

COMMISSION « PSYCHOLOGUES »
Réseau ICARES
Compte rendu de la réunion du 4 octobre 2010

Présents : Mme Baudreuil, Mme Boucheton, Mme De Donceel, Mme Garcia, M. Gilbert (animateur), Mme Rondeau, Mme Seignobos, Mme Verez ; Mme Jocelyne Choynet (Niort) ; M. Samuel Tourenne (Niort).

Excusés : M. Brouard ; Mme Deglos ; Mme de Poncheville ; Mme Chapuis-Grisoni

Ordre du jour proposé en 5 points :

- ouverture des pôles locaux dans le réseau régional : liens avec les psychologues des autres départements et échanges d'informations
- l'évaluation : trois axes : bien-être ; évolution des prescriptions ; évolution des consultations chez le psy
- améliorations à apporter au cadre de prise en charge psychothérapeutique face aux (nouvelles) contraintes budgétaires (retour aux 8 séances)
- le statut des psychothérapeutes (décret Accoyer and Co)
- le réseau doit-il être le relais des informations de « formations » non-ICARES et autres auprès de l'ensemble des membres du réseau ?

Nous nous étions fixé la priorité sur les points 1 & 2. Le thème 2 suffisamment complexe a occupé la quasi totalité de la réunion ; les autres points restent en suspens et seront abordés plus tard.

La réunion, contenu et déroulement :

Deux étapes de la réunion :

1 - présentation et accueil des «nouveaux psychologues» qui se sont joints au Réseau sur Niort. Résumé de notre travail et proposition que, si le besoin se faisait sentir, un(e) ou deux psychologues «anciens» pourraient se rendre sur le «pôle» Niort pour exposer les dispositions que nous expérimentons techniquement dans la mise en oeuvre du réseau, de synthèses et des prescriptions «psychologues».

2 - mise en oeuvre de moyens d'objectivation de la présence des psychologues libéraux au sein du réseau à fin de pondération des biais de TALOS concernant leur activité.

Trois axes avaient été retenus des réunions de commission «Psychologues» précédentes :

- Prise en considération de l'évolution de l'implication du patient dans son rapport avec le psychologue à partir de l'utilisation des prescriptions de 8 séances et au-delà
- construction d'un questionnaire «Bien-être» complémentaire de TALOS
- Évaluation de l'impact de la prescription «Psychologues» sur la prescription de psychotropes.

Le groupe laisse dans l'immédiat de côté le troisième point, comportant des difficultés techniques de discernement des groupes témoins et des différents types de patients, de collecte de données et de contrôle et de neutralisation des autres variables non pertinentes. Ne sera porté sur le compte rendu que l'ébauche de travail sur la discrimination des groupes, selon les catégories envisagées.

Le groupe s'attelle en premier à établir un moyen de collecte des données en ce qui concerne l'évolution du nombre des séances.

Il propose deux modes d'évaluation qu'il appartiendra à la commission «évaluation» chargée du travail sur le logiciel TALOS d'étudier la pertinence des items, d'y apporter les corrections sans en changer l'esprit, de vérifier les possibilités de cotation pour qu'il puisse être envisagé une pondération des données concernant les groupes «avec psy» et «sans psy».

La collecte des données serait à construire avec les données fournies par le psychologue, éventuellement pour valider ce que rapporte le patient.

QUESTIONNAIRE «SÉANCES PSY»

Ce qui nous paraît intéressant à faire ressortir, c'est l'implication du patient dans la « démarche psychologique » ; le moyen de mesure choisi est le nombre de séances et l'engagement dans une durée.

Tableau 1 : l'autofinancement est scindé en trois catégories :

- pendant les 8 séances le patient a contribué partiellement au financement des séances pour allonger la durée de la prise en charge ICARES
- le patient a souhaité au bout des huit séances poursuivre sur ses fonds propres, avec des moyens financiers ne nécessitant pas d'arrangement avec le psychologue sur le montant des honoraires
- le patient a souhaité au bout des huit séances poursuivre sur ses fonds propres, avec des moyens financiers réduits qui ont nécessité un arrangement avec le psychologue sur le montant des honoraires (tarif, durée ou rythme)

Il a fait 1 à 3 séances	
Il a fait 4 séances	
Il a fait les 8 séances	
Il a fait les 8 séances diluées (plus de 8 avec autofinancement partiel)	
Il a poursuivi sur ses fonds propres après les 8 séances (avec peu de moyens - tarifs négociés avec la psychologue)	
Il a poursuivi sur ses fonds propres après les 8 séances (moyens financiers adaptés)	
A demandé à reprendre les 8 séances l'année d'après (réouverture des droits)	

Tableau 2 : plus synthétique, sans considération pour le niveau de l'autofinancement :

	oui	Autofinancement, partiel ou total
- de 4 séances		
4 à 8 séances		
8 séances		
Au-delà des 8 séances		

La cotation doit permettre de rendre compte des évolutions et du niveau d'investissement. La situation la plus positive serait l'engagement autofinancé au-delà des 8 séances, comme indicateur de prise de conscience d'une problématique d'ordre psychologique et une attitude «adulte et responsable» vis-à-vis de son propre destin et de l'addiction. Nous « dosons » donc assiduité, persistance et autonomie à travers la durée de la relation au psychologue et l'investissement financier personnel.

