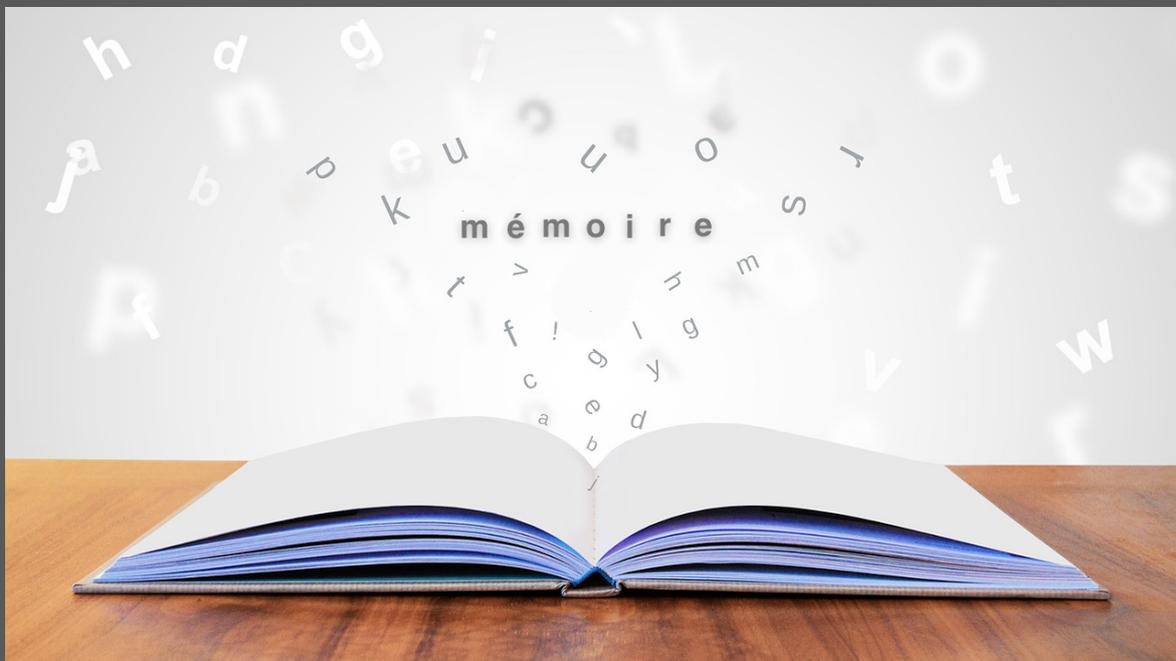


# GUIDE DE RÉDACTION DU MÉMOIRE MODULE 2/MODULE 3



**À lire avant de débiter une thérapie et non pas au moment de la rédaction du mémoire !**

Rédacteur : Yann Hodé  
Relecture Amélie Rousseau – Marie Weis

## Table des matières

<b>1.</b>	<b><u>CONSIGNES (OUTIL A L'USAGE DE L'ETUDIANT).....</u></b>	<b><u>3</u></b>
<b>2.</b>	<b><u>MON RETROPLANNING (OUTIL A L'USAGE DE L'ETUDIANT).....</u></b>	<b><u>6</u></b>
<b>3.</b>	<b><u>REGLE GENERALE .....</u></b>	<b><u>7</u></b>
<b>4.</b>	<b><u>INTRODUCTION .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>5.</b>	<b><u>MOTIF DE CONSULTATION .....</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>6.</b>	<b><u>ANAMNESE.....</u></b>	<b><u>11</u></b>
1.	HISTOIRE DE L'EPISODE ACTUEL.....	12
2.	HISTOIRE DU TROUBLE .....	13
3.	HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE .....	13
4.	RELATIONS FAMILIALES ET SENTIMENTALES.....	14
5.	ENVIRONNEMENT .....	14
6.	SCOLARITE - ETUDES - TRAVAIL.....	14
<b>7.</b>	<b><u>DEMARCHE DIAGNOSTIQUE.....</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b>8.</b>	<b><u>LIGNES DE BASE .....</u></b>	<b><u>21</u></b>
1.	<i>DESCRIPTION DES QUESTIONNAIRES EVENTUELS.....</i>	<i>21</i>
2.	<i>BILAN DES EVALUATIONS.....</i>	<i>22</i>
<b>9.</b>	<b><u>CONTEXTE SCIENTIFIQUE .....</u></b>	<b><u>22</u></b>
<b>10.</b>	<b><u>FORMULATION DE CAS ET ANALYSES FONCTIONNELLES.....</u></b>	<b><u>24</u></b>
<b>11.</b>	<b><u>OBJECTIFS THERAPEUTIQUES ET ANALYSE DE LA DEMANDE.....</u></b>	<b><u>27</u></b>
<b>12.</b>	<b><u>PROJECTIONS THERAPEUTIQUES (M2) OU STRATEGIES THERAPEUTIQUES ET DEROULEMENT DES SEANCES (M3).....</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b>14.</b>	<b><u>BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>34</u></b>
<b>15.</b>	<b><u>ANNEXES .....</u></b>	<b><u>36</u></b>

## 1. Consignes (outil à l'usage de l'étudiant)

---

### • DATES DE RENDU

- Module 2 : **31 mai** 24h00 GMT dernier délai, une version électronique à déposer sur le site internet de l'AFTCC (un lien de téléchargement vous sera envoyé par le secrétariat)
- Module 3 : **30 avril** 24h00 GMT dernier délai, une version électronique à déposer sur le site internet de l'AFTCC (un lien de téléchargement vous sera envoyé par le secrétariat)

Il est important que la date de remise de mémoire soit respectée. Un rendu du mémoire au-delà de cette date impliquerait une réinscription avec des frais supplémentaires sans possibilité de suivre le module suivant.

