

Formation Postgrade en Psychothérapie Comportementale et Cognitive

Rapports asséurologiques

CADRE GENERAL

Le rapport aux assurances est un document construit selon les conditions des rapports médicaux de l'assurance invalidité (AI) et du rapport au médecin-conseil pour la poursuite de la psychothérapie (cf. 40^{ème} séance). Ces standards sont réglés par des dispositions légales et des ordonnances¹.

Un rapport asséurologique doit permettre de répondre de manière complète et convaincante aux questions posées. Il repose sur une investigation et un examen clinique, ainsi que sur le dossier du patient et l'utilisation d'instruments spécifiques. Il tient compte des troubles rapportés et de l'anamnèse et se base sur une analyse du tableau clinique présenté par le patient. Il s'agit d'une appréciation scientifiquement fondée dont les conclusions sont motivées.

Un soin particulier est apporté au respect des rubriques des formulaires asséurologiques. La clarté de la rédaction est particulièrement importante dans un tel rapport afin de fournir des réponses synthétiques et ciblées aux questions de l'assureur.

Chaque rapport asséurologique est précédé par une page de garde (cf. modèle sur Moodle) séparée comportant la nature du rapport, le nom codé du patient et la problématique clinique traitée (cf. attestation d'activité psychothérapeutique). Il est anonymisé et rédigé en français. Il se base sur le canevas et les standards officiels de l'assurance (formulaire AI, protocole du rapport pour la poursuite de la psychothérapie).

L'expert a un rôle se cantonnant strictement à l'évaluation des rapports. Chaque évaluation est assortie d'une grille critériée et commentée vous informant des forces et faiblesses de votre rapport. Un bref échange verbal peut être sollicité auprès de votre expert pour vous aider à mieux comprendre ses remarques dans la grille et à améliorer ainsi vos prochains rapports. Toutefois, l'expert ne fournit pas d'encadrement personnalisé pour la rédaction des rapports.

Vous devez réaliser 4 rapports asséurologiques durant le MAS en TCC, dont au moins 1 rapport AI et 1 rapport pour demander la poursuite de la psychothérapie au médecin-conseil (cf. 40^{ème} séance). Pour les 2 rapports restants, il vous appartient de choisir, en fonction de votre clinique, entre les deux types de rapports précités. A noter qu'un même cas clinique ne peut être présentée dans deux épreuves différentes, ou rapports différents (à l'exception d'un rattrapage). Un rattrapage à l'épreuve fait l'objet d'une finance supplémentaire (CHF 200.-) à verser avant la 2^{ème} tentative.

Chaque année, dès la 2^{ème} année, vous devez remettre au moins un rapport. Pour garantir la procédure d'évaluation continue et vous permettre de vous améliorer d'un rapport à l'autre, la remise groupée est interdite ; vous devez également attendre la restitution de l'évaluation d'un rapport pour remettre le suivant. Chaque rapport est à adresser à la coordination du MAS par courriel en format Word et PDF : tcc-mas@unil.ch.

¹ La loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI) et celle sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS).

Une fois que nous avons réceptionné votre document, nous le transmettons à votre expert qui a 3 mois pour réaliser son évaluation. En cas de résultat insuffisant, une co-expertise est réalisée par la Commission Evaluation, ce qui peut prolonger le délai de la restitution de la note et la remise de la grille d'évaluation par le Comité scientifique. En principe, ce processus d'évaluation ne dépasse pas 6 mois.

RAPPORT POUR LA POURSUITE D'UNE THERAPIE APRES 40 SEANCES

Avant la 40^{ème} séance, le thérapeute doit adresser spontanément au médecin-conseil de l'assurance une demande pour poursuivre la psychothérapie. Pour en savoir plus à ce sujet, vous pouvez consulter le lien suivant (OPAS) concernant les exigences de ce type de rapport : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19950275/index.html#a3b>.

