devez montrer l'intérêt et la dynamique de ce cadre de travail dans la mise en œuvre de la prise en charge de votre patient.

6. Motif de consultation

Les patients ne viennent pas voir un thérapeute seulement parce qu'il est thérapeute, ou parce que celui-ci travaille dans un centre de consultation. Ils viennent voir un thérapeute avant tout parce qu'ils ont un problème pour lequel ils veulent de l'aide. Il faut dans cette partie que le lecteur puisse savoir : Pourquoi le patient est vu, et quelle est sa demande initiale (la demande finale, qui aura été précisée par l'analyse fonctionnelle sera discutée dans le chapitre « Analyse de la demande »). Parfois la demande initiale est floue, parfois il n'y a pas de demande, le patient arrive passivement adressé ou amené par un tiers. Le problème c'est qu'on ne fait pas de TCC sans collaboration active, donc sans faire émerger une demande qui va motiver le patient à être actif dans la thérapie. La partie motif de la consultation doit donc amener les clarifications nécessaires sur les conditions qui permettent de démarrer une thérapie dans de bonnes conditions.

Voici trois exemples de motif de consultation qui sont insuffisants pour valider votre mémoire :

1) *Le patient est venu me voir dans le cadre d'une consultation en CMP. Il décrit des problèmes de sommeil et une anxiété dans son travail.*

QUESTION : *Pourquoi il s'est décidé à venir ce jour là ? Et pourquoi vous ? Que veut-il ?*

2) *J'ai vu le patient dans le cadre des suivis psychologiques de notre service ; le patient m'a été adressé par le psychiatre de l'unité pour l'aider par rapport à un sentiment de culpabilité récurrent qui le perturbe.*

QUESTION : *Pourquoi est-ce un problème ? Le psychiatre vous l'envoie pour une TCC ou pour que quelqu'un s'occupe des plaintes du patient. Pourquoi le patient est suivi, comment s'est-il retrouvé hospitalisé. Pourquoi souhaite-t-on que ce soit vous qui le suiviez ? L'indication d'une TCC est-elle une indication « pour voir », ou « posée parce qu'on sait que ça peut marcher » ou résultant d'une réflexion préalable avec le patient ?*

3) *J'ai vu ce patient dans le cadre d'une hospitalisation suite à de multiples scarifications de l'avant bras.*

QUESTION : *Et alors ?*

Pourquoi ces exemples sont insuffisants ?

Parce que le correcteur ne voit pas dans la formulation de ces 3 exemples pourquoi le patient va voir un « thérapeute TCC ». Or si vous voyez quelqu'un dans le cadre d'un mémoire de TCC, c'est pour une thérapie comportementale et cognitive souhaitée par le patient (pas par celui qui vous l'adresse). Il se peut que ce soit vous qui fassiez naître cette indication au cours de l'entretien. Il faut donc expliquer ce qui vous a amené à rencontrer le patient (pourquoi ce patient là est venu vous voir et non pourquoi vous voyez des patients en général) et comment l'indication d'une TCC est apparue, et comment elle est devenue une demande du patient (si ce n'est pas sa demande, on voit mal comment vous allez structurer la thérapie).

Voici un exemple de motif de consultation complet :

Le patient est venu me voir dans le cadre d'une consultation en CMP, sur le conseil de son médecin traitant qui lui a conseillé un suivi « psy ». Il décrit des problèmes de sommeil et une anxiété au travail. Le patient aimerait être plus serein, et plus optimiste. L'entretien fait apparaître qu'il souffre de troubles dépressifs qu'il n'identifie pas comme tels. Il voudrait parler de ses problèmes à quelqu'un qui puisse l'écouter, pour l'aider à aller mieux. Comme sa plainte initiale était « les problèmes de sommeil et l'anxiété », je lui ai proposé avant toute thérapie d'explorer pendant une à deux séances les facteurs qui contribuent à ces troubles afin de définir ensuite les objectifs d'une thérapie et de me faire une idée sur la méthode thérapeutique que je pourrais lui proposer. Le patient est d'accord avec cette façon de procéder

Ainsi on voit bien comment d'une demande initiale floue, vous proposez une démarche qui va amener à une TCC. Il va y avoir une analyse diagnostique, puis une analyse fonctionnelle qui va permettre de suggérer des pistes d'actions et l'intérêt du patient, puis la formulation d'objectifs thérapeutiques précis partagés, en lien avec le motif de consultation (même si la thérapie s'oriente sur une autre cible que la demande initiale, il faut que le patient (et le lecteur du mémoire) fasse le lien entre sa demande initiale floue et sa demande finale).

Cette section concerne donc la demande initiale du patient. Rappelons que le motif de consultation initial est rarement identique à la demande du patient juste avant le début de la thérapie.

Vous pouvez trouver un appui en essayant de répondre aux questions suivantes :

- Qui souffre ?
- Qui demande ?
- Qui porte(nt) le(s) symptôme(s) ?

7. Anamnèse

Souvent cette partie ne pose pas de problèmes, mais il arrive parfois que certains étudiants aient des difficultés pour exposer les éléments de manière synthétique. Trois remarques par rapport à cela :

1. Vouloir être exhaustif est une erreur, et peut fatiguer le lecteur de votre mémoire. Vous devez seulement amener les éléments pertinents et ne pas en oublier (d'où l'intérêt des outils de recherche diagnostique systématique décrits plus loin). Décrire le physique ou la tenue vestimentaire d'un patient n'a d'intérêt que si cela est utile au diagnostic positif ou différentiel ou au projet thérapeutique. Si c'est le cas, décrivez-le au moment où c'est utile de le dire, pas avant, sinon le lecteur qui a une mémoire de travail limitée ne s'en souviendra plus au moment où c'est utile.
2. Tout raconter de façon linéaire et chronologique depuis la petite enfance du patient rend la recherche d'informations plus difficile, et n'active que la mémoire épisodique. En amenant l'information selon un ordre logique d'utilité par rapport au raisonnement clinique, vous

facilitez l'attention du lecteur, vous réduisez la mobilisation de sa mémoire de travail et vous favorisez chez lui l'encodage sémantique de l'information.

3. Débuter par les éléments d'environnement, avant d'avoir expliqué l'état de la personne et l'histoire du trouble, oblige le lecteur à mémoriser des éléments d'environnement sans savoir en quoi ils sont importants (s'il se rend habituellement au travail en vélo, s'il est fortement endetté, s'il a peu d'amis ou s'il habite au 8ème étage d'un immeuble est une information qui peut avoir sa pertinence (ou pas) en fonction du trouble que présente le patient. Il est donc préférable de parler en premier de ce qui est le plus important, c'est-à-dire son trouble.

Cette partie sera plus lisible si vous la structurez bien (avec des titres de chapitres) et notamment si les notions de durée sont bien repérées dans le texte : On vous demande d'être synthétique, d'aller à l'essentiel. Votre correcteur sera sensible au fait de pouvoir rapidement retrouver une information d'anamnèse sans être obligé de tout relire, grâce à un plan et des sous chapitres bien organisés.

Nous vous proposons par exemple de structurer cette partie avec les chapitres suivants :

1. L'histoire de l'épisode actuel
2. L'histoire du trouble
3. L'histoire prodromique et des facteurs de risque
4. Relations familiales et sentimentales
5. Environnement
6. Scolarité-Etudes-Travail

Remarque sur l'ordre des chapitres : Quand un lecteur lit votre mémoire, il a tendance à rechercher l'information dans l'ordre logique et non chronologique. Ainsi commencer, après le motif de consultation, à raconter l'enfance du patient ou à décrire sa vie sentimentale ou professionnelle est inconfortable pour certains lecteurs car ils ne savent pas pourquoi vous racontez tout cela, et en quoi il est utile de le savoir. Il est préférable de commencer par l'histoire de l'épisode actuel ce qui est dans suite la logique du motif de consultation. Ensuite, connaissant l'histoire de l'épisode, il est intéressant de savoir l'histoire du trouble dans lequel s'inscrit cet épisode (notion de récurrence et de chronicité) puis une fois qu'on a saisi l'évolution du patient de savoir dans quel contexte il évolue (pour connaître les facteurs environnementaux positifs et négatifs).

1. HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL

Il est important de préciser quand a débuté l'épisode actuel, et de décrire les traitements médicamenteux (durée, posologie, observance, résultats), électrophysiologiques tels que les électrochocs ou les Stimulations Magnétiques Transcrâniennes (quand, nombre de séance, résultats) et psychothérapiques (type, durée, résultats) qui ont déjà été essayés.

En effet, si par exemple le diagnostic est celui d'un trouble dépressif, traiter une dépression récente, une dépression plus ancienne, ou une dépression résistante ne représente pas la même difficulté et ne mobilise pas forcément exactement les mêmes techniques.

Nous vous conseillons de décrire :

- Le début du trouble : les circonstances de survenue
- L'installation du trouble : comment des cercles vicieux d'auto aggravation ou d'entretien se mettent en place) et éventuellement quelques événements déterminants au cours de l'évolution du trouble,
- L'état actuel : comment est la personne aujourd'hui, comment elle fonctionne

Vérifier toujours explicitement l'existence ou non d'une idéation suicidaire car dès lors que quelqu'un consulte, quelle qu'en soit la raison, cela veut dire qu'elle appartient à une catégorie épidémiologique pouvant présenter un risque suicidaire. Si à l'occasion de votre mémoire vous n'avez pas cette habileté d'exploration diagnostique, votre correcteur risque de penser que vous ne l'aurez probablement pas plus par la suite

2. HISTOIRE DU TROUBLE

Parfois, ce chapitre se confond avec le chapitre « histoire de l'épisode actuel », s'il n'y a qu'un seul épisode. Cependant, lors de troubles récurrents, il est important de préciser le début, et le nombre d'épisodes.