### • ASPECTS FORMELS DU MEMOIRE

- **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 l'année et le module.  
**Le titre doit indiquer quel diagnostic est traité et le public**
    - Les noms de votre tuteur et de votre superviseur 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/Calibri 12 ; 1,5 d'interligne ; 2cms maxi pour les marges
  - Soigner la présentation et l'orthographe (respect pour l'auteur et pour le correcteur)
  - Rédiger 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.
-  Tout plagiat sera sanctionné
- **Utilisation de l'IA** : merci de **déclarer sur l'honneur** la façon dont vous avez utilisé l'IA dans votre mémoire. Mentionnez quel outil vous avez utilisé, et de quelle manière : assistance limitée (corrections mineures type orthographe, grammaire, ponctuation), production partagée (génération d'idées, suggestions de formulations ou structuration du plan), etc. Vous pouvez rédiger une déclaration générale

en introduction, ou signaler les utilisations spécifiques pour certaines parties. Ne délégez pas la rédaction de parties significatives : l'objectif du correcteur n'est pas de noter ChatGPT, mais de vous accompagner pour devenir un excellent thérapeute. Ne passez pas à côté de cette opportunité !

## • PLAN DU MEMOIRE

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introduction (résumé et cadre de travail)</li> <li>2. Motif de consultation</li> <li>3. Anamnèse</li> <li>4. Démarche diagnostique</li> <li>5. Lignes de base</li> <li>6. Contexte scientifique</li> <li>7. Formulation de cas et analyses fonctionnelles</li> <li>8. Objectifs thérapeutiques et analyse de la demande</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Module 2 : Projections thérapeutiques</li> <li>Module 3 : Stratégies thérapeutiques et déroulement des séances</li> <li>10. Conclusion avec analyse de l'échec et de la réussite</li> </ol> <p><i>Bibliographie</i><br/><i>Annexes</i></p> |
|--|--|

Votre mémoire est un exercice formel qui doit suivre le plan imposé afin d'être validé.

## • PONDERATION

	Module 2	Module 3
Introduction	Présence requise	Présence requise
Motif de consultation	Présence requise	Présence requise
Anamnèse	2/20 *	1/20 *
Démarche diagnostique	4/20 *	2/20 *
Lignes de base	2/20	1/20
Contexte scientifique	2/20	1/20
Formulation de cas et analyses fonctionnelles	6/20 (3 pour chaque grille d'AF) *	3/20 *
Objectifs thérapeutiques et analyses de la demande	1/20	2/20
Projections thérapeutiques (M2) ou Stratégies thérapeutiques et déroulement des séances (M3)	2/20	9/20 *
Conclusion	1/20	1/20
Bibliographie dans les normes	Présence requise	Présence requise

\* : la note à cette partie doit être supérieure ou égale à la moyenne pour que le mémoire soit validé.

Le non-respect de la forme peut enlever un point à la note totale.

- **DELAI D'ENVOI DES RESULTATS**

- À partir de la date de rendu, les correcteurs disposent d'**1 mois** pour envoyer les grilles de corrections.
- **Les résultats seront envoyés par mail dans les quinze jours suivant ce délai (soit 1.5 mois après votre date de rendu).**

- **NON VALIDATION DU MEMOIRE**

- En cas de partie à revoir du mémoire, l'étudiant pourra rendre une version corrigée au plus tard 3 semaines à compter de la date d'envoi du mail du premier résultat. Celle-ci sera corrigée par le même correcteur.
- En cas de note en-dessous de la moyenne ou de non validation du mémoire (éléments non acquis par l'étudiant), celui-ci sera transmis automatiquement à un autre correcteur pour 2<sup>ème</sup> avis. Si le 2<sup>ème</sup> correcteur confirme la note en dessous de la moyenne du mémoire, l'étudiant devra rendre un nouveau mémoire l'année universitaire suivante moyennant le paiement d'une inscription administrative.

- **POUR LES MODULES 3 : SOUTENANCE DU MEMOIRE**

La soutenance aura lieu la première semaine de juillet. Elle dure 20 minutes et sera répartie de la manière suivante :

- 10 minutes de présentation du mémoire
- 10 minutes de questions (questions mémoire et questions transversales)

- **BAREME DU MEMOIRE DANS LE CURSUS :**

- **En module 2** : le mémoire compte pour 70% de la note finale de l'année ; les QCU de fin de cours pour 10% et la supervision pour 20%.
- **En module 3** : le mémoire compte pour 100% de la note finale de l'année (60% pour le document écrit et 40% pour la soutenance) ; la supervision doit être validée.

## 2. Mon rétroplanning (outil à l'usage de l'étudiant)

Nous vous proposons ci-dessous un rétroplanning 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.

Actions	Échéances M2	Échéances M3
Lire le guide mémoire	Avant de débuter votre thérapie TCC	
<b>Choisir le patient qui pourrait faire l'objet de mon mémoire</b>	<b>Début janvier</b>	<b>Début décembre</b>
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		
<b>Rédiger mon mémoire</b>	<b>Début mars</b>	<b>Début février</b>
Rédiger une 1 <sup>ère</sup> version		
Relecture 1		
<b>Finaliser la rédaction de mon mémoire</b>	<b>Mi-avril</b>	<b>Mi-mars</b>
Choisir les annexes		
Relecture 2		
Rédiger le résumé, la conclusion générale et la bibliographie		
<b>Relecture finale</b>	<b>Début mai</b>	<b>Début avril</b>
<b>Rendre mon mémoire à l'AFTCC</b>	<b>31 mai</b>	<b>30 avril</b>

### 3. Règle générale

---

Conseil : lisez au moins les 3 premiers chapitres dès aujourd'hui, même si vous n'avez encore aucun patient pour votre mémoire, ça vous aidera à vous lancer avec beaucoup moins de stress. N'ayez pas peur du nombre de pages, commencez juste par une première lecture au moins superficielle des 3 premiers chapitres. Vous approfondirez un peu plus tard.



**(imprimez ce document, il sera plus facile à assimiler)**

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 si elles sont utilisées de façon rigoureuse.

Le correcteur doit pouvoir évaluer dans ce mémoire vos capacités de conduire une TCC, et non pas vos connaissances générales, ni votre passion pour votre métier.

Pièges à éviter pour la rédaction du mémoire :

- ☹️ • 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 avoir un bon retour sur votre mémoire et une bonne évaluation, vous trouverez dans ce document des précisions des attendus dans certaines parties du mémoire qui posent souvent des problèmes et qui sont la source de perte de nombreux points.

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 recevoir 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 essayez 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 peut 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),
- que le patient vient pour pouvoir parler. Il faut se poser la question de pourquoi parler peut-être utile et combien de temps faudra-t-il faire cela pour aller mieux. La parole n'est pas en soi thérapeutique et si parler suffit à aller mieux, est-ce forcément dans le cadre d'une thérapie qu'il faut le faire ? Si le patient n'a personne à qui parler, c'est peut-être un objectif thérapeutique à formuler et cibler en thérapie (défaut d'habiletés sociales, phobie sociale).
- et que l'objectif du patient n'est pas suffisamment exploré.