Le rapport pour la poursuite de la thérapie doit présenter l'anamnèse, les symptômes au début du traitement, la psychopathologie du patient. Le format et le setting de la prise en charge, son déroulement, ainsi que les résultats de la thérapie doivent être précisés. La demande de poursuite de la psychothérapie doit indiquer les symptômes qui justifient la prolongation du traitement, ses objectifs et le but final visé, le type et le cadre du traitement poursuivi. Le thérapeute doit finalement mentionner la durée probable de la psychothérapie. Pour faciliter la rédaction de ce rapport, vous pouvez télécharger le formulaire proposé sur le site internet de la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (https://www.medecins-conseils.ch/tools/dynaforms_psych/).

Nous vous recommandons vivement de vous appuyer sur le canevas de la grille d'évaluation pour structurer votre rapport ou sur le formulaire précité proposé par la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances.

RAPPORT POUR L'ASSURANCE INVALIDITE

Le rapport AI porte soit sur une demande de mesures de réinsertion professionnelle, soit sur une demande de rente.

Pour de plus amples informations, pour les prestations pour les adultes : <https://www.ahv-iv.ch/fr/M%C3%A9mentos-Formulaires/Formulaires/Formulaires-%C3%A9lectroniques/AI-Demandes/001001-Demande-de-prestations-AI-pour-adultes-R%C3%A9adaptation-professionnelle-rente> ; pour les prestations pour les enfants-adolescents : <https://www.ahv-iv.ch/fr/M%C3%A9mentos-Formulaires/Formulaires/Formulaires-%C3%A9lectroniques/AI-Demandes/001003-Demande-pour-mineurs-Mesures-m%C3%A9dicales-mesures-dordre-professionnel-et-moyens-auxiliaires>.

Le rapport suit le format des formulaires mis à disposition par l'AI du Canton de Vaud en veillant à sélectionner le bon document en fonction de l'âge de votre patient (pour télécharger le formulaire : <https://www.aivd.ch/a-votre-service/formulaires.html>); merci d'utiliser le canevas pour les patients adultes « Rapport médical psychiatrique réadaptation professionnelle / Rente » ou celui pour les personnes de moins de 20 ans appelé « Rapport médical : personnes assurées de moins de 20 ans ».

Nous vous demandons d'utiliser uniquement les canevas mis à disposition par le Canton de Vaud pour réaliser votre travail et de remplir toutes les rubriques du document vaudois. En effet, le protocole vaudois étant complet et proposant des annexes pour la psychiatrie, il apparaît particulièrement adéquat pour développer vos compétences dans la rédaction des rapports AI.



Formation Postgrade en Psychothérapie Comportementale et Cognitive

Synthèse de cas

CADRE GÉNÉRAL

La synthèse de cas est le résumé structuré d'un traitement psychothérapeutique tel qu'il pourrait figurer dans le dossier médical d'un patient ou dans un rapport adressé à un confrère. Elle reprend les éléments essentiels de l'identité du patient et de sa problématique. Elle synthétise les hypothèses de travail, et indique les étapes-clés du déroulement de la thérapie ainsi que son résultat.

La synthèse de cas est un rapport dont le style rédactionnel et le vocabulaire choisi sont respectueux du patient et ajustés au destinataire. Idéalement, la synthèse a fait l'objet d'une relecture et d'une discussion avec le patient qui a eu la possibilité de la commenter, de poser des questions voire de demander des corrections. La version transmise dans le cadre du MAS est anonymisée : l'anonymisation consiste à changer non seulement les noms des personnes citées mais aussi un certain nombre de détails non pertinents pour la compréhension du cas et de son traitement, mais qui pourraient dévoiler des éléments permettant l'identification du patient.

Une synthèse de cas s'étend sur max. 5000 mots. La mise en page est soignée et prévoit un interligne double et des marges de 3 cm, afin de permettre aux experts une saisie plus confortable de leurs corrections et commentaires à même le document. Un soin particulier est apporté à l'orthographe et à la syntaxe. La clarté et la concision du texte sont également très importantes.