En cas de dysthymie associée, il est important de préciser son début.

En cas de trouble dépressif, il convient de rechercher explicitement dans l'histoire antérieure une éventuelle bipolarité qu'il faudra discuter (irritabilité importante dans l'enfance, tempérament plutôt hyperthymique ...).

Ces éléments sont fondamentaux pour éviter tout biais de diagnostic et ne pas fournir ces informations est une erreur parce que cela influence le type de prise en charge.

3. HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

Quelquefois, il y a des éléments de dysfonctionnement qui ne sont pas vraiment liés à un trouble, ou un terrain psychologique antérieur particulier ou des événements de vie ayant des répercussions possibles sur la survenue du trouble. Il est important de les décrire.

Par ailleurs, il y a des troubles antérieurs qui ont pu faciliter la survenue du trouble actuel. Par exemple, les antécédents de trouble panique ou de phobie sociale qui peuvent être antérieurs à l'installation d'un trouble dépressif. C'est important de le citer car cela pourra possiblement expliquer la réapparition de tels troubles, une fois l'épisode dépressif résolu.

Enfin, si vous n'avez pas identifié à préciser de facteur de risque ou d'élément prodromique, vous devez expliquer brièvement dans cette partie comment vous avez vérifié cela. Cela permettra au correcteur d'être sûr que vous avez bien exploré cet aspect et d'appréhender l'intégralité de votre démarche clinique. Le correcteur veut percevoir que vous avez exploré cet aspect et que le fait de ne rien avoir trouvé n'est pas simplement lié au fait de ne pas avoir abordé la question avec le patient.

4. HISTOIRE DE VIE

Dans cette partie, il s'agit bien de présenter tout élément biographique concernant votre patient et utile à la compréhension de son cas.

4.1 Relations familiales et sentimentales

Préciser le contexte des rapports avec les personnes significatives de la famille (notamment parent, frères et sœurs, conjoint, enfant).

Il est conseillé de faire un paragraphe court par personne significative.

4.2 Environnement

Préciser dans quel environnement vit la personne (logement, conditions de vie). En effet les conditions de vie sont des facteurs d'entretien de certains troubles. Parfois, il est également possible de trouver certaines ressources dans l'environnement.

4.3 Scolarité - Etudes - Travail

Décrire un CV bref de la personne, et noter à cette occasion les événements importants sur le plan de la scolarité et du travail, les difficultés, les réussites et les projets. La suspicion d'un trouble envahissant du développement (TED) ou d'un trouble de déficit de l'attention et/ou d'hyperactivité (TDA/H) peut être évoquée à l'occasion de l'examen de la scolarité. Des dysphasies, dyspraxies, dyslexies, dyscalculies peuvent être explorées également à cette occasion.

8. Diagnostic

Le plus important dans une thérapie, c'est l'analyse fonctionnelle, pas le diagnostic, car c'est l'analyse fonctionnelle qui conditionne les actions thérapeutiques. Cette section doit permettre à votre correcteur d'évaluer votre capacité à établir un diagnostic différentiel reposant sur une argumentation scientifique.

Alors, pourquoi vous demande-t-on une discussion diagnostique ?

Il y a 5 raisons à cela.

1. Parce que vous suivez une formation de psychothérapeute et qu'il est exigé de vous à l'issue de cette formation que vous démontrerez votre savoir faire pour aider quelqu'un qui a une pathologie psychiatrique avérée. Traiter de simples difficultés fonctionnelles, non liée à une pathologie est un exercice insuffisamment exigeant pour pouvoir juger de vos compétences.

2. Parce que cela peut avoir des conséquences sur l'analyse fonctionnelle.

Le diagnostic en psychiatrie est certes une question de convention, mais il résulte aussi d'hypothèses sur des mécanismes biologiques sous-jacents. Ces dernières tirent leurs pertinences de nombreuses études épidémiologiques, génétiques, pharmacologiques, d'imagerie cérébrale et d'explorations neurophysiologiques et neurocognitives. Le thérapeute en TCC agit sur les apprentissages et les mécanismes de motivation, aussi il ne peut ignorer les déterminismes biologiques sous-jacents qui vont interférer avec ces apprentissages et avec ces mécanismes de motivation.

La discussion avec un patient anxieux souffrant de schizophrénie ou d'un TED ou de troubles bipolaires de l'humeur ou d'un TDA/H nécessitera que l'analyse fonctionnelle du trouble anxieux intègre ces éléments

car les ressources du patient pour analyser sa situation et pour développer de nouveaux apprentissages sont dépendantes du diagnostic sous-jacent. Par exemple une analyse fonctionnelle d'un patient souffrant de schizophrénie doit tenir compte des possibles déficits mnésiques ou de perception visuospatiale.

3. Parce que la catégorisation diagnostique est un outil utile aux professionnels pour communiquer entre eux des cas qu'ils traitent.

4. Parce que la spécificité et la crédibilité des thérapeutes TCC passe par leur capacité à savoir repérer les symptômes dont souffre un patient et à partir d'une démarche différentielle identifier la pathologie sous jacente, limitant ainsi les erreurs de diagnostic. Si vous n'avez pas une démarche méthodique face à un patient qui vient consulter pour une fatigue, vous pouvez commencer une thérapie chez quelqu'un qui a peut-être un trouble thyroïdien ou une anémie dont la simple correction ferait disparaître la fatigue. Face à une addiction, si vous ne recherchez pas un trouble psychotique ou un trouble bipolaire de l'humeur, vous impactez le pronostic de votre patient en ne lui permettant pas de bénéficier précocement d'un traitement complémentaire pour corriger ses troubles.

5. Parce que la catégorisation diagnostique est un élément important de la santé publique, pour identifier les problèmes et les besoins, et orienter les actions. Les thérapeutes TCC inscrivent naturellement leur action dans le cadre de la santé publique et doivent donc pouvoir partager un vocabulaire commun avec les organismes en charge de cette santé publique.

Comment faire la discussion diagnostique ?

Un diagnostic bien posé ne résulte pas d'une intuition, mais il résulte de la recherche systématique de signes et d'une démarche rigoureuse. Cette rigueur passe par un entretien clinique bien mené. Pour renforcer cette rigueur, et se placer dans des conditions d'études scientifiques où la démarche diagnostique est protocolisée, il peut être très utile d'utiliser des outils d'exploration complémentaires. Par exemple, la MINI qui est un entretien structuré de passation rapide (25 mn) explore de façon systématique de nombreux diagnostics du DSM et l'utiliser en complément est une bonne façon de montrer à votre correcteur l'ampleur de votre rigueur. Il manque cependant dans ce questionnaire des questions recherchant des TED ou un TDA/H qu'il faut chercher en plus durant l'entretien. Bien sûr, cet outil a ses limites : ainsi les réticences du patient, ses troubles cognitifs, (manque d'insight, déficits d'analyse du contexte, déficits perceptifs ou mnésiques, biais d'interprétation) ou la mauvaise compréhension des questions peuvent amener à éliminer un diagnostic qui est en fait présent. C'est pour cela que cet outil doit être utilisé comme un entretien et non comme un simple questionnaire où le patient répond OUI ou NON. Vous devez interpréter les réponses du patient de façon appropriée, parfois savoir poser une question complémentaire (hors questionnaire), si vous percevez un problème de compréhension ou une réponse qui vous paraît problématique. La MINI est donc très utile, mais vous devez à côté en commenter les conclusions par rapport à votre perception et votre sagacité clinique.

Comment retranscrire la discussion diagnostique ?

Vous devez décrire votre méthode pour aboutir au diagnostic, puis énoncer le ou les diagnostics probables, puis discuter les diagnostics écartés.

1° Décrire la démarche diagnostique utilisée

Un diagnostic ne vient pas comme une illumination ou une intuition. Il est recherché avec méthode, en posant un ensemble de questions de façon systématique (ne pas se limiter à ce que le patient amène spontanément, ni au diagnostic que vous suspectez d'emblée). Ainsi, il est important d'indiquer le nombre de séances qui ont été utiles pour poser le diagnostic. Si vous avez complété votre démarche d'une exploration exhaustive de la symptomatologie - grâce par exemple à l'utilisation de la MINI, ou bien un auto-questionnaire complémentaire comme la « Symptom Check List 90 »)- vous devez le mentionner et indiquer ce que vous en déduisez.

Cependant, nous attirons votre attention sur le fait que poser un diagnostic ne se limite pas à la passation de quelques échelles mais bien à la mise en œuvre d'un raisonnement et d'une critique des éléments que vous avez recueillis. Par exemple, on ne fait pas un diagnostic de dépression en faisant passer une échelle de Beck. L'échelle de Beck renseigne sur l'intensité d'une symptomatologie dépressive, pas sur la présence/absence d'un trouble dépressif. Cette nuance est importante. On peut avoir une symptomatologie dépressive sans forcément souffrir d'un trouble dépressif majeur tel que défini dans le DSM, cette dernière pouvant être la conséquence d'un trouble anxieux.

Exemple clinique:

Le patient a été vu 2 fois pendant 45 minutes pour l'évaluation diagnostique. Ce temps a aussi été mis à profit pour créer l'alliance thérapeutique et motiver le patient à l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale que nous pensions lui proposer. Cette exploration diagnostique s'est faite en 3 temps,

- 1. Temps d'entretien libre de 30 minutes.*
- 2. Temps d'entretien structuré avec la MINI permettant d'aborder de façon systématique tous les troubles de l'axe 1 du DSM :*
- 3. Temps d'approfondissement, après l'entretien structuré.*

L'entretien structuré n'a révélé que des éléments s'orientant vers le trouble panique avec agoraphobie et quelques éléments thymiques de type dépressif, sans pour autant pouvoir parler de trouble dépressif majeur ou de dysthymie, ce qui est concordant avec les autres entretiens réalisés. La patiente semble bien comprendre les questions, et aucune réticence, ni difficulté pour répondre n'est trouvée.

