



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Intégrer science et pratique au sein de la recherche en psychothérapie
des troubles de personnalité :**
***L'expérience des études intensives de cas de patients borderline dans
un réseau national de recherches sur les pratiques psychothérapiques***

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2015 à 10 H
Au Pôle Formation
Par Diogo ALVES DE OLIVEIRA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAÏVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Michel THURIN

Travail issu du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques
(Inserm U1178 (ex U669), Fédération Française de Psychiatrie)

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

*« [We] are letting the knowledge from practice drip through
the holes of a colander » (1).*

Dr. Alan E. Kazdin.

Dans son article « Evidence-Based treatment
And practice » de 2008

« There is not much evidence ».

Dr. David Sackett (1934 - † 2015).

Non sans humour, à l'égard de
son cholangiocarcinome (2).

Liste des abréviations

ESM	Echelle Santé Maladie
EFP	Echelle de Fonctionnement Psychodynamique
PQS	Psychotherapy Process Q-set (Questionnaire de Configuration Psychothérapique)
PIP	Psychothérapie d'inspiration psychanalytique
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
ECR	Essai(s) contrôlé(s) randomisé(s)
EBM	Evidence-Based Medicine (« médecine factuelle »)
EBPP	Evidence-Based Practice in Psychology (Pratique fondée sur les preuves en Psychologie)
PBE	Practice-Based Evidence (Preuves fondées sur la Pratique)
RRFPP	Réseau de Recherche Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux)
CIM	Classification Internationale des Maladies
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

Table des matières

RESUME	1
AVANT-PROPOS – ORIGINE DU SUJET DE THESE	1
INTRODUCTION	1
1. DEFINITIONS	2
2. DU CONTEXTE FAVORISANT LE RENOUVEAU DES RECHERCHES EVALUATIVES EN PSYCHOTHERAPIE – ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES	3
2.1. Des Facteurs sociologiques :	4
2.2. Des Facteurs scientifiques	8
2.2.1. De l'Accélération des connaissances scientifiques	8
2.2.2. Des Changements épistémologiques en psychiatrie (dans les années 1980)	9
2.2.3. Du Paradigme de l'Evidence Based Medecine : ses apports, ses limites	10
2.2.4. Du Fossé entre science et pratique dans les psychothérapies	16
2.2.5. Des Evolutions Paradigmatiques : Evidence-Based Practice en Psychologie (à partir de 2005). Paradigme de la « Recherche orientée par la Pratique ».	20
2.2.5.1. Du Paradigme de l'Evidence-Based Practice en Psychologie	20
2.2.5.2. Du Paradigme de la « Recherche orientée vers la pratique »	22
2.2.6. Du Renouveau de la recherche évaluative – Des Récentes avancées méthodologiques	26
2.2.6.1. Des Etudes intensives de cas naturalistes	27
2.2.6.2. De la Formulation de cas en psychothérapie	29
2.2.6.3. Des Outils psychométriques	30
2.2.6.4. Des Réseaux de recherche fondés sur les pratiques psychothérapeutiques	30
3. DE LA PRESENTATION ET DES BUTS DE L'ETUDE DE CAS D'ADELAÏDE	35
4. DU TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE	37
4.1. Des Critères diagnostiques de la personnalité borderline	37
4.2. De la Discussion nosologique – Des comorbidités du trouble de personnalité borderline	38
4.3. De(s) Etiologie(s) du trouble de personnalité borderline	39
4.4. Des Théorisations psychopathologiques psychanalytiques	41
4.5. Des Principales psychothérapies pour le trouble de personnalité borderline	44
4.5.1. Points de vue psychanalytiques	44
La Psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg	44
La Psychothérapie basée sur la mentalisation de Fonagy et Bateman	46
La Thérapie de soutien et d'expression de Luborsky	46
4.5.2. Point de vue cognitivo comportemental : Thérapie comportementale dialectique de Linehan	47
4.5.3. Point de vue institutionnel	49
MATERIELS ET METHODES	51
MATERIELS	52
Présentation clinique de la patiente	52
Données initiales de base et modérateurs de la psychothérapie	52
Formulation de cas initiale de la psychothérapie d'Adélaïde	54
METHODES	54
Présentation du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques	54
Critères d'inclusion et d'exclusion	54
Consentement du patient	54
Collecte des données	54
Travail au sein du réseau	56
Déroulement des cotations, rythme de travail	56
Regroupement de cas au sein du réseau	56
Présentation des échelles psychométriques : ESM, EFP, PQS.	57
Echelle Santé Maladie (ESM)	57
Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (EFP)	58
Questionnaire de Configuration Psychothérapique (PQS)	60
RESULTATS	63
RESULTATS DE L'ECHELLE SANTE MALADIE (ESM)	63