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

## 4. Introduction

---

Pondération : l'introduction n'est pas évaluée, mais doit être présente obligatoirement.

L'introduction permet à votre correcteur de disposer de quelques informations essentielles au contexte de votre écrit, notamment votre pratique professionnelle.

Merci de détailler en particulier votre profession, votre cadre de travail, et comment votre patientèle vient à vous.

## 5. Motif de consultation

---

Pondération : Le motif de consultation n'est pas évalué, mais doit obligatoirement être présent.

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 insuffisants :

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 critiquables ?

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).

#### Cas particuliers

- J'ai un patient que je vois depuis deux ans, et je pense qu'une TCC lui serait profitable. Comment dois-je m'y prendre ? Et quel est le motif de consultation ?
- J'ai pris mes fonctions dans un nouveau service, et je dois reprendre les suivis de mes prédécesseurs. Je ne connais presque rien de l'histoire de ces patients. Comment dois-je m'y prendre ? Et quel est le motif de consultation ?

Si vous pensez qu'un suivi en TCC peut être approprié, vous pouvez alors dire au patient : « Je voudrais refaire un point sur votre suivi jusqu'ici : en quoi il vous aide, ce qu'il a changé, et ce que vous aimeriez encore améliorer. J'aimerais aussi savoir combien de temps vous pensez avoir besoin d'un suivi, et pourquoi cette durée. » À partir de ce questionnement, par un dialogue socratique, vous faites émerger ce qui est insatisfaisant pour le patient (troubles persistants) et qui peut constituer le motif d'une thérapie.

À ce moment-là, vous pouvez également préciser au patient : « Avant d'aller plus loin sur ce que nous pourrions envisager, je souhaiterais reprendre avec vous les moments saillants des circonstances et des événements qui vous ont amené à ce suivi, en notant ce qui vous a été utile et ce qui ne l'a pas été. » Et là, vous amenez le patient à formuler les points essentiels de l'anamnèse, comme nous l'expliquons plus loin. Et voilà, vous avez peut-être commencé un nouveau cas pour votre mémoire... Et puis si vous n'en faites pas un cas pour votre mémoire, ça peut au moins redynamiser le suivi avec votre patient et le rendre moins ennuyeux pour vous !

#### 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. Ensuite, une analyse diagnostique, puis une analyse fonctionnelle vont 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.

## 6. Anamnèse

---

Pondération : 2/20 en M2, 1/20 en M3. La note obtenue pour cette partie doit être au moins égale à la moyenne, sinon le mémoire ne peut être validé.

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, il est important ici d'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 (avec sa date de début car il y a toujours une date de début)
2. L'histoire du trouble (s'il y a eu plusieurs épisodes et dans ce cas la date du premier épisode)
3. L'histoire prodromique et des facteurs de risque
4. Relations familiales et sentimentales
5. Environnement
6. Scolarité-Études-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).

**Pour faire simple, le cerveau de votre lecteur attend les informations selon l'ordre suivant :** pourquoi le patient vient, ce qu'il veut, qu'est-ce qu'il a, depuis quand c'est comme cela, comment c'était avant, à quoi ressemble sa vie quotidienne.

## 1. HISTOIRE DE L'ÉPISODE ACTUEL

---

On ne naît pas avec un trouble psychiatrique qui s'exprime dès le départ dans la forme actuelle qu'il a, il y a un jour où le patient prend conscience qu'il a un problème (pas forcément une maladie, mais une difficulté anormale). Par exemple on n'a pas un trouble anxieux « depuis toujours ». On peut avoir un « caractère anxieux » depuis « toujours », parce que c'est une façon de s'exprimer assez imprécise pour qu'on puisse la considérer comme vraie, mais un trouble c'est précis et ça a un début. Ce début doit être précisé (daté).

### Erreurs fréquentes :

- Certains étudiants ont du mal à faire la différence entre histoire du trouble et histoire de l'épisode et certains ne se représentent pas ce qu'est un épisode. Si ces notions ne sont pas claires malgré les explications qui suivent, demandez à votre superviseur ou à des enseignants
- Pour avoir un épisode, il faut une phase avec un début daté précis où des signes commencent à apparaître. L'épisode débute à l'apparition de ces signes. Idem le trouble commence le jour où apparaît le premier épisode. Si vous traitez un problème de mal être diffus, vous aurez du mal à être précis. En fait cela veut dire que vous ne savez pas ce que vous traitez, et que vous n'avez pas défini ce qu'est le trouble. Un thérapeute TCC peut traiter des problèmes de la vie quotidienne sans trouble, mais ce n'est pas ce qu'on vous demande de présenter dans votre mémoire car cela ne permet pas au correcteur de juger pleinement de vos compétences en psychopathologie et psychothérapie.
- **Certains étudiants font un contre-sens sur ce que veut dire en clinique "Histoire du trouble" ou "Histoire de l'épisode".** Il n'est pas rare qu'à cause de ce contre sens, un mémoire puisse être invalidé parce que le correcteur en déduit que l'étudiant n'arrive pas à repérer ce qui est significatif et reste sur une approche littéraire et non scientifique de la clinique. Une histoire d'un trouble ou d'un épisode au sens où on l'entend en clinique n'est pas une description de ce qui se passe, avec des anecdotes. Ce n'est pas une histoire au sens d'un roman. C'est un compte rendu chronologique daté, d'apparition de signes clés et de leur contexte. C'est un rapport synthétique des différentes phases clés avec les signes principaux de ces phases.
- Exemples de l'histoire d'un épisode :
  - Le 13 janvier il se fait licencier. Après quelques jours de sidération il commence à devenir irritable, son sommeil se dégrade rapidement et son appétit est réduit. Avant ce licenciement, il

allait bien, et ne rapportait ni signes d'anxiété, ni signes d'irritabilité, ni anhédonie. Son sommeil et son appétit était bon.