Le patient ayant une AAH, une pathologie psychotique sous-jacente pourrait être suspectée. Une échelle de schizotypie (Raine, 1995) a été réalisée pour rechercher d'éventuels symptômes du registre des troubles psychotiques qui auraient pu échapper à l'entretien ou à la MINI. Elle n'a rien révélé. (Score = 21)

Le patient évoque quelques éléments dépressifs et bien que les critères correspondant à des troubles dépressifs dans le DSM ne permettent pas de poser un diagnostic catégoriel de trouble dépressif, un inventaire de Beck a tout de même été réalisé pour évaluer l'intensité des manifestations dépressives : elle a été cotée à 15, ce qui correspondrait à une symptomatologie dépressive d'intensité légère (Bouvard, 2005).

2°) Décrire les hypothèses diagnostiques

Pour construire vos hypothèses, vous devez vous appuyer sur une classification (DSM-IV, DSM-5 ou CIM10) puisqu'elle constitue une référence internationale. Choisissez celle qui vous convient le mieux, quelle qu'elle soit, puisqu'il ne vous est pas demandé de mener une discussion comparative des définitions. Les définitions DSM-IV et DSM-5 ont l'avantage d'être simples et d'être souvent les plus utilisées dans les études scientifiques.

Pour chaque critère de ces définitions, vous devrez préciser s'il est présent tout en décrivant comment ce critère se manifeste pour ce patient ou bien s'il est absent, en mentionnant comment vous en êtes arrivé à cette conclusion. On peut parfaitement hésiter entre plusieurs diagnostics selon la façon d'interpréter certains signes en symptômes. Dans ce cas, il faut expliquer ses hésitations et les justifier.

Afin de faciliter la compréhension du correcteur, il est recommandé d'être précis et synthétique. Aussi, n'hésitez pas à recourir à un tableau pour résumer l'ensemble des éléments présentés.

Exemple de présentation dans le mémoire : Au vu des éléments recueillis, l'hypothèse diagnostique proposée est Trouble panique avec agoraphobie, selon le DSM IV :

A. **Attaques de panique** récurrentes et inattendues avec la crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique (pendant 1 mois) et/ou des préoccupations à propos des implications ou des conséquences de l'attaque et/ou un changement de comportement en relation avec les attaques

1) le patient décrit plusieurs attaques de panique récurrentes de survenue brutale et dont l'acmé arrive en 2 minutes avec : palpitations, sueurs, impression d'irréalité, peur de s'évanouir, tremblements, vertiges, nausées, et sensation d'étouffement et de souffle coupé.

Soit 8 symptômes présents sur les 13 proposés dans la définition, le diagnostic d'attaque de panique en exigeant au moins 4.

2) il existe une crainte quotidienne depuis plusieurs mois d'avoir d'autres attaques de panique avec la peur d'avoir une maladie mentale.

3) Il existe des comportements décrits comme étant des rituels de lutte contre la panique et des comportements d'évitement (pompe, double des clés de voiture, repérage des issues de secours...) avec isolement social et rupture professionnelle

B. **Présence d'agoraphobie** : Le patient a peur de se retrouver dans des endroits où il pourrait être difficile de trouver de l'aide en cas d'attaque de panique : en dehors de chez lui, dans les magasins, en voiture seul, dans une foule, une file d'attente. Ces situations-là sont évitées ou subies avec crainte et en présence d'un accompagnant (famille)

C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale. En effet il n'est pas retrouvé d'antécédent de consommation de drogues ou d'alcool et bien qu'ayant été opérée d'un cancer de la thyroïde avec traitement par lévothyrox® (hormones thyroïdiennes), les dosages des hormones thyroïdiennes sont dans les normes de même que le reste du bilan biologique

D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental. En effet il n'y a pas de trouble psychotique retrouvé, ni de TOC ou de trouble de l'humeur à part éventuellement une symptomatologie dépressive associée.

E. L'anxiété sociale une phobie spécifique ou PTSD, n'expliquent pas tous les symptômes.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il ne s'agit pas ici d'une recopie d'une définition diagnostique mais bien d'une description précise et factuelle de l'expression de chaque critère chez votre patient.

3°) Discuter les diagnostics différentiels

- Montrez que vous avez cherché et éliminé les autres diagnostics. Si vous avez utilisé l'entretien structuré de la MINI, il suffit pour chaque grande catégorie diagnostique de dire brièvement pourquoi vous l'avez éliminée

Exemple de diagnostic confondus ou associés :

- *Personnalité limite, troubles bipolaires, trouble d'hyperactivité et de déficit d'attention, chacun de ces 3 diagnostics doivent faire évoquer les autres, car ces troubles ont beaucoup de points communs. Méfiez vous aussi du diagnostic de personnalité histrionique. Il s'agit le plus souvent d'un des 3 diagnostics précédents qui n'a pas été correctement posé.*
- *Schizophrénie : y penser systématiquement face à tout trouble addictif, à tout trouble dépressif et à tout trouble anxieux ou TOC.*
- *Autisme : y penser face à toute déficience intellectuelle, face à tout trouble anxieux, face à tout trouble de l'adaptation.*
- *Trouble bipolaire : il est trop souvent oublié si la personne n'a pas en entretien des symptômes évoquant cela. Un patient bipolaire euthymique peut avoir des difficultés émotionnelles et comportementales*

- Soyez un peu plus précis pour les diagnostics qui ont quelques critères présents car il y a certains symptômes en faveur mais pour lesquels on ne retrouve pas l'ensemble des critères qui permettent d'aboutir au diagnostic. Là encore, il est inutile de faire un long texte, soyez court et précis.

Exemple :

L'entretien structuré avec la MINI a éliminé les autres troubles de l'Axe 1, ce qui est concordant avec les données recueillies durant les autres phases d'exploration diagnostique. Durant la passation de l'entretien, le patient semblait bien comprendre les questions et y répondre de façon adaptée, suffisamment précise et sans réticence apparente.

Sur le plan dépressif, on retrouve une humeur dépressive, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité mais le critère de durée (2 semaines pour la dépression ou de 2 ans pour la dysthymie) n'est pas présent, il n'y a pas de perte d'intérêt ou de plaisir concernant les activités de la vie quotidienne. Ces éléments majeurs ou une dysthymie.

Sur le plan anxieux on retrouve des préoccupations anxieuses (attente avec appréhension) et des difficultés à contrôler cette préoccupation mais cela concerne la crainte de la survenue des attaques de panique ce qui n'est pas concordant avec une anxiété généralisée ni une phobie sociale

PIEGE A EVITER : Dès qu'un trouble tend à être chronique, avec une symptomatologie d'intensité modérée, et avec un début précoce dans la vie, il existe une tendance des cliniciens à poser trop rapidement un diagnostic de troubles de personnalité. Un tel diagnostic n'est acceptable que si le diagnostic différentiel est très sérieusement discuté.

N'oubliez jamais le **diagnostic d'addiction au tabac**, car bien que cette pathologie mentale soit fréquente dans la population, elle n'est pas forcément repérée par la thérapeute alors qu'elle est un des plus importants problèmes de santé publique, (la mortalité liée au tabac est 7 fois supérieure à celle entraîné par les suicides) et qu'elle est un marqueur du niveau de stress du patient. Par ailleurs le tabagisme entraîne des modifications d'efficacité des prescriptions médicamenteuses, il entraîne des modifications des réactions émotionnelles, un risque suicidaire augmenté, et parfois des difficultés sociales et financières. Pour la santé du patient (pas forcément du point de vue personnel du patient), l'aider à fumer moins sera souvent un des objectifs à intégrer dans les différents objectifs d'une thérapie, quelque soit le trouble ou la demande initiale.

9. Cadre théorique

Parfois les étudiants craignent cette partie parce qu'ils croient qu'on attend d'eux la rédaction d'une sorte de « thèse » dans laquelle ils pensent devoir surpasser en profondeur d'analyse et en érudition les grands noms des TCC. Que celles ou ceux qui craignent cela soient rassurés car ce n'est pas cela qu'on attend de vous ici !

Cette partie de votre mémoire est destinée à évaluer vos capacités à ne pas vous contenter de votre cours et à consulter la littérature internationale récente (de moins d'une dizaine d'années). Cette qualité est importante pour un futur thérapeute, car il est fondamental de mettre à jour vos connaissances après votre formation et d'avoir un esprit critique propre à la démarche scientifique. Un bon thérapeute est curieux, et sait remettre à jour ses connaissances. Face à des données contradictoires dans la littérature scientifique, il connaît les éléments du débat pour avoir une opinion éclairée. On vous demande d'avoir des qualités qui sont celles que vous allez développer chez les patients en faisant de la restructuration cognitive.

Votre correcteur appréciera si vous commencez ce chapitre par une petite introduction qui décrit les différentes parties que vous allez aborder dans ce cadre théorique et pourquoi vous trouvez utile d'en parler, par rapport au cas que vous suivez. Celui lui facilitera la lecture. Vous pouvez intégrer l'épidémiologie du trouble que vous traitez mais le fait d'indiquer que les TCC peuvent être efficaces est insuffisant pour remplir cette partie théorique.

De la même manière, il n'est pas attendu de refaire un cours théorique sur le trouble que vous traitez ni de citer un grand nombre de références (livres grand public publiés chez O. Jacob, didactiques sur les TCC (manuels ou livre d'auto-aide ou littérature scientifique) de façon neutre et systématique.

Il vous est demandé de mener une recherche sur les débats et données récentes publiées dans la littérature scientifique et non dans la littérature didactique. Ainsi, il s'agit de retrouver les éléments récents publiés sur les hypothèses qui font penser que telle ou telle techniques des TCC va mieux marcher sur le cas

que vous avez à traiter, ou d'indiquer les résultats et questionnements actuels sur telle ou telle technique utilisée en thérapie. Le lecteur s'attend à ce que vous citiez au moins 2 articles scientifiques datant de moins de 5 ans dans votre propos.