RESULTATS DE L'ECHELLE DE FONCTIONNEMENT PSYCHODYNAMIQUE (EFP)	64
RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DE CONFIGURATION PSYCHOTHERAPIQUE (PQS)	64
FORMULATION DE CAS PSYCHOTHERAPIQUE A 12 MOIS	65
DISCUSSION	72
DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE INTENSIVE DU CAS D'ADELAÏDE	72
<i>Les résultats et changements observés chez Adélaïde ont-ils été causés par la psychothérapie ?</i>	72
<i>La psychothérapie d'Adélaïde, a-t-elle efficace (résultats de l'ESM et EFP) ? Croisement avec d'autres données de la littérature scientifique</i>	74
<i>Comment la psychothérapie a-t-elle été efficace (mise en relation des résultats de l'ESM, l'EFP avec le PQS) ?</i>	76
<i>Des problèmes non résolues chez la patiente (formulation de cas, PQS)</i>	79
<i>Des limites méthodologiques de cette étude</i>	80
DISCUSSION DES RETOMBÉES POTENTIELLES DES ETUDES NATURALISTES ET DES RESEAUX DE RECHERCHE EN PSYCHOTHERAPIE	81
<i>Quelles retombées pour les praticiens psychothérapeutes ?</i>	81
<i>Quelles retombées pour les connaissances théoriques ?</i>	83
<i>Quelles retombées pour les connaissances pratiques ?</i>	84
<i>Quel vécu personnel de la participation à un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques ?</i>	85
<i>Quelles retombées pour les usagers de soins et les politiques de santé ?</i>	91
CONCLUSION	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	96
ANNEXES	107
ANNEXE 1 : EVIDENCE-BASED MEDICINE : HIERARCHIE DES NIVEAUX DE PREUVE EN FONCTION DES TYPES D'ETUDES	107
ANNEXE 2 : FACTEURS COMMUNS VERSUS FACTEURS SPECIFIQUES INTERVENANT DANS L'EFFICACITE D'UNE PSYCHOTHERAPIE	109
ANNEXE 3 : FORMULATION DE CAS EN PSYCHOTHERAPIE : METHODE EMPLOYEE DANS LE RESEAU DE RECHERCHES FONDEES SUR LES PRATIQUES PSYCHOTHERAPIQUES	114

RESUME

Contexte :

La recherche évaluative des psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) est débattue. Peu de PIP spécifiques à un trouble sont reconnues « traitements supportés empiriquement », définis comme efficaces à l'issue d'essais contrôlés randomisés. Or, plusieurs scientifiques et praticiens pointent les limites de tels essais (faibles validité externe et utilité clinique). D'où le développement progressif d'étude de cas unique naturaliste en psychothérapie.

Méthode :

Le cas d'une patiente avec trouble de personnalité borderline (selon le DSM 4 TR) a été suivi au cours d'une PIP d'un an. La méthode est celle d'une étude intensive de cas intégrée dans un réseau de recherche fondé sur les pratiques psychothérapeutiques. Une formulation de cas ainsi que des échelles psychométriques de symptomatologie (Echelle santé maladie ou ESM), de fonctionnement mental (Echelle de Fonctionnement Psychodynamique ou EFP) et d'évaluation du processus psychothérapeutique (Psychotherapy Process Q-set ou PQS) ont été utilisés de façon longitudinale (à 0, 2, 6, 9, 12 mois) pour mesurer l'efficacité du traitement et analyser les processus de changement.