- Le 2 février il fait une tentative de suicide et est hospitalisé 3 jours. Il voit un psychiatre à cette occasion mais ne donne pas suite. Il prend cependant des anxiolytiques pour se soulager
- Dans les 3 mois qui suivent, il reste anhédonique et irritable. Il perd 6 kg.
- Il me consulte alors sur recommandation de son généraliste

Il est important de préciser quand l'épisode actuel a débuté, 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 psychothérapeutiques (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/stratégies. De même, face à un patient avec un trouble de la personnalité de type borderline, qui a probablement essayé différents thérapeutes et thérapies, il est important de tenir compte de ces essais et de ce que les échecs ont appris, cet oubli risque d'invalider le projet thérapeutique.

Décrivez :

- Le début de l'épisode : la date (au moins l'année probable) et les circonstances de survenue (par exemple à quelle occasion le trouble phobique correspondant à une définition clinique stricte est devenu apparent, à quelle occasion la personne a refait une rechute dépressive ou une rechute psychotique.
- L'installation de l'épisode (comment des cercles vicieux d'auto-aggravation ou d'entretien se mettent en place) et éventuellement quelques événements déterminants au cours de l'évolution de l'épisode,
- L'état actuel : comment est la personne aujourd'hui, comment elle fonctionne. Vérifiez 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 non 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 la date de début (au moins l'année approximative), et le nombre d'épisodes. En cas de dysthymie associée, de préciser son début. En cas de trouble dépressif, ne pas avoir recherché explicitement dans l'histoire antérieure une éventuelle bipolarité qu'il faut discuter (irritabilité importante dans l'adolescence, tempérament plutôt hyperthymique, ...) est une faute grave. Ne pas confondre l'histoire du trouble et l'histoire la personne : l'histoire du trouble débute le jour où le malade a été pour la première fois malade, l'histoire de la personne débute à sa naissance.

## 3. HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

---

Parfois, il existe 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. Décrivez-les.

Parfois, des troubles antérieurs ont pu faciliter la survenue du trouble actuel. Par exemple les antécédents de trouble panique ou de phobie sociale ou de trouble anxieux généralisé qui peuvent être antérieurs à l'installation d'un trouble dépressif. C'est important de le citer car cela veut peut-être dire que lorsque l'épisode dépressif sera résolu, il y aura peut-être ce trouble à gérer.

Parfois il n'y a rien, ni facteurs de risques, ni élément prodromique. Dans ce cas-là précisez-le, en expliquant brièvement comment vous avez vérifié cela. 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. RELATIONS FAMILIALES ET SENTIMENTALES**

---

Précisez le contexte des rapports avec les personnes significatives de la famille et le degré de satisfaction, ou d'aide qu'il a (notamment parents, frères et sœurs, conjoints, enfants). Faire un paragraphe court par personne significative.

#### **5. ENVIRONNEMENT**

---

Précisez dans quel environnement vit la personne (logement, conditions de vie) et le degré de satisfaction de sa vie, et les perspectives d'évolution. 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.

#### **6. SCOLARITE - 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.

### **7. Démarche diagnostique**

---

Pondération : 4/20 en M2, 2/20 en M3. La note obtenue doit être supérieure ou égale à la moyenne, sinon le mémoire ne peut être validé.

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 existe 6 raisons à cela.

1. Parce que cela vous contraint à voir des symptômes précis derrière les plaintes et souffrances du patient. Cela permet d'éviter ces diagnostics de "troubles de l'adaptation", "troubles du comportement", "trouble de la personnalité" ou "trouble du caractère", qui sont habituellement le reflet d'une indigence de

l'analyse clinique, et de la tentative de cacher cette indigence derrière un terme générique qui ne veut pas dire grand-chose d'autres que « Il a un problème psy ». Evitez pour votre mémoire de présenter des patients avec ces diagnostics qui sont très rares car vous avez de très fortes chances de vous tromper et votre correcteur sera très tatillon sur la façon dont vous argumentez votre diagnostic.

2. Parce que vous suivez une formation de psychothérapeute et qu'il est exigé de vous à l'issue de cette formation que vous démontriez 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.

3. 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.

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

5. 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.

6. 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 troubles du spectre autistique ou un trouble d'hyperactivité et de déficit de l'attention 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. Il est important d'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-5 ou CIM10) puisqu'elle constitue une référence internationale. Choisissez celle qui vous convient le mieux, puisqu'il ne vous est pas demandé de mener une discussion comparative des définitions. Les définitions 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 (et décrire de façon précise comment ce critère se manifeste pour ce patient), ou bien s'il est absent, en mentionnant comment vous l'avez recherché et 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 de recopier une** définition diagnostique mais bien d'une description précise et factuelle de l'expression de chaque critère chez votre patient.

**CONSEIL 1** : si vous mettez sur une page la définition et en dessous de toute cette définition un texte avec les éléments que vous trouvez en faveur de la définition, vous obligez votre correcteur à faire des aller-retours entre chaque élément de la définition et ce que vous mettez dans votre texte. Pour faciliter la lecture, le mieux est d'entrelacer les différents critères de la définition et les éléments retrouvés à mettre en dessous de chaque critère avec une police différente pour les éléments de définition (par exemple en gras pour la définition) et les éléments observés (en normal ou en italique). L'œil du correcteur peut ainsi voir une définition structurée, précise, facile à lire et que vous insérez un ou plusieurs éléments pour chaque critère.

**CONSEIL 2** : la réponse à un critère de la définition ne peut pas être « j'ai effectivement trouvé cela » ou « je n'ai pas trouvé cela » ou « le patient a abondamment développé cette problématique » car cela ne prouve rien au correcteur que vous devez convaincre. Développez plutôt comment vous avez recherché tel ou tel signe (par exemple les questions que vous avez posées) et la réponse donnée qui confirme ou infirme la présence du signe. Le correcteur verra ainsi si vous posez des questions pertinentes et si vous en déduisez quelque chose de pertinent.

Cette présentation, à titre d'exemple, a l'avantage d'être très agréable pour le correcteur (cela le met dans de bonnes dispositions pour apprécier votre travail) car il a un rappel de la définition juste au-dessus des critères observés. Le correcteur n'est pas obligé d'aller vérifier la définition ni de tourner plusieurs pages en arrière pour voir si les symptômes trouvés sont dans la définition.

### **3°) Discuter les diagnostics différentiels**

- Les diagnostics différentiels sont les autres diagnostics qui pourraient être posés à la place du diagnostic que vous proposez. Il faut les discuter et les justifier pour montrer que vous ne vous trompez pas.