Si votre correcteur est un spécialiste du trouble que vous avez traité (ce qui est souvent le cas) et que vous ne signalez pas des études récentes sur le sujet, il le verra, et en déduira que vous vous êtes contenté du cours ou de redire ce qui est dit dans les livres didactiques. Il risque d'en déduire que vous n'avez pas les habiletés pour chercher l'information permettant une mise à jour de vos connaissances.

A l'heure actuelle, il existe de nombreuses bases de données accessibles en ligne (Google scholar, PsycINFO, Scopus...). Par exemple, allez sur internet sur le site « pubmed » (pour le trouver vous pouvez par exemple chercher le mot « pubmed » avec Google et vous tomberez dessus) et recherchez des articles récents sur la pathologie que vous devez traiter en mettant les mots clés **en anglais** appropriés à votre recherche. Vous accéderez aux résumés des articles en lien avec votre sujet et dans un certain nombre de cas à des articles complets libres d'accès.

Par ailleurs, vous pouvez consulter des revues scientifiques s'inscrivant tout particulièrement dans le cadre des TCC telles que le JTCC, la revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, ou encore la Revue Canadienne des Sciences du Comportement. Elles rassemblent un certain nombre de publications, y compris en français, dans lesquelles vous trouverez des outils validés pour des populations françaises ou francophones.

Enfin, si un article vous semble pertinent pour votre mémoire et que vous n'arrivez pas à vous le procurer, vous pouvez également tenter de prendre contact directement avec l'auteur. Certains acceptent parfois, de vous envoyer une version électronique de sa publication.

10. Ligne de base

Il n'y a pas de thérapie sans une évaluation d'indicateurs de l'état ou du niveau de fonctionnement du patient et un suivi de ces indicateurs. L'absence de ces données entraînera la non validation de votre mémoire.

La ligne de base peut tout aussi bien être définie à partir de questionnaires que par des outils comportementaux. En effet, par exemple, la ligne de base d'un patient anxieux peut non seulement être évaluée par l'échelle d'anxiété d'Hamilton (1959) mais aussi en lui demandant d'attribuer régulièrement une note relative à son niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 10.

Gardez à l'esprit, que les lignes de base décrites dans cette section doivent l'être en cohérence avec les projections thérapeutiques et ce, pour chacun des cas afin d'évaluer les avancées du patient au cours de la thérapie.

Voici l'exemple d'un tableau évaluant différents objectifs comportementaux pour un patient souffrant de TOC de lavage de main :

	Début	Séance 3	Séance 6	Séance 9
Nombre de lavage de main quotidien	10	8	7	5
Temps passé (en min) à se laver les mains	15	12	10	10

1. DESCRIPTION DES QUESTIONNAIRES EVENTUELS

En cas d'utilisation d'échelles avec scores, indiquez de façon succincte pour chaque échelle : les raisons du choix, le type d'échelle (hétéro ou auto-questionnaire), le nombre d'items et les normes éventuelles et les références bibliographiques.

N'utilisez pas trop d'outils d'évaluation, choisissez ceux qui paraissent pertinents par rapport à vos objectifs thérapeutiques et évitez les outils redondants. L'usage de tableaux doit permettre de structurer l'information pour en faciliter la lecture.

Exemple :

- **Questionnaire des peurs** (Fear Questionnaire, Marks et Matthews, 1979) : Auto-questionnaire de 24 items permettant d'évaluer les problèmes phobiques les plus fréquemment rencontrés en clinique, ainsi que l'anxiété et la dépression associées aux phobies. Il permet aussi d'évaluer l'efficacité du traitement des sujets agoraphobes.

NORMES (Cottraux et coll., 1987, Bouvard, 1986).	Score d'agoraphobie : Moyenne (écart type)
-Sujets Agoraphobes	27.47 (9.35)
-Sujets phobiques sociaux	10.50 (7.52)
- Sujets contrôles	4.58 (6.42)

- **Inventaire de mobilité** (Mobility Inventory, Chambless, 1985) : Auto-évaluation de 25 items permettant de planifier les thérapies de la patiente, ainsi que d'évaluer les évitements lorsque la patiente est seule ou accompagnée. Son intérêt est de fournir une liste assez complète de situations agoraphobes.

NORMES (Stephenson et coll., 1997)	Sujets contrôles Moyenne (écart type)	Sujets agoraphobes Moyenne (écart type)
Evitement seul	1.20 (0.42)	De 2.53 (0.74) à 2.66 (0.85)
Evitement accompagné	1.58 (0.61)	De 3.37 (0.75) à 3.87 (0.75)

2. BILAN DES EVALUATIONS

C'est souvent cette partie là qui intéresse le plus votre correcteur. Il est **fortement recommandé** de faire un tableau récapitulatif où les lignes représentent les indicateurs et les colonnes les temps d'évaluation.

Exemple :

	Début	Séance 5	Séance 10	Séance 15
<i>Echelle de Beck</i>	17	<i>18</i>	<i>14</i>	<i>11</i>
<i>MADRS</i>	<i>32</i>	<i>30</i>	<i>22</i>	<i>16</i>
<i>Nombre de sorties au cinéma ces 30 derniers jours</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>2</i>

Si certaines des hétéro-évaluations initiales et finales peuvent être faites par une autre personne que vous et qui est compétente pour réaliser ces évaluations, cela apporte un plus à votre mémoire en donnant plus d'objectivité à l'évaluation.

11. Analyse fonctionnelle

Le patient peut avoir une demande initiale, qui ne sera peut-être pas la cible de la thérapie. L'analyse fonctionnelle va être utile pour faire le tri entre les différents problèmes qu'il a, savoir poser les priorités et définir les objectifs thérapeutiques. Mettre un schéma peut s'avérer utile, mais si vous n'expliquez pas ce que vous en déduisez pour la thérapie, cela sera insuffisant pour le mémoire. Par ailleurs un schéma qui ne met pas en évidence des boucles d'auto-entretien ou d'auto-aggravation (en les expliquant) n'est pas un schéma d'analyse fonctionnelle.

Il existe plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle, ils ont surtout un rôle pédagogique pour vous aider à organiser vos observations. Ce que le correcteur veut voir avant tout, quel que soit le modèle choisi, c'est votre analyse de la situation et comment vous utilisez cette analyse pour faire alliance avec le patient et bâtir le plan de la thérapie.

Quelle que soit la façon de faire l'analyse fonctionnelle, le correcteur du mémoire s'attend à trouver les éléments suivants :

- Les difficultés identifiées par le patient car ce sont les éléments qui le motivent pour la thérapie.

ATTENTION : Ne vous contentez pas de la difficulté qu'il vous amène, explorez large. Un anxieux peut ne pas vous parler de son problème de tabagisme, l'ignorer risque de fausser votre analyse. Quelqu'un peut venir vous voir pour troubles addictifs, et avoir un trouble dépressif associé. Ne pas tenir compte des symptômes, pensées, émotions et comportements associés au trouble dépressif peut fausser votre analyse fonctionnelle du trouble addictif.

- Les situations spécifiques et précises où ces difficultés sont rencontrées car en TCC on ne traite jamais des situations générales (Aphorisme : « **En général il n'existe pas de solution aux problèmes généraux** »). Ainsi, les conditions d'environnement contribuant à la survenue à chaque fois de difficultés doivent être clairement identifiées (car l'identification de certains éléments modifiables

de l'environnement peut amener à définir des stratégies spécifiques d'action sur l'environnement pour réduire ces difficultés).

- Les cognitions, les émotions et les comportements associés à ces situations et ces difficultés, et les cercles vicieux d'aggravation ou de maintien du trouble que cela entraîne, car le but de la thérapie est d'identifier ces « cercles vicieux » et d'essayer de les « couper ». Vous devez mettre en évidence les phénomènes d'apprentissage ou de renforcement qui contribuent au maintien du trouble (vous les avez appris en cours, c'est le moment de montrer votre capacité à appliquer vos connaissances) et montrer comment ils opèrent dans le cas que vous traitez. Cela amènera logiquement à proposer des mécanismes correcteurs qui permettent de les modifier et que vous pouvez mentionner. Attention cependant de ne pas imposer votre solution « logique » au patient qui n'est pas forcément convaincu comme vous. N'essayez pas de le convaincre, amenez-le à trouver lui-même ce que vous avez analysé et déduit.
- L'état des ressources personnelles (capacités cognitives, facteurs personnels de vulnérabilité...) et environnementales (aides possibles, hostilité, conditions de vie), car la personnalisation de la thérapie correspond à la prise en compte de ces ressources.

Le but de cette analyse est de construire un plan de bataille pour savoir comment vous mettez en place la thérapie, ce que vous allez faire et dans quel ordre. C'est ce raisonnement que le correcteur de votre mémoire veut lire. Souvent le patient a plusieurs problèmes simultanés et parfois plusieurs troubles (comorbidité). L'analyse fonctionnelle doit faire apparaître pourquoi vous avez ciblé en priorité un trouble donné ou un problème donné plutôt qu'un autre, quelle logique il y a dans ce choix. Par exemple chez un paniqueur présentant un trouble dépressif, cherchez vous d'abord à cibler les attaques de paniques ou les troubles dépressifs, ou travaillez-vous les deux aspects en même temps ? Le choix dépend de l'analyse chaque situation et de la façon dont un comportement en influence d'autres. Parfois, la demande initiale du patient peut-être reformulé après cette analyse.