ÉVALUATION DES SYNTHÈSES DE CAS

La rédaction des synthèses de cas est une compétence enseignée et évaluée dans le cadre du MAS. Le règlement d'étude prévoit durant la formation la remise de 5 synthèses de cas, chacune évaluée par une note allant de 1 à 6. La moyenne des 5 notes fournit la note finale à l'épreuve (cf. article 10.3 sur l'évaluation continue des connaissances et compétences, épreuve 4 : rapports/synthèses de cas pour des dossiers de soins ou la communication à des tiers). Un même cas ne peut être présenté dans deux épreuves différentes (p.ex. une synthèse de cas et un rapport asséurologique).

Des experts sont attribués à chaque participant du MAS pour réaliser l'évaluation de leurs synthèses de cas. À réception d'un rapport, ils ont 3 mois pour effectuer cette tâche. En cas de résultat insuffisant, une co-expertise peut être demandée par la Commission Évaluation, ce qui prolonge le délai de restitution du résultat (en principe le processus d'évaluation ne dépasse pas 6 mois). En cas d'échec à l'épreuve des synthèses de cas, un rattrapage est organisé d'un commun accord avec l'expert et la Commission Évaluation pour permettre au participant d'obtenir une note finale suffisante. Ce rattrapage implique en général la correction d'une ou plusieurs synthèses insuffisantes et fait l'objet d'une finance supplémentaire (CHF 200.-).

Les experts ont un rôle qui se cantonne strictement à l'évaluation des synthèses. Celle-ci se fait sur la base d'une grille critériée assortie de commentaires clarifiant les forces et faiblesses du document soumis. Les évaluations et les notes sont transmises au fur et à mesure que le participant soumet ses rapports de cas. Un participant peut solliciter son expert pour l'aider à mieux comprendre ses remarques et à améliorer ses prochaines synthèses. De tels échanges doivent rester brefs : les experts ne fournissent pas d'encadrement personnalisé en amont ou durant la rédaction des documents (pas de correction de premières versions).

REMISE DES SYNTHÈSES DE CAS

Dès la 2^{ème} année de formation, les participants doivent remettre chaque année civile au moins une synthèse de cas. Pour garantir un processus d'évaluation continue et permettre à chacun de s'améliorer d'une synthèse à l'autre, la remise groupée est interdite. Il faut également attendre la restitution de l'évaluation d'une synthèse pour soumettre la suivante (ce qui n'interdit pas d'utiliser le temps d'attente pour débiter la rédaction du nouveau rapport).

Chaque synthèse de cas est assortie d'une page de garde séparée comportant le nom codé du patient et la problématique traitée (cf. attestation d'activité psychothérapeutique). Le modèle de cette page de garde est mis à disposition sur Moodle.

Les synthèses sont adressées à la coordination du MAS par courriel en format Word et PDF : tcc-mas@unil.ch.

STRUCTURE ET CONTENUS DES SYNTHÈSE DE CAS

Une synthèse de cas présente une structure assez codifiée qui s'articule autour de 10 rubriques distinctes : (1) contexte de la demande, (2) anamnèse, (3) status psychiatrique, (4) diagnostic psychiatrique et problèmes cibles, (5) analyse fonctionnelle, (6) hypothèse de travail, (7) objectifs et plan de traitement, (8) déroulement de la thérapie, (9) résultats de la thérapie, (10) discussion, (11) conclusion du rapport. Le respect de cette structure favorise en principe une lecture fluide et la cohérence de la synthèse de cas. Elle peut être modifiée selon les besoins, mais on veillera à ce que l'ensemble des informations requises figurent bien dans le rapport.