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.

- Les comorbidités sont les diagnostics associés. Il faut les discuter, car dans votre choix de la cible thérapeutique (et dans votre analyse fonctionnelle), cibler un trouble annexe, même si c'est la demande initiale du patient, est contre-productif. Par exemple, cibler une arachnophobie chez un patient massivement déprimé doit résulter d'une analyse qui explique pourquoi vous trouvez que dans cette situation clinique, il est plus logique de traiter d'abord l'arachnophobie que les troubles dépressifs. Tout choix est possible s'il est argumenté et convaincant pour le patient et pour le correcteur de votre mémoire (et pas uniquement pour vous).

#### Exemple de diagnostic confondu ou associés :

- **Personnalité borderline, 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. 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. Y penser face à toute personne qu'on qualifierait de « facilement irritable », ou « ayant des comportements histrioniques ». Face à une addiction (en particulier alcoolisme, cocaïnomanie) ou à un trouble des conduites alimentaires ou à une anxiété ancienne, pensez à la bipolarité.
- **Face à un trouble dépressif**, cherchez les comorbidités antérieures favorisant ce trouble : phobie sociale dans l'adolescence, attaques de paniques, trouble anxieux généralisé, bipolarité.
- 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 synthétique 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, nous retrouvons 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 entraînée 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 également 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, quel que soit le trouble ou la demande initiale.

#### **4) Autotest de vérification de votre discussion diagnostique**

Votre correcteur qui a souvent une longue expérience clinique peut suspecter, face à certaines descriptions et certaines conditions de vie, que votre discussion diagnostique ne s'est focalisée sur ce qui était à l'avant du tableau et a fait l'impasse sur des éléments cliniques importants de rechercher dans le contexte donné. Pour réduire ce risque, les entretiens structurés à la recherche exhaustive d'autres diagnostics sont utiles. Il y a un deuxième test utile, posez-vous la question :

« Imaginons que j'arrive à corriger le trouble du patient, est ce que je peux l'engager comme collègue ou est-ce que c'est quelqu'un avec qui j'aurais plaisir à vivre ? »

Si la réponse est « non car il a quand même d'autres problèmes », ou "non parce qu'il est quand même spécial", essayer de repérer et d'analyser ces autres problèmes ou ce qui fait qu'il est spécial (trop timide, trop rigide, trop excessif, communication et expressivité non optimale pour des rapports sociaux intéressants, déficit d'intérêts, déficit intellectuel (de quel type, quelles conséquences ? ...). En analysant de façon sémiologique plus approfondie ce que vous observez, cela vous dévoilera peut-être d'autres troubles évidents que vous aviez ignoré dans votre réflexion initiale.

## 8. Lignes de base

Pondération : 2/20 en M2 ; 1/20 en M3.

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.

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

ATTENTION : Les outils d'évaluation que vous allez choisir doivent représenter un intérêt pour suivre l'évolution de la thérapie. Ne multipliez pas les outils même si cela a un côté « rassurant », car si vous utilisez beaucoup d'échelles vous transmettez au correcteur que vous ne savez pas où vous allez, et que vous n'avez aucune priorité dans votre thérapie. Il est important de préciser pourquoi vous choisissez chaque outil. Ce chapitre ne doit pas dépasser une page si possible.

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, sous-échelles éventuelles, les normes éventuelles et les références bibliographiques.

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 al., 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 al., 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

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
Echelle de Beck	17	18	14	11
MADRS	32	30	22	16
Nombre de sorties au cinéma ces 30 derniers jours	0	1	2	2

## 9. Contexte scientifique

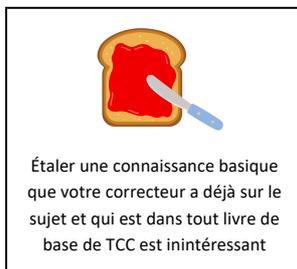
Pondération : 2/20 en M2, 1/20 en M3

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 vos enseignements 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.

- 1) 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.
- 2) Conseils quant au contenu



Rappeler l'épidémiologie du trouble que vous traitez, le fait que les TCC peuvent être efficaces, ou citer les guides de recommandations cliniques **est insuffisant** pour remplir cette partie théorique.

Refaire un cours théorique sur le trouble que vous traitez **ne vous rapportera pas de point**, car vous ne faites que recopier « à votre sauce » ce qui est déjà bien écrit dans des livres spécialisés.

Mentionner les opinions d'autres thérapeutes doit être évité, on vous demande de citer des résultats d'études scientifiques, pas de citer des points de vue de chercheurs ou collègues. La science ce sont avant tout les faits, pas les opinions, ni les croyances. Exemple : « *Machin chose considère que l'anxiété est avant tout favorisée par ...* » ou « *Trucmuche définit la mémoirophobie « comme la peur d'écrire un mémoire »* » sont des formulations à proscrire.

On vous demande plutôt 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. Ex : « *Des expériences consistant à ... (référence de l'étude montrant cela) ... suggèrent que l'anxiété est principalement favorisée par ...* » ou « *L'intérêt de définir la mémoirophobie comme une phobie spécifique repose sur une étude menée par [référence], qui a mis en évidence que les étudiants de l'AFTCC, bien qu'ils maîtrisent les techniques de gestion de l'anxiété, n'arrivaient pas à les appliquer à eux-mêmes. Il s'agirait en réalité d'une forme de phobie résistante aux modes d'intervention classiques de la TCC* »

Citer des livres grand public (par exemple les livres publiés chez O. Jacob) ou les livres didactiques sur les TCC (c'est-à-dire des livres de cours ou des livres d'auto-aide) ou citer la littérature scientifique mentionnée dans ces livres ne vous rapportera aucun point. Nous attendons de vous une recherche sur les données récentes de recherche clinique publiées dans la littérature scientifique et non dans la littérature didactique. Le lecteur s'attend à ce que vous citiez au moins 2 articles scientifiques datant de moins de 5 ans dans votre discussion.