L'analyse et les conséquences de cette analyse en terme de planification thérapeutique doivent être partagées par le patient (sinon il ne sera pas motivé à appliquer le plan thérapeutique), ce qui veut dire que dans la rédaction du mémoire il faut décrire :

- Le retour que donne le patient sur l'analyse fonctionnelle,
- Ce qu'il déduit de cette analyse, (vous pouvez mettre vos propres déductions, mais comme ce n'est pas vous mais le patient qui aura à modifier ses comportements, il vaut mieux que ce soit lui qui fasse des déductions pertinentes)
- Sur ce qu'il pense faire pour aller mieux en observant cette analyse,
- Ce qu'il se sent capable de faire, (et pourquoi il s'en croit capable)
- Et s'il croit que cela va amener les effets escomptés.

En résumé, l'analyse fonctionnelle, quelle que soit la forme sur laquelle elle repose, s'appuie toujours sur une situation problème en particulier (et pas sur le trouble) et le lecteur doit pouvoir identifier :

- Le lien temporel entre les éléments du cas (stimulus réponse conséquence)
- Le lien de causalité entre les éléments c'est-à-dire celui qui explique pourquoi la conséquence va faire que la réponse se maintient ou se répète dans le temps.

Rappelez-vous que la cohérence entre la situation problème choisie pour effectuer l'analyse fonctionnelle et les projections thérapeutiques proposées est un enjeu important pour la réussite de votre mémoire.

12. Analyse de la demande et contrat thérapeutique

Il s'agit dans cette partie, de mettre en perspective le motif de la consultation au regard de l'analyse fonctionnelle et ainsi montrer que vous êtes capable de mettre du lien entre la demande initiale et la compréhension que vous avez de la situation actuelle de votre patient.

Ceci vous conduira directement à l'élaboration du contrat thérapeutique qui rappelle la demande initiale, le bilan de l'analyse et les conclusions qui en ont été tirées, ainsi que la stratégie thérapeutique qui a été retenue d'un commun accord, en précisant la durée et les critères de succès qui valideront l'arrêt de la thérapie.

ATTENTION : « Aller mieux, être moins anxieux, ne plus être dépressif » ne sont pas des critères valables. **Les critères d'arrêt de la thérapie doivent être comportementaux** et non émotionnels ou cognitifs.

Donc ce n'est pas quand le patient sera moins anxieux (critère émotionnel) ou qu'il ne sera plus parasité par telle pensée (critère cognitif) que la thérapie se terminera. Le contrat thérapeutique ne doit intégrer que des critères comportementaux. Bien sur, l'atteinte de ces critères comportementaux, s'ils sont bien choisis, reflétera l'amélioration émotionnelle et cognitive que souhaite le patient.

Idéalement, il faut essayer que ce soit le patient lui-même qui propose le plan thérapeutique (à vous de le guider par des questions appropriées, notamment pour l'amener à formuler des hypothèses et l'amener à raisonner sur les réponses qu'il donne, l'amener à développer des arguments notamment sur ce qu'il se croit capable de faire ou non). Durant cette phase, vous aurez peut-être à utiliser la technique dite de résolution de problème pour vérifier que les actions qu'il compte entreprendre ont de bonnes chances de se réaliser (certains patients estiment mal leurs capacités), cela évitera une mise en échec trop rapide et évitable ou une prolongation de la thérapie par la multiplication de séances où le patient n'a finalement pas entrepris les exercices programmés.

Cette phase est cruciale pour la suite de la thérapie mais elle est parfois difficile pour le thérapeute débutant, car les patients posent le plus souvent les objectifs de la thérapie en termes émotionnels (« Je veux pouvoir être détendu au quotidien », « Je veux pouvoir être plus serein »). Les patients ont souvent un manque d'habileté à décrire leurs objectifs en termes comportementaux et ils font parfois de l'évitement pour ne pas penser à des comportements cibles qui leurs semblent inatteignables et dont la simple évocation crée chez eux des angoisses. C'est tout l'art du thérapeute d'arriver à aider le patient à formuler ses objectifs en termes comportementaux.

Pourquoi demande-t-on des objectifs comportementaux, alors que ce qui intéresse le plus souvent le patient se sont des objectifs d'amélioration émotionnelle ?

Parce que dans TCC le patient va modifier son état émotionnel en réalisant un ensemble de tâches. S'il n'agit pas, il n'y aura pas d'évolution et le thérapeute ne pourra rien faire. Le contrat doit donc cibler la réalisation de tâches et les renégociations éventuelles du contrat et par conséquent ne concerner que des tâches.

C'est donc quand le patient aura pu réaliser un ensemble de tâches prédéfinies qu'on considérera la thérapie terminée. Cela amène donc à définir avec lui les actions qui, si elles peuvent être réalisées, signifient qu'il va bien. Ces actions doivent être listées dans le contrat thérapeutique. Il peut s'agir d'actions ponctuelles ou d'actions dont l'objectif est qu'elles soient réalisées à une certaine fréquence. Attention, c'est la réalisation de tâches, pas la réussite qui est l'objet du contrat, car la réussite n'est que très partiellement dépendante du patient. Par exemple, chez un patient ayant une carrière politique et manquant d'estime de lui, on pourrait imaginer que son objectif d'une thérapie réussie serait qu'il puisse présenter sa candidature à l'élection présidentielle. L'objectif ne peut pas être qu'il soit élu (cela ne dépend pas de lui), ni même que sa candidature soit retenue.

13. Projections thérapeutiques

Il est important de préciser que la première chose que veut voir le correcteur, c'est combien d'entretiens vous avez déjà eu avec cette personne et bien différencier ce que vous avez fait et ce que vous allez éventuellement faire. Il s'agit de proposer un schéma thérapeutique dans lequel vous devez décrire toutes les techniques (exercices) que vous comptez utiliser avec votre patient et non ce que vous avez fait.

Vous devez expliquer pourquoi vous faites telle proposition thérapeutique plutôt que telle autre, dans quel ordre et pourquoi dans cet ordre et sur combien de temps environ. On doit percevoir clairement comment cela découle de l'analyse fonctionnelle et non d'un plan repris d'un chapitre de livre.

Si vous expliquez le schéma classique d'une thérapie du trouble du patient, cela n'intéresse pas le correcteur car vous récitez votre cours et le correcteur connaît bien le cours qu'il a peut-être lui-même donné !

Vous devez personnaliser la description des exercices proposés en fonction ce que vous prévoyez de faire, en fonction de l'environnement du patient, de ses ressources, de ce qu'il se sent capable de faire. Ce que vous prévoyez de faire doit faire l'objet du contrat thérapeutique et donc compris et accepté « activement » par le patient (c'est-à-dire qu'on doit percevoir qu'il est d'accord non pas parce que vous lui imposez mais parce qu'il trouve lui-même que c'est une bonne façon de faire et surtout qu'il se sent capable de suivre ce programme).

Dans cette partie, vous pouvez également partager votre implication éthique et déontologique dans la thérapie ainsi que toutes les précautions que vous comptez prendre afin d'assurer son bon déroulement et participer au mieux être de votre patient.

Ici, vous devez décrire ce que vous avez fait :

- a) Combien de séances pour l'analyse fonctionnelle et pour définir le contrat thérapeutique et ce que vous avez fait durant ces séances
- b) Combien de séances de thérapie faites sur combien de temps (Le correcteur doit pouvoir identifier cela sur une lecture rapide de votre mémoire). Essayez de regrouper les séances consécutives similaires par chapitre, pour que le correcteur voit les différentes étapes de la thérapie. Un diagramme récapitulatif final sera le bienvenu (cf. exemple plus loin).
- c) Mentionner et si besoin décrire les types d'exercices faits en séances ou réalisés en dehors des séances ainsi que leurs résultats.
- d) Décrire les résultats obtenus en termes de modification des éléments comportementaux par rapport à la ligne de base. Si vous avez fait plus de 15 séances consécutives sans réévaluation, cela peut être problématique, car cela veut dire que vous suivez quelqu'un sans pratique régulière d'une évaluation qui fasse le point du suivi. Ne pas le faire alors que c'est quelque chose d'attendu dans votre mémoire signifie pour le correcteur que même lorsqu'il y a un enjeu important, vous avez des difficultés à suivre un protocole rigoureux et à mettre en application ce qu'on vous a appris dans les cours.

Concernant cette partie qui rapporte de ce que vous avez fait avec le patient, Il faut être très clair. Pour cela, un tableau récapitulatif est bonne façon de faire, il permet au correcteur de voir comment vous vous organisez. Une retranscription précise, courte, et synthétique est une qualité d'un esprit clair. Or une TCC exige du thérapeute qu'il ait une vision claire de ce qu'il a fait, de ce qu'il a obtenu et de la progression de la thérapie. Les TCC sont des thérapies planifiées, cet esprit de planification et d'organisation doit se retrouver dans votre description.

Pour vous aider voici un exemple très partiel de structuration des séances en sous chapitres. D'autres modèles peuvent bien sur être tout aussi pertinents, l'essentiel est qu'ils permettent au correcteur de saisir de façon synthétique la progression de la thérapie

1. PRESENTATION DE SEANCES

Ici, il s'agit de présenter deux séances concernant la prise en charge d'un patient à deux moments différents de la thérapie. Il ne s'agit pas de proposer deux séances similaires mais bien d'exposer deux séances dont l'intérêt thérapeutique est explicitement démontré. D'un point de vue formel, il est fortement conseillé de recourir à un verbatim allégé et expliqué afin de faciliter la lecture et la compréhension de votre cas.