Résultats :

L'ESM a montré une amélioration significative au score global (+15 : 50 à 65/100) dont les sous échelles d'autonomie (+15), symptômes (+15), détresse subjective (+12). L'EFP a montré une amélioration modérée au global (+8,1 ; 56,7 à 64,6/100). Les affects anxio-dépressifs restent élevés mais la tolérance aux affects négatifs s'est améliorée (sous échelle EFP : +13 ; 47 à 60/100). Le PQS ressort les items constamment les plus caractéristiques : alliance thérapeutique de qualité, ajustement du thérapeute (empathie), engagement et participation du patient (expression des affects, dans l'introspection, travail sur les relations interpersonnelles). Malgré une psychothérapie bien de type psychodynamique, les techniques d'interprétation du transfert ne sont peu utilisées au cours du suivi précoce (1 an) de la patiente borderline.

Plusieurs apports de ce type d'étude et l'organisation en réseau sont discutés. Sa portée potentielle principale est de permettre de réduire le fossé entre science et pratique dans les psychothérapies.



AVANT-PROPOS – ORIGINE DU SUJET DE THESE

Notre premier contact avec le sujet de la recherche évaluative en psychothérapie eut lieu lorsque nous étions en première année d'internat de psychiatrie. Lors d'une conférence en session plénière du Congrès de l'Encéphale de 2008, le Professeur Bruno Falissard présentait quelques réflexions sur les recherches d'évaluation sur les psychothérapies. Il y évoquait tout d'abord le rapport Inserm de 2004 sur « Trois psychothérapie évaluées » et son accueil mitigé parmi les professionnels de santé mentale, empreint d'émoi et de vives réactions hétérogènes. Il concluait que ce « grand pavé dans la marre » avait été salutaire car il avait été propice à stimuler bien des travaux ultérieurs. Les résultats de ce rapport (qui alléguait une supériorité en termes d'efficacité pour les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur les thérapies d'inspiration psychanalytique et systémiques) montraient surtout le défaut de preuve, tel un négatif photographique, sans que cela présageât d'un manque d'efficacité ou non dans le domaine des psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Dans le même temps, il citait la publication en 2008, quatre ans après le rapport de 2004, d'une méta-analyse rigoureuse sur l'efficacité à long terme des psychothérapies psychodynamiques (3). La publication de cette étude dans une revue internationale à comité de lecture au lectorat important (impact factor à 31 du JAMA en 2008) constituait selon lui une avancée significative dans la reconnaissance de l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques, parmi la communauté scientifique et celle des cliniciens.

Par la suite, plusieurs étapes nous ont conduit à approfondir et à nous engager dans ce sujet : en 2009-2010, découverte du Réseau de Recherche Fondé sur les Pratiques Psychothérapiques (initié par Jean-Michel et Monique Thurin) ; puis après contact avec le réseau, intégration d'un groupe de formation dans le cadre d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (apprentissage de la méthode, discussion de notre cas), intégration d'un groupe de pairs dans le pôle « trouble de personnalité Borderline » de ce réseau ; en 2010, présence au congrès international de la Society for Psychotherapy Research à Berne (Suisse) permettant rencontres et discussions avec plusieurs chercheurs en psychothérapie, découverte de l'étendue de la palette des méthodes de recherche dans ce domaine et rédaction d'un article (4) dans la revue en ligne « Pour la Recherche » (indexée dans la base Psychodocindex) ; en novembre

2012, présentation d'une communication au Congrès Français de Psychiatrie sur les apports de cette méthode avec notre groupe de pairs et rédaction d'un nouvel article (5) dans la revue « Pour la Recherche » ; en 2014, poursuite d'un travail de groupe sous la forme d'un séminaire à distance sur l'établissement de données probantes en psychothérapie animé par Monique Thurin et Jean-Michel Thurin à partir d'un autre cas de patient atteint d'un trouble de personnalité de type borderline du réseau. C'est donc logiquement que cet intérêt de quelques années pour l'évaluation des psychothérapies a guidé le choix de notre sujet de thèse.