1. CONTEXTE DE LA DEMANDE

L'introduction du rapport présente de manière concise le contexte général d'intervention ainsi que les motifs de la demande de thérapie. On y apprend par qui et comment le patient a été adressé. On y précise aussi le setting et la forme d'un éventuel traitement en cours (médicamenteux, psychiatrique et psychothérapeutique intégré, etc.), ou de la thérapie envisagée (p.ex. une demande de thérapie individuelle en complément à une thérapie de groupe, etc.). Il peut être dans certains cas utile de mentionner le destinataire de la synthèse : il peut s'agir par exemple d'un confrère qui suit également le patient ou auprès de qui vous référez le patient ; il peut s'agir aussi d'une synthèse de fin de traitement destinée à figurer dans le dossier de soins ou rédigée à l'issue d'un drop out.

2. ANAMNESE

Cette partie contient une anamnèse personnelle (biographique, socio-professionnelle), familiale, psychiatrique (morbidité, comorbidité, antécédents majeurs, médication par le passé), médico-chirurgicale (pathologies somatiques notables). L'anamnèse se limite aux informations pertinentes qui s'avèrent nécessaires à la compréhension du cas et ne se perd pas en détails inutiles ou peu opportuns.

L'anamnèse aide à se faire une idée de la personne dans son développement socio-culturel, professionnel, relationnel, familial et psychopathologique. Les éléments anamnestiques rapportés sont cohérents avec l'hypothèse de travail formulée ultérieurement.



3. STATUS PSYCHIATRIQUE

Le status psychiatrique réunit l'ensemble des informations recueillies sur les difficultés psychiques et le mode de fonctionnement du patient. Il est structuré selon un certain nombre de rubriques propres à la sémiologie psychiatrique. On y fait généralement la distinction entre les observations cliniques objectives (signes) et les manifestations subjectives (symptômes) des troubles psychiques. Les troubles doivent être présentés de manière structurée et donner des indications sur la fréquence, l'intensité et la gravité des signes et symptômes. Le status psychiatrique résume les troubles psychopathologiques présents ou rapportés au cours des séances initiales d'investigation. Il dresse un tableau clinique cohérent avec le diagnostic qui sera posé ensuite. Les informations présentes dans le status psychiatrique ne seront pas confondues avec les éléments anamnestiques : les deux rubriques ne doivent pas, à la lecture, générer de la confusion, des incertitudes ou un sentiment d'incohérence.

4. DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE ET PROBLEMES CIBLES

Le diagnostic est formulé selon la nomenclature du DSM-5 ou de la CIM (CIM-10/CIM-11), avec les codes associés et les spécificités ou types possibles décrits dans ces classifications. Un diagnostic est complet lorsqu'on montre que tous les aspects pathologiques ont été saisis et que d'éventuelles pistes diagnostiques alternatives ont été légitimement écartées. Il est toujours possible de signaler des doutes éventuels et justifiant la pose d'un diagnostic probable mais non clairement établi. Le diagnostic est en général complété par l'énoncé d'un ou plusieurs problèmes qui seront retenus comme cibles du traitement psychothérapeutique à proprement parler : les problèmes cibles peuvent correspondre à certains symptômes ou signes spécifiques du trouble traité mais aussi à des conduites et réactions qui manifestent ces symptômes. En tous les cas le choix de ces conduites cibles seront explicités et justifiés.

5. ANALYSE FONCTIONNELLE

La conceptualisation du cas se base dans un premier temps sur l'analyse fonctionnelle des problèmes/comportements cibles sélectionnés. Le modèle d'analyse fonctionnelle choisi sera conforme avec le trouble ou la problématique ainsi que l'hypothèse de travail formulé ensuite. La description des résultats de l'analyse fonctionnelle porte sur une situation prototypique et permet de formuler une hypothèse claire sur les processus de maintien du problème cible. Le texte comportera donc à la fois la description d'un épisode prototypique selon le modèle d'analyse choisi et une explication verbale des processus psychologiques à l'œuvre. Un ou plusieurs schémas peuvent soutenir le texte mais ne s'y substitueront pas. En tous les cas, les annexes du rapport doivent proposer au moins un schéma d'analyse fonctionnelle correctement complété.