Allez par exemple 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 d'articles sur le sujet et dans un certain nombre de cas à des

articles complets libres d'accès. En utilisant le Navigateur « Tor », et en cherchant le site sci-hub les références d'articles (notamment le « doi » de l'article cité souvent en fin de référence) vous pourrez aussi trouver un certain nombre d'articles que la communauté scientifique a rendu accessible gratuitement (*open access*) pour contrer le modèle économique des éditeurs qui génère parfois des revenus excessifs par la vente d'article

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 en déduira que vous vous êtes contenté du cours ou de redire ce qui est dit dans les livres didactiques. Il peut également se demander si vous avez les habiletés pour chercher l'information permettant une mise à jour de vos connaissances.

## 10. Formulation de cas et Analyses fonctionnelles

---

**Pondération** : 6/20 en Module 2, 3/20 en Module 3. Pour les deux modules, la note obtenue doit être supérieure ou égale à la moyenne, sinon le mémoire ne peut être validé. Pour les Modules 2, deux AF en utilisant deux grilles différentes sont requises. Chacune est pondérée à 3/20.

On observe que malgré les essais d'homogénéisation des critères de corrections, les correcteurs ont des sensibilités différentes, peut-être en fonction des types de troubles qu'ils traitent le plus souvent, sur ce qu'ils entendent par analyse fonctionnelle. La preuve de ces sensibilités différentes est que certains auteurs ont proposé des modèles d'analyse pour vous guider, en fonction de ce qu'ils percevaient comme important dans l'analyse fonctionnelle et on voit là qu'il existe quelques nuances ce qui peut inquiéter les étudiants en formation.

Peut-être que cela peut vous aider de considérer qu'il existe plusieurs niveaux d'analyse, l'analyse globale et l'analyse de situation cibles qu'on va traiter. Analyse **fonctionnelle** veut dire « on analyse **comment fonctionne** son trouble, comme il se maintient ».

- L'analyse fonctionnelle globale est la formulation de cas /conceptualisation du trouble que l'on partage avec le patient et qui va permettre de définir des objectifs et la stratégie thérapeutiques.
- Les analyses fonctionnelles de situation cibles portent sur des situations très spécifiques, que vous voyez à chaque séance. Ces analyses spécifiques conditionnent les exercices qui vont être proposés au patient entre les séances. En Module 2, on vous demande de détailler deux analyses fonctionnelles différentes avec deux grilles différentes, en choisissant celles qui vous semblent les plus appropriées.

Certains correcteurs sont plus sensibles à une bonne analyse globale qui conditionne la suite de la thérapie alors que d'autres veulent voir si vous savez faire faire au patient une analyse fonctionnelle spécifique à une situation précise car c'est cela qui va conditionner les exercices qu'il fera avant le rendez-vous suivant. Nous vous conseillons de réaliser les deux formes dans votre mémoire.

**Pourquoi une analyse globale (formulation de cas/conceptualisation) : Le patient peut avoir une demande initiale, qui ne sera peut-être pas la cible de la thérapie.** L'analyse va être utile pour une compréhension globale des difficultés de vie du patient, évolutive et contextuelle ; pour faire « le tri » entre les différents

problèmes du patient ; pour définir les priorités et définir les objectifs thérapeutiques. Insérer un schéma est utile, mais sans dire ensuite ce que vous en déduisez pour la thérapie, cela n'apporte aucun intérêt. 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.

Une erreur fréquente de l'étudiant est de ne voir que le trouble du patient, sans mettre ce trouble dans le contexte de vie du patient. Il est rare que le patient se sente malade toutes les secondes de sa vie. Parfois il fait des courses, parle à des gens, passe l'aspirateur, lit, mange, ... et durant ces moments, sa souffrance ou ces troubles ne sont pas nécessairement à l'avant du tableau. Ce défaut de mise en perspective empêche de voir les facteurs de maintien du troubles ou les ressources mobilisables. La thérapie ce n'est pas seulement réduire l'impact des symptômes gênants, c'est améliorer ce qu'on peut améliorer dans l'environnement et c'est renforcer les comportements souhaitables.

Il existe plusieurs modèles d'analyse fonctionnelle, qui 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 réaliser 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 plus largement. Un patient anxieux peut ne pas vous parler de son problème de tabagisme, l'ignorer risque de fausser votre analyse. Autre exemple, un patient peut venir vous voir pour des troubles addictifs, et présenter 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).

**Exemple 1 d'analyse non précise** : un patient se plaint d'anxiété à la baignade (mer, piscine) et d'anxiété lorsqu'il prend un bain, voire même quand il se douche. Il rapporte ainsi une "peur de l'eau". Si le thérapeute accepte cette notion de "peur de l'eau" uniquement sur ces éléments, sans affiner, c'est une erreur d'analyse, car s'il y a peur de l'eau, le patient devrait aussi avoir peur dans une cuisine, peur de boire un liquide, peur qu'on lui mette une goutte d'eau sur la peau, peur de l'eau des toilettes, voire peur de son urine ou de sa salive. C'est peu probable qu'un patient ait une peur qui touche toutes ces situations. En réalité, il a certainement une peur dans des situations particulière où il y a de l'eau et il faut préciser cette peur et non en conclure une peur de l'eau.

**Exemple 2 d'analyse non précise :** le patient se plaint de dysmorphophobie. Le thérapeute valide ce diagnostic sans chercher durant l'entretien avec le patient à examiner une peur très facile à déclencher : il suffit d'avoir un miroir ou de le prendre en photo et lui montrer la photo. Cela peut être pénible de se regarder si on a un visage très disgracieux, mais une impossibilité totale doit faire penser à autre chose comme diagnostic. Et si le patient ne peut pas faire cette tâche en entretien, il est peu probable qu'il arrive à la faire en dehors des entretiens. Créer une situation expérimentale en entretien lorsque c'est aussi facile permet de réaliser une analyse fonctionnelle plus précise (quelles cognitions, émotions, comportement sont apparus lors de la proposition de l'exercice puis lors de sa réalisation).

**Exemple 3 d'analyse non précise :** Le patient se plaint de phobie des ascenseurs. Il décrit la peur de rester enfermé dans un ascenseur. De quoi a-t-il peur s'il reste enfermé ? Que l'ascenseur finisse par faire une chute libre ? Qu'il reste plusieurs jours sans manger et en meurt ? Qu'il soit étouffé par le manque d'air ? Qu'il soit amené à déféquer durant l'attente et que cela crée de la honte quand on lui ouvrira les portes ? Paniquerait-il pareillement s'il était dans un placard ou un autre lieu clos ? Si on n'analyse pas précisément, on ne pourra ni faire de la restructuration cognitive appropriée, ni de proposer des exercices efficaces, amenant à une généralisation.