Un dernier aparté. C'est avec une certaine malice que nous citons le Dr. David Sackett dans l'exergue de notre thèse. Ce concepteur et « développeur » infatigable de *Evidence-Based Medicine* s'en est allé au mois de mai de cette année 2015. Au vu des nombreuses références que nous lui empruntons, il était naturel de rendre hommage à l'héritage fécond qu'il a laissé.

Lille, Septembre 2015



INTRODUCTION

Les psychothérapies constituent (au même titre que les traitements médicamenteux psychotropes et les hospitalisations) un traitement largement employé en santé mentale et en particulier dans le champ des patients souffrant de troubles de personnalité. Plus spécifiquement, l'étude de l'efficacité des psychothérapies d'inspiration psychanalytique fait débat : d'aucuns doutent de leur efficacité et de leur « scientificité », d'autres s'opposent à leur évaluation considérant la tâche tronquée et vouée à l'échec. Parallèlement, ces considérations s'inscrivent dans un contexte plus général où un consensus s'opèrerait peu à peu parmi les pouvoirs publics et les usagers de soins pour exiger plus de transparence sur la preuve de l'efficacité et la sécurité des soins en psychothérapie. En outre, si les administrateurs se laissaient séduire par une logique comptable et gestionnaire qui ne prendrait en compte qu'un spectre étriqué de paramètres de décision, cela pourrait aboutir à un déremboursement de certaines pratiques psychothérapeutiques qui n'auraient pas fait la preuve - études à l'appui - de leur efficacité (comme cela a déjà été le cas aux Pays-Bas où les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ne sont plus remboursées). Par ailleurs, ces revendications prônant plus d'évaluation sont aujourd'hui encore partiellement contredites car les méthodologies de recherche le plus souvent utilisées pour évaluer l'efficacité des traitements en général (à l'instar des essais contrôlés randomisés, considérés comme l'étalon-or dans la recherche biomédicale) sont souvent critiquées par les cliniciens eux-mêmes quand elles sont appliquées au domaine des psychothérapies. Tout indiquerait qu'un fossé irréconciliable se soit creusé entre les points de vue de deux communautés différentes: celle des chercheurs sur les psychothérapies et celles des cliniciens qui pratiquent les psychothérapies au quotidien.

Dans quelle mesure, un nouveau paradigme de recherche, basé sur des études « naturalistes » (c'est-à-dire réalisées dans des conditions habituelles de soins) peut aider à réduire voire combler ce fossé entre la science et la pratique en psychothérapie ? Les études intensives de cas apportent-elle vraiment une plus-

value pour la recherche et la pratique ?

Dans un premier temps, nous développerons le contexte ainsi que les facteurs externes (sociologiques) et internes (scientifiques) au domaine qui nous semblent expliquer en partie le renouveau des recherches évaluatives en psychothérapie.

Par la suite, nous nous arrêterons plus en détail sur la dialectique entre les paradigmes actuels qui constituent le fondement des pratiques en médecine et en psychothérapie (paradigme de la médecine fondées sur les données probantes et paradigme des données probantes basées sur la pratique en psychologie) et montreront en quoi ils s'opposent et se complètent.

Pour préparer et éclairer notre étude de cas, plusieurs points concernant le trouble de personnalité borderline seront de ce fait abordés.

Le deuxième temps (matériel et méthodes, résultats) sera consacré à une étude intensive de cas que nous avons menée au sein d'un groupe de pairs dans le cadre du pôle « trouble de personnalité borderline » du « Réseau de Recherche Fondé sur les Pratiques Psychothérapeutiques » : le cas d'Adélaïde.

Dans un troisième temps enfin, nous discuterons des résultats de l'étude intensive de cas de la patiente Adélaïde. Puis nous élargirons notre réflexion sur les apports potentiels de ce nouveau paradigme de recherche en basant notre propos sur notre témoignage personnel et sur les points de vue exprimés dans la littérature scientifique.