Il serait toutefois à discuter l'idée que de ne solliciter le psychologue que sur un nombre de séances < 8 serait significatif de l'inverse de ce qui est évoqué ci-dessus.

Tout comme l'idée que tout le monde arrive au même niveau de conscience et a besoin d'une même durée pour arriver au même résultat. Nous prenons le parti d'expérimenter ces données uniquement comme pondération relative des données TALOS.

QUESTIONNAIRE «BIEN-ÊTRE» :

Nous sommes encore beaucoup plus prudents sur ce type d'évaluation.

Nous prenons le parti de l'expérimenter à partir de 3 types d'items «psychologiques» qui «cerneraient» cette idée du bien-être subjectif :

- L'équilibre psychologique
- Le rapport à soi-même
- Le rapport à l'expression

Nous débattons sur la validité de telles considérations et d'une collecte de données de cette nature.

En résumé :

- nous rappelons que nous n'entendons pas rendre compte ainsi d'une activité psychothérapeutique «hors de toute influence», qu'elle soit positive (dans le sens de la réduction de l'addiction) ou négative (à l'inverse), que nous aurions neutralisée.
- Nous rappelons qu'il s'agit de rapports humains et que les «lois» en la matière comportent une infinité de composantes non objectivables au sens des sciences dites exactes ou biologiques, ni même totalement identifiées.
- Nous rappelons que les facteurs psychiques, apparemment jugés comme effet négatif (comme l'apparition dans la conscience de l'angoisse ou d'un syndrome dépressif) peuvent être considérés comme positifs dans le décours d'une psychothérapie. Il est sur ce point particulièrement délicat de confronter l'approche médicale, l'approche du sens commun et l'approche psychologique de la souffrance psychique.
- Nous veillons donc à rappeler que nous tenons à rester très prudents sur la validité des questionnaires et leur interprétation ; nous rappelons que le psychologue ne peut être exclu de cette dernière et que sur ce domaine qui est son expertise, il doit y être associé.

Nous rappelons notre accord sur la passation des questionnaires :

En même temps que la passation TALOS, par le médecin «incluant». Il n'est pas à exclure que le psychologue puisse utiliser ces résultats pour les commenter avec le patient dans le cadre d'un entretien.

Nous proposons que soient comparées «situation initiale» à l'entrée dans le réseau et «évolution» :

- questionnaire initial : cotation sur une échelle de 1 à 10, à partir du témoignage du patient
- les suivants : cotation sur la même échelle, à partir du témoignage du patient ; est ensuite calculé un indice de la modification en + , - , ou nulle ; il peut être nécessaire de moduler cet indice selon l'importance de l'écart à l'origine.

Le bien-être subjectif comporte des paramètres se rapportant à des notions d'estime de soi.

Le rapport à soi-même :

Nous étudions diverses propositions de formulation :

- J'apprécie d'être seul (e)
- Je suis fier (e) de moi
- Je suis satisfait (e) de mes réalisations
- Je prends du plaisir à la vie

Ces formulations posent toutes des problèmes de type «indécidables» ou ouverture vers une discussion. La 1^o formulation exclut l'idée que le patient peut aussi se sentir mieux en société, alors qu'il se sentait bien que seul. La 2^o et la 3^o sont axées sur l'action, même s'il est question de sentiments. La 4^o pose la question du rapport au produit comme source de plaisir.

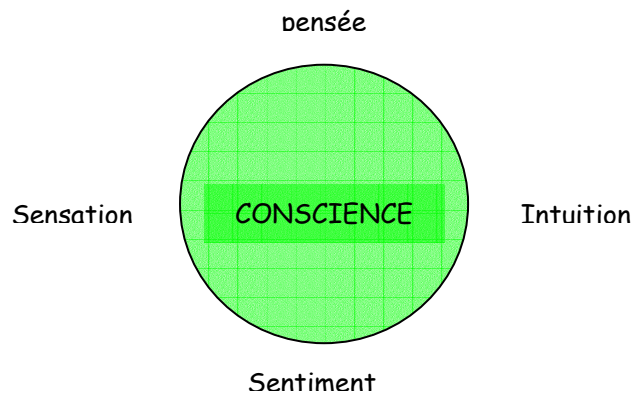
La discussion nous amène à approcher la notion de bien-être psychologique.

Bien-être psychologique :

Il est proposé d'y associer celle d'équilibre psychologique ; « je me sens bien psychologiquement » équivaldrait à « je suis équilibré ».