Nous vous proposons donc de présenter :

- Une séance sur l'explication d'une méthode au patient (ou à l'entourage)
- Une séance sur l'application d'une méthode

2. ANALYSE DE L'ÉCHEC ET DE LA REUSSITE

Dans cette section, vous devez décrire ce que vous avez fait :

- a. Combien de séances faites sur combien de temps (Le correcteur doit pouvoir identifier cela sur une lecture rapide de votre mémoire) et ce que vous avez fait durant ces séances en essayant de regrouper les séances consécutives similaires par chapitre, pour que le correcteur voit les différentes étapes de la thérapie. Un diagramme récapitulatif final sera le bienvenu (cf. exemple plus loin).
- b. Les types d'exercice mis en place en séance ou réalisés en dehors des séances. Lors de la phase d'analyse fonctionnelle, vous avez peut être demandé au patient, dans le but d'affiner cette analyse de réaliser un exercice d'observation plus précise de son environnement, ou une tâche de mesure précise de la fréquence de certains de ses comportements, ou de l'évaluation précise de ses réactions dans certaines situations soit lors d'un jeu de rôle, soit durant la période qui sépare deux entretiens que vous avez avec lui. Ces tâches sont à la fois utiles à l'analyse fonctionnelle et à l'engagement dans la thérapie, elles ont aussi un début de vertus thérapeutiques.
- c. Décrire les résultats obtenus en termes comportementaux et de scores à des échelles. Si vous avez fait plus de 15 séances consécutives sans réévaluation, cela peut être problématique, car cela veut dire que vous suivez quelqu'un sans pratique régulière d'une évaluation qui fasse le point du suivi. Ne pas le faire alors que c'est quelque chose d'attendu dans votre mémoire signifie pour le correcteur que même lorsqu'il y a un enjeu important, vous avez des difficultés à suivre un protocole rigoureux et à mettre en application ce qu'on vous a appris dans les cours.

Concernant cette partie qui rapporte de ce que vous avez fait avec le patient, Il faut être très clair. Pour cela, un tableau récapitulatif est une bonne façon de faire, il permet au correcteur de voir comment vous vous organisez. Une retranscription précise, courte, et synthétique est une qualité d'un esprit clair. Or, une TCC exige du thérapeute qu'il ait une vision claire de ce qu'il a fait, de ce qu'il a obtenu et de la progression de la thérapie. Les TCC sont des thérapies planifiées, cet esprit de planification et d'organisation doit se retrouver dans votre description.

Pour vous aider voici un exemple très partiel de structuration des séances en sous chapitres. D'autres modèles peuvent bien sur être tout aussi pertinents, l'essentiel est qu'ils permettent au correcteur de saisir de façon synthétique la progression de la thérapie

Exemple très partiel de structuration des séances en sous chapitres

1.1. Première phase : Information et de préparation de l'engagement : 2 séances

A la suite des 2 entretiens initiaux à visée diagnostique et d'engagement, 2 entretiens de 45 minutes en moyenne ont été proposés pour donner différentes informations à la patiente, tester en séance des exercices de contrôle respiratoire et donner es exercices de lecture et de pratique de relaxation et de contrôle respiratoire : ...

1.2. 2^{ème} phase : Renforcement de l'engagement et contrat thérapeutique : 2 séances

Avant d'aborder contrat thérapeutique, nous vérifions la réalisation des exercices demandés : ...

1.3. 3^{ème} phase : Expositions et désensibilisation : 18 séances

Les séances suivantes ont pour objet de préparer les expositions à partir de l'échelle de graduation des situations que la patiente a faite. (cf. chap. analyse fonctionnelle p.).

Entretiens 1 à 3 : Premières expositions

Après un rappel concernant les attaques de panique et le principe de la désensibilisation en exposition, nous passons à la pratique : ...

En exercice post séance, ...

Les 3 expositions suivantes sont travaillées de la même façon ...

Les séances ont été espacées de 15 jours et ont duré en moyenne 45 minutes hors exposition. (1h45 avec exposition) ...

Entretiens 4 à 8 : Essais d'exposition à distance de son environnement immédiat

Les expositions suivantes ont été travaillées d'un point de vue théorique de la même manière que les précédentes... <Description des progrès, difficultés, analyse faite, solutions proposées>

Entretiens 9 à 13 : 1^{er} bilan, analyse et résolution des résistances au changement

Devant ces difficultés, j'ai proposé à la patiente de faire un premier bilan de la prise en charge : ...

La patiente semble moins motivée au changement : il semble qu'il y ait un émoussement de la motivation.

Je pratique alors l'entretien motivationnel afin d'essayer de redynamiser la patiente dans sa thérapie : nous repartons de ses objectifs, à savoir... <Développement des techniques d'approche motivationnelle mises en œuvre à partir de l'analyse des difficultés rencontrées>

Entretiens 14 : 1^{ère} exposition dans un lieu hautement phobogène

<Description de ce qui était prévu, comment cela a été organisé, et le retour ensuite après l'exposition>

Entretiens 15 à 17 : répétitions d'expositions dans des lieux phobogènes

Le travail de préparation aux expositions se poursuit :

- *Aller à l'hôpital dans le but de pouvoir y accompagner son fils*
- *Se promener au centre-ville de Colmar un samedi après-midi*
- *Aller chez le dentiste*

Entretien 18 : 2^{ème} bilan

Mme W roule maintenant seule en voiture. Elle m'annonce fièrement avoir trouvé un job à ½ temps pour 6 mois. (Contrat aidé). Elle débute dans 1 mois. Est allée seule aux entretiens d'embauche : Elle y est allée 1h plus tôt afin de faire son exposition et arriver détendue à l'entretien : Elle a pu passer les tests qui lui ont permis de décrocher la place.

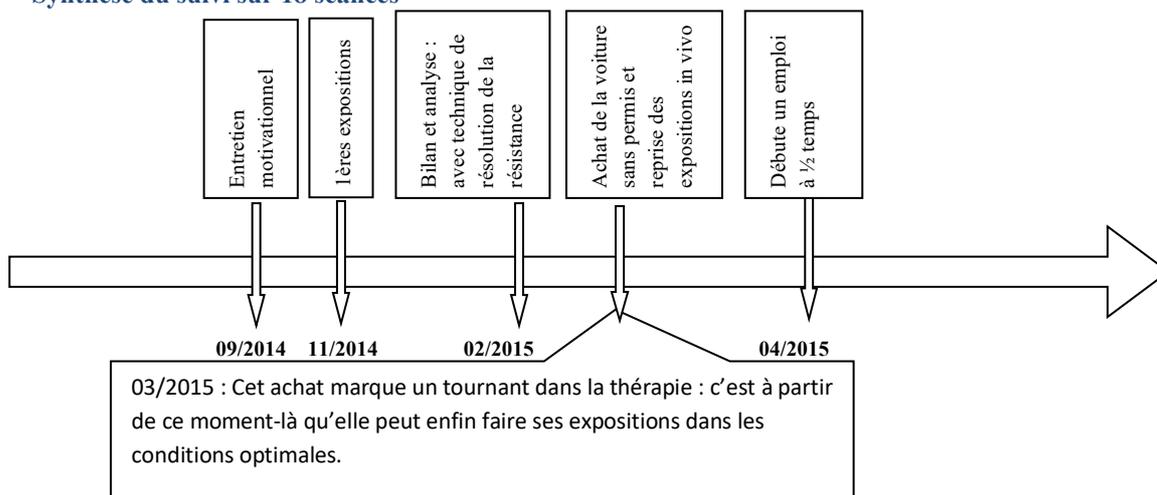
Exemple très partiel de structuration des séances en sous chapitres

Elle me montre les analyses fonctionnelles qu'elle a faites chez elle : le cercle est coupé. Dit que lorsqu'elle dessine le cercle vicieux à la fin des expositions elle n'arrive plus à le fermer.

Nous faisons le bilan de ce qu'elle a pu réaliser :

- Emmener son fils aîné chez l'orthodontiste.
- Accompagner son fils aîné à l'hôpital pour qu'il fasse un bilan thyroïdien.
- Aller au cinéma avec ses 2 enfants.
- Fait les courses seule.
- Aller à 2 entretiens d'embauche.
- Aller à la réunion à l'école et au centre périscolaire.
- <Reprendre les clauses du contrat thérapeutique pour discuter avec la patiente de ce qui est atteint et si le contrat est ou non rempli. S'il doit y avoir une deuxième phase de thérapie avec un nouveau contrat il faudra donner des indications sur cette nouvelle phase>

Synthèse du suivi sur 18 séances



Rappel des évaluations

	Evaluation initiale	Evaluation à 3 mois (7 séances)	Evaluation à 7 mois (18 séances)
Inventaire de mobilité	Accompagnée : 3.6 Seule : 4	Accompagnée : 2.2 Seule : 3	Accompagnée : 2.4 Seule : 2.7
Questionnaire des peurs	Agoraphobie : 32 Sociale : 14	Agoraphobie : 34 Sociale : 20	Agoraphobie : 28 Sociale : 12
Inventaire de Beck	15	7	1

Pour terminer cette dernière partie, il est demandé de mener une réflexion personnelle sur ce que vous avez appris lors de cette prise en charge. Pour cela, vous pouvez argumenter sur l'évolution possible de la thérapie à partir de votre connaissance du patient, ou encore sur l'identification d'éventuelles difficultés sur l'ensemble des étapes retracées dans le mémoire. Il serait intéressant également discuter la qualité de l'alliance thérapeutique.

14. Bibliographie

La communication scientifique se fait selon certaines règles. Les références des articles scientifiques doivent pouvoir être reconnues par des logiciels pour des recherches dans des bases de données et les logiciels exigent que la syntaxe (la forme) de la bibliographie suive des règles strictes.

La forme de la bibliographie est importante car vous apprenez à adopter un mode de communication propre à la communauté scientifique c'est-à-dire à une communauté à laquelle appartiennent les thérapeutes de TCC.

Toute citation dans le texte du mémoire doit être référencée à la fin du mémoire. De même toute référence à la fin du mémoire doit correspondre à une citation.

ATTENTION à une erreur fréquente : La liste bibliographique finale qu'on vous demande dans le mémoire n'est pas une liste de lectures conseillées ou de livres de références. C'est la liste des références que vous citez dans les autres parties de votre mémoire et seulement cela.