6. HYPOTHESE DE TRAVAIL

Le rapport présente une hypothèse fonctionnelle structurée, claire et compréhensible qui se base sur les résultats de l'analyse fonctionnelle. La synthèse de cas propose aussi des hypothèses visant à expliquer l'étiologie et l'évolution des troubles et problèmes du patient basées sur les éléments anamnestiques. Les facteurs vulnérants (biologiques, génétiques, traits de personnalité, expériences précoces traumatiques, etc.) ainsi que les ressources du patient (par exemple des stratégies de coping adéquates, un environnement social et relationnel soutenant, etc.), y figureront en bonne place avec le rappel des facteurs historiques déclencheurs initiaux, précipitants ou de maintien des troubles.

Il est surtout important que la conceptualisation ne se perde pas dans des considérations trop spéculatives et peu en lien avec la stratégie et les objectifs de traitement envisagés. En effet la conceptualisation de cas formule un certain nombre d'hypothèses de compréhension qui doivent être cohérentes avec l'anamnèse, le status psychiatrique, les diagnostics posés, et justifier le plan de traitement. Elle légitime donc la prise en charge psychothérapeutique et apparaît à ce titre comme l'élément essentiel de la synthèse de cas.

7. OBJECTIFS ET PLAN DE TRAITEMENT

Toutes les informations présentées dans les rubriques précédentes débouchent sur la formulation des objectifs thérapeutiques et du plan de traitement. Les buts généraux de la thérapie ainsi que les objectifs spécifiques intermédiaires seront précisés afin de permettre ensuite une discussion transparente sur les résultats obtenus. On veillera à ce que les objectifs choisis respectent les qualités attendues souvent résumées par l'acronyme SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables et font l'objet d'un Accord avec le patient, Réalistes et définis dans le Temps). Le plan de traitement envisagé initialement est ensuite brièvement résumé : il indique les méthodes d'intervention qui vont être déployés pour atteindre les objectifs souhaités. Objectifs et plans de traitement resteront évidemment cohérents avec le reste du rapport.

8. DEROULEMENT DE LA THERAPIE

La thérapie qui a été conduite est décrite de manière synthétique et structurée. La synthèse de cas ne doit pas décrire séance par séance le traitement mais fournir les indications de base telles que la durée totale, le nombre et la fréquence des séances qui permettent de se faire une bonne idée de la chronologie globale et des étapes du traitement. Les méthodes d'intervention doivent être citées mais pas décrites dans le détail (sauf justification particulière). Les explications fournies permettent de saisir la logique adoptée et la façon dont la thérapie s'est déroulée. Les événements marquants sont signalés et les éventuelles modifications ou réorientations par rapport au plan de traitement initial expliquées.

9. RESULTATS DE LA THERAPIE

Le rapport explicite brièvement les résultats de l'évaluation du traitement en s'appuyant sur trois sources de données : (a) les dires et le point de vue du patient, (b) le constat de changements objectifs cliniques (manifestations des troubles) ou existentiels (réinsertion professionnelle, situation sentimentale, etc.) attribuables à la psychothérapie, (c) les résultats obtenus aux mesures psychométriques standardisées utilisées en pré et post-test ou à titre de monitoring plus régulier. Tableaux et/ou graphiques illustrant les résultats aux tests et questionnaires réalisés en pré- et post-évaluation (voire dans les évaluations intermédiaires en cours de thérapie) peuvent figurer en annexe. Il est important que les résultats soient présentés en concordance avec les objectifs thérapeutiques énoncés.