- 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 ». Il est important de 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 souhaite 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 patient avec attaque de panique 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 de chaque situation et de la façon dont un comportement en influence d'autres. Parfois, la demande initiale du patient peut être reformulée après cette analyse.

L'analyse et les conséquences de cette analyse en termes 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 indiquer vos propres déductions, mais comme ce n'est pas vous mais le patient qui aura à modifier ses comportements, il est préférable que ce soit le patient lui-même 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.

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.

## 11. Objectifs thérapeutiques et Analyse de la demande

---

Pondération : 1/20 en M2, 2/20 en M3.

La discussion sur l'analyse fonctionnelle aboutit naturellement au contrat thérapeutique qui rappelle la demande, 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.

Critères non valables « être moins anxieux » « ne plus avoir de pensées négatives intrusives »

Critères à retenir : reprendre les transports en commun sans éviter les trajets de plus de 10 minutes, participer à une réunion de travail jusqu'à la fin, ...

Il s'agit bien ici de repérer les changements observables du comportement. 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 s'achèvera. Le contrat thérapeutique ne doit intégrer que des critères comportementaux. Bien sûr, l'atteinte de ces critères comportementaux, s'ils sont bien choisis, reflétera l'amélioration émotionnelle et cognitive que souhaite le patient.

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 leur 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 le patient 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, nous pourrions 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.

Cette partie reprend ce qui a été discuté précédemment au niveau de l'analyse fonctionnelle et **résume les objectifs comportementaux de la thérapie**. On veut traiter quoi, comment saura-t-on en termes comportemental que l'objectif est atteint et comment va-t-on s'y prendre, compte tenu de spécificités du patient, de ce qu'il a comme ressources, ce dont il se croit capable, et de sa situation, sachant que c'est le patient qui doit être amené à se construire un contrat thérapeutique qui lui semble pertinent, faisable et auquel il croit.

ATTENTION : Établir un contrat ce n'est pas dire : « j'ai expliqué au patient ce que nous allons faire et le nombre de séances et il a dit qu'il était d'accord. » Le patient ne doit pas être d'accord mais intéressé, avec une forte envie « de faire » parce qu'il a compris que ça va l'aider, pas juste parce qu'il vous fait confiance. Il doit non pas avoir confiance en vous mais confiance dans sa propre analyse que ça va l'aider.

Un contrat qui se restreint uniquement à cibler les troubles du patient pour les faire disparaître est au départ mal posé. En effet, il doit être précédé d'une évaluation de quelles seront les conséquences concrètes (comportementales, de réorientation de sa vie) de la disparition ou de la réduction de ces troubles. **Un patient, une vie ne se résume pas à des troubles**. Dans cette analyse on peut découvrir des facteurs de résistances et de maintien du trouble (par exemple, se donner comme objectif unique la disparition d'une dysmorphophobie permet d'éviter de parler de ce qu'on veut faire dans la vie et qu'on se sent incapable de faire). En ciblant la thérapie sur la dysmorphophobie, on va droit à l'échec car le patient, en cas de guérison, risque de se trouver face à des difficultés qui l'effrayent encore plus et auxquelles il évite de penser et mettant d'abord l'objectif sur sa dysmorphophobie. Attention, cela ne veut pas dire qu'il faut traiter autre

chose que ce que le patient attend, ni qu'il faille chercher autre chose derrière les signes, il faut juste bien replacer son trouble dans le cadre de sa vie, de ses objectifs de vie (et de leur pertinence qu'il faut parfois savoir questionner) et de ce qui gêne l'accomplissement de ses objectifs de vie.

## 12. Projections thérapeutiques (M2) ou Stratégies thérapeutiques et déroulement des séances (M3)

---

Pondération : 2/20 en M2, 9/20 en M3. En Module 3, la note obtenue doit être égale ou supérieure à la moyenne, sinon le mémoire ne peut être validé.

**IMPORTANT :** La première chose que veut voir le correcteur, c'est combien d'entretiens vous avez réalisé avec le patient et bien différencier ce que vous avez fait et ce que vous allez éventuellement faire (pour les étudiants de 2ème année à qui on ne demande pas une thérapie aboutie)

### **Pour les étudiants de Module 2**

---

Bien différencier dans des chapitres différents :

**a. Ce que vous avez fait :**

- Combien de séances réalisées en combien de temps (Le correcteur doit pouvoir identifier cela sur une lecture rapide de votre mémoire).
- Types d'exercices réalisés en séances ou en dehors. 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 des vertus thérapeutiques.

**b. Ce que vous allez faire :**

Pourquoi vous faites cela, 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 dispensé !

Il est important de 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).

**Exemple de plan thérapeutique inadapté :** Si vous dites par exemple "je propose au patient 3 séances de psychoéducation, puis 2 séances de relaxation puis je lui fais 4 séances de restructuration cognitive", le correcteur voudra savoir quel rapport entre l'analyse fonctionnelle et ce choix. Pourquoi l'analyse fonctionnelle dit qu'il faut commencer par la psychoéducation, pourquoi 3 séances et pas 2 ou 4, pourquoi ensuite de la relaxation, pourquoi 2 séances, pourquoi ensuite de la remédiation cognitive ? N'oubliez pas que c'est souvent l'action comportementale qui est la plus importante et la plus efficace, car on veut changer les comportements puisqu'on a des objectifs comportementaux.

Note : vous pouvez bien entendu décrire une thérapie aboutie dès le module 2. Ce n'est simplement pas requis ; mais si la thérapie entreprise a été menée à bien avec votre patient lors de l'écriture de ce mémoire, ne vous privez pas de la décrire !

### **Pour les étudiants de Module 3**

---

Bien décrire ce que vous avez fait :

- a) Combien de séances pour l'analyse fonctionnelle globale et pour définir le contrat thérapeutique et ce que vous avez fait concrètement durant ces séances
- b) Combien de séances de thérapie réalisées en 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 puisse voir les différentes étapes de la thérapie. Un diagramme récapitulatif final sera le bienvenu (cf. exemple plus loin).
- c) Donner des exemples d'analyses fonctionnelles spécifiques à une situation suite par exemple au retour d'expérience sur un exercice prescrit (théoriquement on en refait une à chaque séance). 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 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 enseignements.