1) La citation des références bibliographiques dans le texte de votre mémoire

Il existe de nombreux styles possibles pour référencer des autres travaux un article. (APA, Harvard, Chicago, Vancouver, MLA, ACS, ...). Le choix dépend des critères imposés par la revue dans laquelle on veut éditer ses travaux. Cependant pour simplifier, on peut dire qu'il existe deux grandes familles de style possibles le type Harvard et le type Vancouver que nous allons présenter plus loin. Pour votre mémoire, on vous laisse choisir la famille de style que vous préférez, mais on vous demande de vous y tenir dans tout votre mémoire. Vous ne devez en aucun cas utiliser parfois l'un et parfois l'autre.

Le premier est le style de type Harvard (Note : le style APA est assez proche de celui-ci. Alors que le style APA est à l'origine plutôt utilisé aux USA, le style Harvard reste celui le plus utilisé au Royaume Uni, et en Australie et il est souvent encouragé dans le domaine des sciences humaines) où l'on indique chaque fois le nom de l'auteur et l'année de publication [Tartanpion 2007]. Si vous citez 3 articles différents de Tartanpion qu'il a écrit la même année, vous les différencierez ces articles en citant [Tartanpion 2007a], [Tartanpion 2007b], [Tartanpion 2007c]. Si vous optez pour le style Harvard, la liste de vos références bibliographiques en fin de mémoire doit **obligatoirement être triée** par ordre alphabétique des noms (pas des prénoms), pour pouvoir retrouver facilement la référence que vous citez.

Le deuxième est le style de type Vancouver, le plus utilisé dans les revues scientifiques et médicales. Il consiste à citer le numéro de votre référence dans votre partie bibliographique. Par exemple, pour dire que je fais référence à la 4^{ème} publication citée dans la bibliographie de fin de ce document j'écris [4]. Elle est moins explicite pour le lecteur, mais elle permet d'alléger le texte. Si vous optez pour le style Vancouver, la liste de vos références bibliographiques en fin de mémoire doit **obligatoirement être triée** par ordre des numéros et un numéro doit être présent devant chaque référence.

2) Format de la liste des références bibliographiques

Vous devez dans votre mémoire respecter une forme unique, comme celle que vous trouverez dans les revues scientifiques. C'est-à-dire, par exemple que le nom des auteurs est toujours à la même place, l'ordre des noms et prénoms toujours identique, les prénoms sont soit toujours en entier, soit toujours

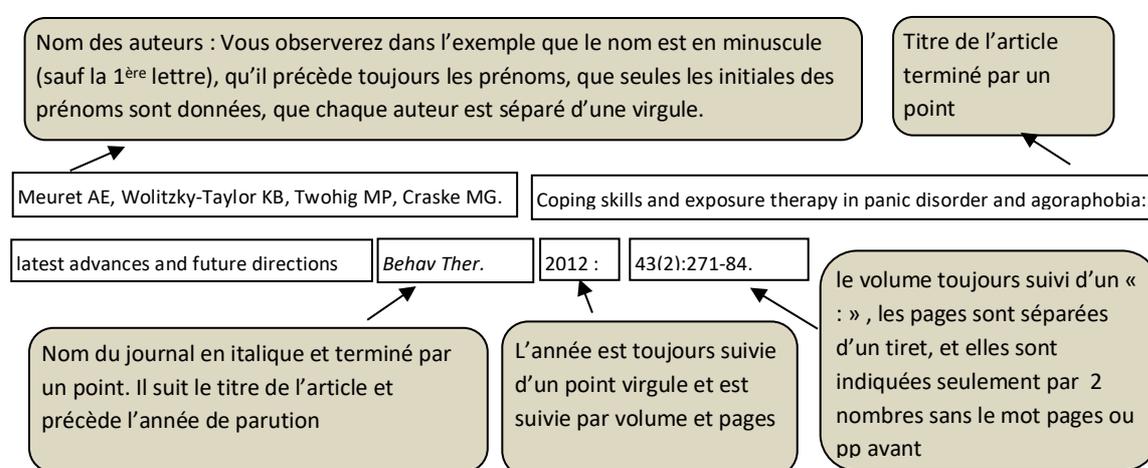
avec seulement l'initiale. L'année, le volume, les pages sont toujours indiquées au même endroit, de la même façon pour chaque référence.

Exemple :

Meuret AE, Rosenfield D, Wilhelm FH, Zhou E, Conrad A, Ritz T, Roth WT. Do unexpected panic attacks occur spontaneously. *Biol Psychiatry*. 2011; 70(10):985-991

Meuret AE, Wolitzky-Taylor KB, Twohig MP, Craske MG. Coping skills and exposure therapy in panic disorder and agoraphobia: latest advances and future directions. *Behav Ther*. 2012 ; 43(2):271-84.

Rapee R. Psychological factors influencing the affective response to biological challenge procedures in panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1995 ; 9(1) :59-74.



Vous observerez dans l'exemple que le nom précède toujours les prénoms, que seules les initiales des prénoms sont données, que chaque auteur est séparé d'une virgule, qu'ensuite vient le titre de l'article en italique, puis un point, puis le nom du Journal, puis un point virgule, l'année. L'année est toujours suivie d'un point virgule, le volume toujours d'un « : », les pages séparés d'un tiret, et qu'elles sont indiquées seulement par 2 nombres sans le mot pages ou pp avant. Chaque point, chaque virgule ou autre élément de ponctuation doit toujours être employé de la même façon et ne jamais manquer car dans les revues les références bibliographiques sont analysées par des programmes informatiques pour être rentrées dans des bases de données. Ces programmes utilisent ces repères de ponctuations pour savoir comment mémoriser ces données. Faire une erreur sur l'ordre des informations et sur la ponctuation rend impossible le traitement correct des données. Vous pouvez choisir d'autres conventions que celle montrée en exemple (en lisant les revues, vous verrez qu'elles n'ont pas toutes les mêmes règles), l'essentiel est que toutes les références de votre bibliographie suivent une convention unique.

Un non respect des formes de la bibliographie peut conduire à recommencer le mémoire.

Pourquoi est-on exigeant sur un point qui peut vous paraître un détail ?

Si vous n'arrivez pas à suivre ces règles cela transmet au correcteur

- 1) **Soit que vous ne savez pas comment faire car vous n'avez jamais lu d'articles scientifiques** alors que cela vous est demandé dans votre formation. Cela signifie que votre implication dans la

formation de psychothérapeute n'est pas satisfaisante. En effet les TCC ne sont pas des thérapies de gourous, elles ont une approche scientifique qui évolue avec le temps, et qui est l'objet d'expérimentations, de validation et de contre-expérimentations. De ce fait aucun thérapeute TCC ne peut être en dehors de ces débats et c'est un devoir de mettre à jour ses connaissances dans le domaine et de suivre l'évolution des idées. C'est une exigence éthique par rapports à vos futurs patients.

- 2) **Soit que vous n'arrivez pas suivre strictement une règle simple**, alors que la validation de votre mémoire est en jeu. Pourtant le thérapeute en TCC est amené à suivre de façon rigoureuse des protocoles thérapeutiques. La TCC est comme la chirurgie, elle consiste à mettre en œuvre des techniques qui doivent être appliquées avec rigueur de façon très protocolisée (et non pas adaptées sauf si on est déjà un thérapeute confirmé, capable d'adapter une technique). L'incapacité à suivre une règle aussi simple que faire une bibliographie sur un modèle constant fait craindre au relecteur de votre mémoire des difficultés encore plus grandes pour suivre des protocoles thérapeutiques, et fait donc douter de vos qualités de thérapeute.

15. Annexes

Dans cette section, doivent être placés tous les documents dont vous estimerez qu'il est important qu'ils soient portés à la connaissance de votre correcteur.

Il n'est pas encouragé de mettre les protocoles d'échelles car cette partie ne doit en aucun cas servir à augmenter artificiellement la longueur de votre mémoire.

Votre mémoire doit pouvoir être lu et compris sans les annexes.

16. Vérification finale

Lorsqu'on soumet un article à une revue scientifique, ce dernier doit répondre à un certain nombre d'exigences et être conforme sur le plan de la forme à ce qui est attendu. Si le relecteur s'aperçoit qu'il n'est pas conforme, il ne le lit pas, et rejette purement et simplement l'article. Les règles suivantes s'appliquent donc à votre mémoire.