Nous envisageons qu'il puisse y avoir des critères objectifs de l'équilibre psychologique qui pourraient être « extraits » du témoignage (subjectif, donc) du patient.

Il est rappelé la proposition de modélisation de C. G. Jung en quatre pôles (deux rationnels et deux irrationnels) appelés fonctions psychologiques : dans le contact au réel, la conscience peut être conçue comme une boussole à quatre pôles sur lesquels la conscience s'appuie pour percevoir et donner sens à sa perception du réel ; nous ne prenons pas en considération la distinction préalable faite par l'auteur de deux types de « psychologie », primordiaux à l'orientation par fonction, introvertie et extravertie :



L'hypothèse de travail est que l'évolution psychique tend vers l'équilibre alors que l'adaptation privilégie un pôle. L'équilibre psychologique de la conscience serait une position idéale où chaque pôle peut être sollicité à part égale et de façon adaptée à la circonstance.

L'idée que la psychothérapie aurait, au moins partiellement et pour ce qui concerne la conscience, pour objectif de rééquilibrer cette polarité déformée par l'adaptation aux contraintes de vie (traumatismes, déficits éducatifs...).

Nous cherchons donc quatre formulations simples de ces pôles qui en rendraient compte.

- J'ai une vie affective et relationnelle (sentiment)
- Je fais confiance à ce que je ressens (sentiment)
- Je fais des projets d'avenir (intuition)
- J'ai l'impression de pouvoir deviner ce que va donner une situation (intuition)
- J'arrive à réfléchir posément aux situations complexes (pensée)
- J'aime avoir une activité intellectuelle (pensée)
- Je suis sensitif et tactile (sensation)
- Je fais attention à mon corps, je sais quand je me fais mal (sensation)

Notre entreprise s'avère complexe, les formulations ne rendant pas compte, avec suffisamment de fidélité, de ce que nous essayons d'aborder et nous proposons de nous arrêter pour ce soir ; chacun repart avec la charge de réfléchir à ces formulations, tant en ce qui concerne le rapport à soi-même que le bien-être psychologique.

Les propositions faites par courriel sur le rapport à l'expression sont à étudier elles aussi pour la prochaine commission :

- Je me sens à l'aise pour parler avec les proches de ce qui me préoccupe :
- Je me sens à l'aise pour parler en présence de personnes peu ou pas connues
- Je mesure ce qu'il est sage de dire ou de ne pas dire (discours adapté)

La réunion prend fin à 22 h 30 ; prochaine réunion fixée au 29 novembre 2010 à 20 h 30 à Lussant.

En annexe, l'ébauche de travail sur le point « évolution des prescriptions de psychotropes » en finalité de réfléchir à ce qui serait pertinent et possible ; il s'agit du texte fourni par une des membres de la commission pour préparer la réunion :

« ...Il faut discriminer les patients selon plusieurs critères :

Leur entrée dans le réseau ; la prescription des consultations psy ; les prescriptions psychotropes.

Pour observer les modifications et interaction éventuelles versus groupes témoins (non ICARES - non psychotropes ; non ICARES - psychotropes) et autres groupes concernés (ICARES - non psychologue - psychotropes ; ICARES - non psychologue - non psychotropes) en distinguant dans deux sous-groupes : ceux des non psychotropes initiaux et ceux des psychotropes initiaux.

Adhésion ICARES	Patient clientèle du médecin				Nouveau patient			
	Psychotrope		Non psychotrope		Psychotrope		Non psychotrope	
Prescription psychologue	Oui	non	Oui	non	Oui	non	Oui	non
1 séance	A1pP	Ap0	A10P	A00	B1pP	Bp0	B10P	B00
4 séances	A4pP	Ap0	A40P	A00	B4pP	Bp0	B40P	B00
8 séances	A8pP	Ap0	A80P	A00	B8pP	Bp0	B80P	B00
8 séances - bis	A8xpP	Ap0	A8x0P	A00	B8xpP	Bp0	B8x0P	B00
Psychothérapie	AapP	Ap0	Aa0P	A00	BapP	Bp0	Ba0P	B00
Arrêt	A0pP	Ap0	A00P	A00	B0pP	Bp0	B00P	B00

P : psychologue prescrit

p : psychotrope prescrit

A : ancien patient

B : nouveau patient

a : arrêt

O : non

1, 4, 8 : oui (+ quantité)

il est à discuter :

- les groupes A0 et B0.
- Quels groupes sont fondés et pertinents à distinguer ?
- Les groupes à comparer sont les P en 4^e position avec les autres ?
- Discussion à faire sur les catégorisations de psychotropes ?
- Doit-on prendre en considération les traitements de substitution ?

Passation : cotations des modifications de quantité, par sous-groupe oui / groupes et par catégories de psychotropes, lors des bilans TALOS

Modification	GROUPE		
	+	-	0
Anxiolytique			
Antidépresseur			
Somnifère			
Antipsychotique			

Il faut ensuite quantifier... Donner une valeur aux changements de groupes... etc....