10. DISCUSSION ET CONCLUSION

La discussion a pour ambition de donner sens au traitement et à son issue. Les principaux résultats obtenus sont mis en évidence (y compris les échecs) et contextualisés par des réflexions sur les points importants de la thérapie, en particulier les aspects relationnels probablement peu décrits dans les rubriques précédentes. La discussion relève les facteurs perçus comme favorables à l'évolution du patient mais aussi les limites du traitement, les obstacles à son efficacité voire les éventuels effets secondaires indésirables survenus. Les techniques interventions sont examinées à la lumière de leur utilité pour la thérapie. Des pistes d'amélioration pour un éventuel suivi ultérieur sont évoqués si besoin (notamment quand le rapport concerne une thérapie non terminée). La discussion évoque enfin le pronostic évolutif du patient et met en évidence ce qui semble nécessaire pour que ce dernier puisse évoluer favorablement sur le plan clinique (qu'une future thérapie ou la poursuite du traitement ait été ou non envisagée sinon décidée).

Le rapport se termine sur une brève page de conclusion qui peut être lue comme un résumé très rapide du traitement assorti des perspectives d'avenir. En cas de poursuite du traitement ou de future thérapie envisagée, des informations à ce sujet sont fournies, notamment en termes de recommandations sur l'attitude à adopter, les méthodes à déployer et la durée.

Version mai 2021, Commission Évaluation



Formation Postgrade en Psychothérapie Comportementale et Cognitive

L'étude de cas approfondie

CADRE GENERAL

L'étude de cas débute par une page de titre spécifique (cf. modèle sur Moodle) comportant le nom codé du patient (ou du groupe thérapeutique) et la problématique traitée (par ex. « Mme D. un cas de phobie simple » ; « Robert, traitement cognitivo-comportemental d'une dépendance à l'alcool », « Evaluation de l'efficacité d'un groupe d'entraînement des compétences sociale ». etc.). Ce titre et ce code doivent correspondre à ce qui est reporté dans l'attestation d'activité psychothérapeutique individuelle et de supervision. Une page de garde est mise à disposition sur Moodle.

La présentation du cas clinique doit être anonymisée et ne permet pas d'identifier le patient. Il s'agit de modifier les nom et prénom ainsi que quelques-unes des données sociodémographiques.

L'étude de cas approfondie s'étend sur 6000 à 10'000 mots. La mise en page prévoit un interligne double et des marges de 3 cm. Les pages sont numérotées. Un soin particulier est apporté à l'orthographe et à la syntaxe.

La clarté et la concision de la rédaction font partie intégrante de l'évaluation. En effet, même si l'étude de cas approfondie est un texte relativement long, il est attendu de mettre en perspective les éléments pertinents du cas clinique, du traitement et des résultats. La chronologie de la prise en charge est présentée de manière claire même si la conceptualisation de cas a changé en cours de traitement.

De plus, l'étude de cas approfondie doit mettre en évidence votre capacité de compréhension et d'analyse critique du cas clinique.

Un même cas clinique ne peut être présentée dans deux épreuves différentes et porte sur un thème particulier. L'originalité et l'introduction d'un contexte thématique particulier sont également importants dans cette étude. Il s'agit d'introduire le cas clinique en faisant des liens avec la littérature. Il est intéressant d'ouvrir sur une question qui est débattue à travers le cas clinique ou de lancer une réflexion sur les enjeux du traitement présenté.

Si votre étude de cas porte sur un groupe thérapeutique, vous devez prendre contact avec votre expert pour déterminer préalablement le plan de votre exposé. En effet, l'agencement présenté ci-après devra être légèrement remanié, d'entente avec l'expert (en particulier, les parties sur la présentation du cas et sur la conceptualisation de cas).

L'expert a pour mission d'évaluer de l'étude de cas approfondie. L'expert ne fournit pas d'encadrement personnalisé pour la rédaction de l'étude de cas. L'évaluation se base sur une grille critériée et commentée vous informant des forces et faiblesses de votre travail. Un bref échange verbal (max. 15 min) peut être sollicité auprès de votre expert pour vous aider à mieux comprendre ses remarques dans la grille et à vous améliorer en cas de rattrapage. Un rattrapage à l'étude de cas approfondie fait l'objet d'une finance supplémentaire (de CHF 200.- à CHF 500.- en fonction des corrections à réaliser) à verser avant la 2^{ème} tentative.