	OUI	NON
Page de couverture		
<ul style="list-style-type: none"> Contient le nom et le prénom du candidat et adresse du candidat 		
<ul style="list-style-type: none"> Contient le titre indiquant le(s) diagnostic(s) traite(s) et le(s) public(s), MODULE 3 + ANNÉE 		
<ul style="list-style-type: none"> Contient le nom du tuteur 		
Règles générales du mémoire	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Le mémoire fait 30 pages maximum hors annexes 		
<ul style="list-style-type: none"> Le mémoire garantit l'anonymat des patients 		
<ul style="list-style-type: none"> La présentation et l'orthographe sont soignées 		
Description du trouble et Anamnèse	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> La durée du trouble est rapportée 		
<ul style="list-style-type: none"> Les différentes thérapies et traitements antérieurs sont rapportés avec leurs durées et les résultats obtenus 		
Diagnostic	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> La méthode utilisée pour aboutir au diagnostic est expliquée (nbre de séances, durée des entretiens, entretiens structurés ou d'auto-questionnaires). 		
<ul style="list-style-type: none"> Le ou les diagnostics retenus sont décrits avec pour chaque diagnostic, les critères présents ou absents décrits de façon précise. 		
<ul style="list-style-type: none"> Les diagnostics différentiels sont discutés, avec ce qui les élimine. 		
Évaluation et ligne de base	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Une quantification de la sévérité du trouble est donnée. 		
<ul style="list-style-type: none"> Les valeurs des indicateurs de progression de la thérapie sont données (scores à des échelles, quantification de comportements cibles, fréquence de survenue, etc.) 		
<ul style="list-style-type: none"> Une évaluation quantitative initiale et de la dernière séance sont présentées ainsi qu'une évaluation au moins toutes les 15 séances. 		
Analyse fonctionnelle	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> L'analyse fonctionnelle rend compte d'un cercle auto-aggravant ou de maintien du trouble impliquant comportement, cognition et émotion 		
<ul style="list-style-type: none"> Le retour du patient sur l'analyse fonctionnelle est explicitement décrit, en particulier son accord avec l'analyse et les conséquences qu'il en tire. 		
<ul style="list-style-type: none"> Les critères comportementaux de fin de la thérapie sont décrits et l'avis du patient sur ces critères est rapporté. 		
Projection thérapeutique	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de séance déjà réalisée est clairement indiqué 		
<ul style="list-style-type: none"> L'avis du patient sur le plan thérapeutique et sur son sentiment d'efficacité personnelle pour la réalisation des tâches est rapporté 	OUI	NON
Bibliographie	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Il existe des références bibliographiques d'articles scientifiques publiés dans des revues internationales datant de moins de 5 ans 		
<ul style="list-style-type: none"> La bibliographie est rédigée suivant un format homogène. 		
TOTAL :		
SI présence d'un NON dans la liste ci-dessus, le mémoire doit être refait		

17. Grille de correction

Identifiant de l'étudiant :

Nom du correcteur :

Le niveau d'acquisition des compétences est évalué sur la base du cas clinique exposé dans le mémoire.

1. *Éveil : la compétence est en cours d'acquisition.*
2. *Acquis : le supervisé répond aux attendus minimums.*
3. *Assuré : le supervisé répond pleinement aux attendus.*
4. *Marqué : le supervisé dépasse les attendus.*

Le correcteur indiquera dans les commentaires les pistes à suivre pour améliorer vos compétences .

MODALITES D'ÉVALUATION	1	2	3	4
Résumé				
Le candidat présente clairement le cas de Thérapie Comportementale et Cognitive.				
Cadre de travail				
Le candidat rend compte du contexte de la thérapie, et si pertinent, analyse brièvement ses ressources et contraintes et les enjeux dans lequel s'inscrit la psychothérapie.				
Motif de consultation				
Le candidat rend compte de la demande initiale du patient et, si pertinent, des attentes d'autres acteurs (famille, collègues).				
Commentaires :				
Anamnèse				
Le candidat organise de manière claire et pertinente les données utiles recueillies en observant le patient en en le questionnant/écoutant : <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes • Trouble(s)/maladie(s) • Histoire de l'épisode actuel : début du trouble, installation du trouble, état actuel • Histoire prodromique et facteurs de risques • Histoire du trouble (récurrence, chronicisation), tentatives antérieures de résolution du problème • Pharmacothérapie actuelle et passée • Situations problèmes rencontrées actuellement • Histoire de vie (relations familiales et sentimentales, scolarité, études, travail, etc.) • Environnements +/- Le candidat identifie le degré d'insight du patient vis-à-vis de son trouble/ problématique.				
Commentaires :				

Démarche diagnostique				
<p>Le candidat rend compte d'une démarche diagnostique structurée et rigoureuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il décrit précisément la démarche diagnostique utilisée. • Il décrit précisément les hypothèses diagnostiques. • Il a prescrit au patient des outils d'auto-observation adéquats (si pertinent). • Il a utilisé des échelles de mesure validées scientifiquement appropriées aux hypothèses diagnostiques (si pertinent). • Il valide/invalidé avec pertinence et rigueur les hypothèses diagnostics et établit ainsi le diagnostic différentiel. • Le candidat étaye son diagnostic par des éléments objectifs (références aux classifications internationales athéoriques, anamnèse, observations, échelles de mesure). 				
<p>Commentaires :</p>				
Cadre théorique				
<ul style="list-style-type: none"> • Recherche et sélectionne avec pertinence des articles scientifiques en TCC récents sur un thème/trouble. • Indique le degré de validité des études scientifiques citées. • Analyse et résume les conclusions de ces études scientifiques, les limites soulignées. • Articule les travaux scientifiques de son champ d'étude afin d'en produire une analyse originale, claire et concise en lien direct avec son objectif thérapeutique. • Intègre ces données scientifiques à la construction de sa stratégie thérapeutique. 				
<p>Commentaires :</p>				
Ligne de base				
<ul style="list-style-type: none"> • Le candidat utilise des échelles de mesure scientifiquement validées pertinentes au regard de son diagnostic (si pertinent). • Le candidat crée des indicateurs personnalisés, notamment comportementaux, pertinents au regard de la conceptualisation de cas, et des objectifs. 				
<p>Commentaires :</p>				
Analyse fonctionnelle				
<p>Le candidat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tient compte des conséquences du diagnostic sur l'analyse fonctionnelle. • Utilise l'un des modèles d'analyse fonctionnelle existant au choix : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grille SECCA ✓ S(O)RC ou « cercle vicieux » ✓ BASIC IDEA ✓ ABC ou SRC • Repère l'histoire d'apprentissage des comportements problèmes actuels à travers l'histoire du patient et celle du trouble. • Retranscrit les données sur les situations-problèmes actuelles. • Vérifie les situations spécifiques et précises dans lesquelles la difficulté est rencontrée. • Identifie les émotions et sensations (états physiologiques), les cognitions (croyances, pensées automatiques, imagerie) et les comportements adoptés dans ces situations (couverts et ouverts). • Évalue les conséquences immédiates, à moyen et long terme des comportements problèmes du patient dans les situations problèmes. • Repère les facteurs d'apparition et de maintien du comportement problème et les mets en lien avec les modèles de l'apprentissage (conditionnement opérant, répondant et/ou vicariant). 				

<ul style="list-style-type: none"> Dégage une hypothèse de travail. Synthétise sa conceptualisation du cas. 				
Commentaires :				
Analyse de la demande				
<ul style="list-style-type: none"> Le candidat rend compte de la transformation de la demande du patient en objectifs précis, atteignables et mesurables (en cohérence avec la conceptualisation du cas). 				
Commentaires :				
Contrat thérapeutique				
<p>Le candidat</p> <ul style="list-style-type: none"> Rend compte de sa démarche auprès du patient pour expliquer ses propositions thérapeutiques et le protocole prévu. Retranscrit les objections du patient, le traitement de celles-ci et les éventuelles évolutions de ses propositions. Décrit les règles établies entre lui et son patient dans le cadre d'un contrat réciproque d'engagement. 				
Commentaires :				
Projections thérapeutiques				
<p>Le candidat</p> <ul style="list-style-type: none"> Élabore un plan thérapeutique en cohérence avec : <ul style="list-style-type: none"> La conceptualisation du cas Le savoir scientifique exposé dans sa partie théorique. Définit les critères d'arrêt comportementaux de la thérapie avec le patient. <p>Le candidat précise :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les exercices, la durée et la méthode d'évaluation choisis Les implications éthiques et déontologiques Les précautions purement techniques et logistiques 				
Commentaires :				
Présentation des séances				
<p>Au travers des séances présentées (2 minimum), le candidat :</p> <ul style="list-style-type: none"> Planifie les séances qu'il va réaliser avec le patient : ordre, contenus, méthodes utilisées, objectifs visés. Maîtrise les méthodologies qu'il emploie*, il les explique au patient et met en place le protocole scientifique de manière adaptée. Assigne des tâches à réaliser entre les séances selon une progression adaptée au patient. Analyse les résultats obtenus au cours d'un exercice ou d'une expérience menée, intègre les retours de son patient, mets en lumière les résultats obtenus. Repère et analyse les difficultés rencontrées avec le patient, pose des hypothèses quant à leur origine et co-construit des solutions. Discute le bilan des étapes franchies avec le patient. <p><i>*Les compétences à maîtriser pour chaque méthodologie sont décrites dans le REAC</i></p>				
Commentaires :				

Analyse des réussites et échecs							
Le candidat : <ul style="list-style-type: none"> • Compare les indices observés en phase d'intervention aux lignes de base et analyse les résultats ainsi obtenus. • Décrit comment il imagine l'évolution de la thérapie (si elle n'est pas arrivée à son terme), +/- remet en question son diagnostic, sa conceptualisation du cas et / ou son plan thérapeutique si celui-ci ne donne les résultats escomptés. Il propose de nouvelles hypothèses de travail si nécessaire. • Repère les difficultés qu'il a rencontrées sur l'ensemble des étapes de la TCC menée et comment il les a gérées, quelles ressources lui ont été utiles. • Rend compte de la qualité de la relation thérapeutique patient/ psychothérapeute en référence aux modèles théoriques de l'alliance thérapeutique et des actions qu'il/elle a dû mettre en place pour agir à ce niveau. 							
Commentaires :							
Bibliographie dans les normes							
Le candidat présente une bibliographie : <ul style="list-style-type: none"> • En cohérence avec le cas évoqué • Dans les normes de présentation scientifique en vigueur (APA, Van Couver) • Suffisamment conséquente • Comportant au moins 2 articles récents (de moins de 5 ans) sur le sujet traité 							
Commentaires :							
Conclusion							
Le candidat synthétise le travail effectué, ses intérêts et limites et dégage des voies de progression.							
Commentaires :							
Commentaire général							
Décision	<input type="radio"/> Validé	<input type="radio"/> Validé si				Non Validé	
	<input type="radio"/> A mettre en exemple sur le site	<input type="radio"/> Révisions à faire : <input type="radio"/> Conditions à définir :				Note finale* ?/20	

** NB : pour obtenir la note finale :*

1/ Additionnez tous les scores

2/ Divisez par 296

3/ Multipliez par 20 pour obtenir une note sur 20.