Concernant cette partie qui rapporte ce que vous avez fait avec le patient, Il faut être très clair et précis. 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 sûr être tout aussi pertinents, l'essentiel est qu'ils permettent au correcteur de saisir de façon synthétique la progression de la thérapie.

### **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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>ère</sup> 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<sup>ème</sup> 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 et 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.

Elle me montre les analyses fonctionnelles qu'elle a faites chez elle : le cercle est coupé. 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.
- Faire les courses seule.
- Aller à 2 entretiens d'embauche.
- Aller à la réunion à l'école et au centre périscolaire.

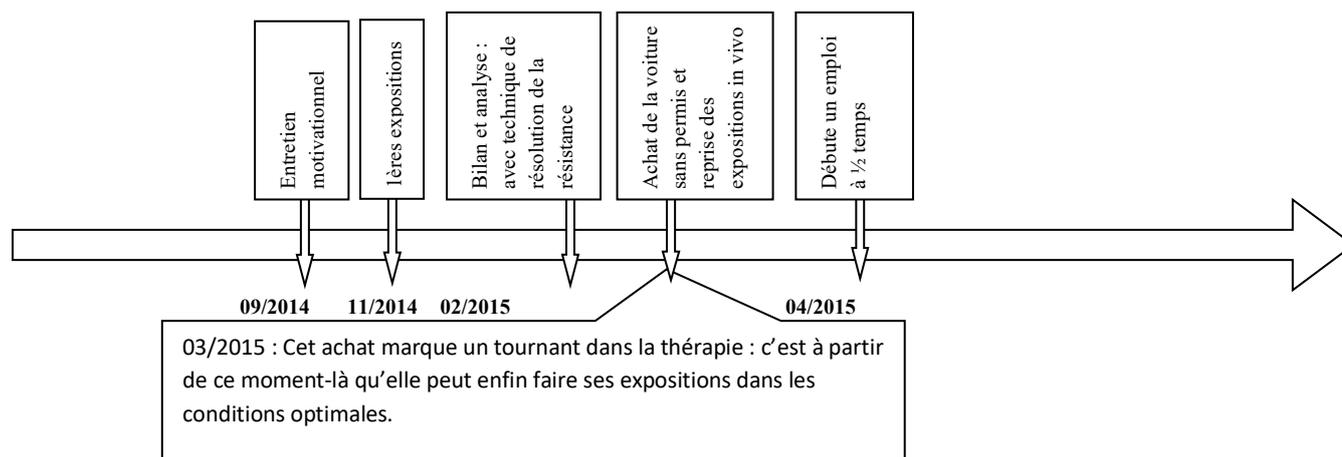
...

Reprendre les clauses du contrat thérapeutique pour discuter avec la patiente de ce qui est atteint et si le contrat est ou non rempli. Préciser si une deuxième phase de thérapie devra être réalisée avec un nouveau contrat et donner des indications sur cette nouvelle phase.

**c. Le bilan de la thérapie :**

Combien de séances, durée totale cumulée, bilan par rapport aux outils de la ligne de base (graphique de synthèse des séances et d'évolution des scores à des échelles), état par rapport aux objectifs du contrat thérapeutique et si difficultés, analyse des difficultés (s'il y a trop de séances pour atteindre l'objectif, si le patient ne fait pas ses exercices, s'il est souvent absent, ...)

## 1.4. Synthèse du suivi sur 18 séances



### Rappel des évaluations

	Évaluation initiale	Évaluation à 3 mois (7 séances)	Évaluation 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

**En Module 3**, vous devez également **présenter deux séances**, 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.

## 13. Conclusion

Pondération : 1/20 en M2 et M3.

Pour terminer votre mémoire, 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 rencontrées sur l'ensemble des étapes de la TCC et comment vous les avez gérées ; quelles ressources vous ont été utiles.

Vous pouvez également rendre compte de la qualité de la relation thérapeutiques et des actions que vous avez dû mettre en place pour agir à ce niveau. Cette partie est l'occasion, en somme, de lister les échecs et les réussites de ce suivi et ce que vous en concluez pour la suite de votre parcours en tant que thérapeute.

## 14. Bibliographie

---

Pondération : La bibliographie n'est pas notée mais sa présence **dans les normes** est obligatoire pour les deux modules.

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<sup>ème</sup> 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

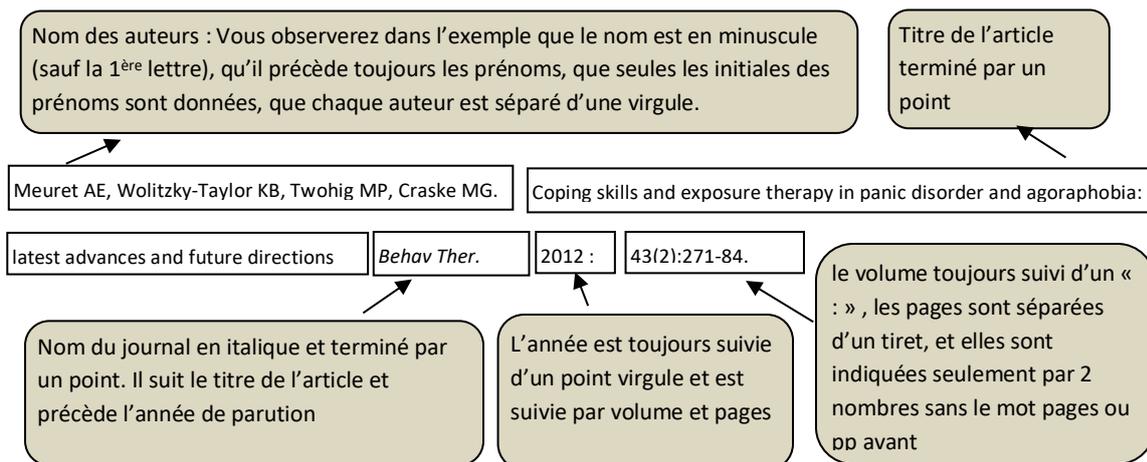
Vous devez dans votre mémoire respecter une forme unique, comme celle que vous trouverez dans les revues scientifiques. C'est-à-dire, par exemple que le nom des auteurs est toujours à la même place, l'ordre des noms et prénoms toujours identique, les prénoms sont soit toujours en entier, soit toujours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