Vous devez réaliser une étude de cas à l'issue de votre MAS en TCC, c'est-à-dire dès la quatrième année du MAS. Votre étude de cas est à adresser à la coordination du MAS par courriel en format Word et PDF (tcc-mas@unil.ch).

L'INTRODUCTION

L'introduction vous permet de faire un point sur la littérature en lien avec votre cas clinique. Il s'agit de lancer une réflexion concernant les enjeux du traitement, son contexte scientifique ou de poser d'autres questions en rapport avec la pratique clinique et plus spécifiquement avec le cas ou le programme thérapeutique étudié. Elle montre que vous êtes intéressé à la littérature scientifique au sujet de la problématique et permet d'ouvrir des perspectives qui vont au-delà du simple rapport de traitement.

LA PRESENTATION DU CAS CLINIQUE

Le cas est évoqué de façon sobre. Vous y dressez un portrait succinct et cohérent du patient. Vous décrivez ses caractéristiques sociodémographiques et culturelles, sa psychopathologie, son diagnostic (DSM-V, CIM-10, processus, etc.) et la problématique ayant conduit à l'intervention. Vous évoquez le contexte et la demande de traitement.

LA CONCEPTUALISATION DE CAS ET LES HYPOTHESES DE TRAVAIL

Vous présentez une conceptualisation du cas qui résume les principales hypothèses justifiant le choix de vos interventions. La conceptualisation doit s'appuyer sur un modèle général d'analyse fonctionnelle synchronique et diachronique en TCC (p.ex. SECCA, macro-analyse des troubles, BASIC IDEA, etc.) et faire référence à des modèles spécifiques à une pathologie (p.ex. modèle de Clark du trouble panique, conceptualisation du TOC selon Salkovskis, etc.). Des graphiques peuvent être utilisés mais ils ne doivent pas se substituer au texte.

LA PRESENTATION DU TRAITEMENT ET DES INTERVENTIONS

Les objectifs et l'intervention sont présentés de façon précise et structurée. La stratégie de traitement et la chronologie des interventions sont décrites (y compris, durée du traitement, nombre de séances, etc.). Vous montrez que vous savez mettre en exergue les points-clés de votre intervention, sans sombrer dans un récit minutieux de chaque séance. Une place particulière peut être dédiée aux interventions spécifiques ou originales. Dans le cas de prises en charge complexes multimodales pluridisciplinaires, l'accent est mis sur l'intervention menée ; un espace spécifique est ménagé pour préciser l'articulation existant entre l'intervention particulière et la stratégie thérapeutique générale adoptée.

LA PRESENTATION DES RESULTATS DE LA THERAPIE

Vous présentez des résultats chiffrés pour l'évaluation de votre intervention. Vous résumez ici le protocole d'étude choisi, indiquez les outils de mesure employés, et vous faites un usage cohérent d'indices statistiques permettant au lecteur d'apprécier l'ampleur des changements obtenus. Il est ici fortement recommandé de s'appuyer sur une ligne de base avec un monitoring régulier de variables pertinentes en lien avec la problématique du patient. Des tableaux et des graphiques peuvent compléter le texte, sans toutefois se substituer à lui.

LA DISCUSSION

Vous commentez les résultats du traitement en faisant le lien avec vos hypothèses et votre conceptualisation exposées au début du travail. Vous analysez vos résultats en comparaison avec les recherches et la littérature. Vous discutez l'ensemble des problématiques exposées en introduction à la lumière de l'expérience clinique acquise avec cette intervention. Vous réalisez une réflexion sur les moments-clés de la prise en charge et sur les processus thérapeutiques. Vous faites preuve d'autocritique méthodologique et clinique, et gardez la distance et la rigueur nécessaires dans votre interprétation des résultats. Vous ouvrez une réflexion sur les améliorations qui pourraient être ou auraient pu être envisagées dans la prise en charge réalisée.

Version janvier 2021, Commission Evaluation