1. Définitions

Avant d'entrer plus avant dans la matière de cette thèse, arrêtons-nous un instant sur la définition centrale de la « **psychothérapie** ». Une définition assez complète nous semble être celle de Bruce Wampold (6) que nous traduisons librement :

« i) La psychothérapie est premièrement un traitement interpersonnel basé sur des principes psychologiques et qui implique un thérapeute entraîné et un client qui présente une plainte, un problème, un trouble mental (mental disorder) ; ii) le thérapeute a l'intention que la thérapie soit curative sur la plainte, le problème, le trouble mental ; iii) la psychothérapie est adaptée ou individualisée pour un client particulier et sa plainte, son problème, son trouble mental ».

Le terme « interpersonnel » implique ici un face-à-face et une interaction interpersonnelle qui exclurait par exemple la bibliothérapie (une thérapie basée sur la

lecture d'ouvrages éclairant) ou une désensibilisation isolée à partir d'un seul matériel audio-enregistré. Le choix de cette définition est aussi plus axé sur les « psychothérapies duelles » (thérapies cognitivo-comportementales, psychanalytiques, humanistes, gestaltistes) qui concernent au premier chef notre thèse, sans dénier l'intégration à part entière des thérapies de couple, des thérapies de groupe ou des thérapies familiales et systémiques dans le champ des psychothérapies. Le terme « client » employé ici est habituel dans la littérature anglo-saxonne et chez nos confrères québécois où il serait un terme plus neutre que « patient » qui connote une certaine passivité et renvoie à un modèle plus médical. Au cours de ce travail, nous emploierons préférentiellement le terme de « patient » ou « personne, individu » par habitude et du fait de notre formation médicale originelle ; sans doute aussi par idéologie parce que « client » connote à notre oreille une pratique plus commerciale dont nous souhaiterions idéalement exclure la psychothérapie, bien qu'en réalité elle s'en rapproche inmanquablement par certains aspects.

Quant à la **psychanalyse**, nous reproduisons ici la définition proposée par Laplanche et Pontalis (7):

« 1) Une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation. »

« 2) Une méthode psychothérapique¹ fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir ».

« 3) Un ensemble de théories psychologiques et psychopathologiques où sont systématisées les données apportées par la méthode psychanalytique d'investigation et de traitement ».

2. Du Contexte favorisant le renouveau des recherches évaluatives en psychothérapie – Etat actuel des connaissances

Le développement des recherches sur l'évaluation des psychothérapies, et en particulier de leur efficacité, s'est déployé dans un contexte favorable où intervenaient des facteurs scientifiques et internes au domaine mais également des facteurs externes à la fois sociologique, économique et politique.

¹ Nous faisons remonter les origines de la psychothérapie à la fin du dix-neuvième siècle et du début du vingtième siècle avec le commencement de la psychanalyse (qui représente une des premières formalisations de psychothérapie).

2.1. Des Facteurs sociologiques :

Un phénomène de **rationalisation** a progressivement irrigué la médecine et il a abouti en une mue radicale de celle-ci. Nous en faisons remonter l'origine à l'après – seconde – guerre - mondiale dans le monde occidental (découverte de nombreuses classes d'antibiotiques, premier essai contrôlé randomisé par Austin Bradford Hill sur l'utilisation de la streptomycine dans la tuberculose, avancées méthodologiques notamment par Archibald L. Cochrane, un autre père fondateur de *Evidence-Based Medicine*). Ce mouvement s'est nettement accéléré à partir des années 1980 dans le champ de la santé mentale. Cependant, il n'est pas survenu isolément mais s'est accompagné d'une **transformation sociologique** essentielle dans le champ plus global de la médecine. Peu à peu, les patients sont devenus plus acteurs de leur santé et des soins qui leur étaient prodigués. Un glissement terminologique consacra cette mutation : de « patients » passifs, ils devinrent « des usagers de la santé » plus actifs. Plusieurs autres avancées en France témoignent de ce phénomène. La multiplication des associations de patients au militantisme assumé permit d'unir leurs forces et de mieux faire circuler l'information sur leur maladie mais aussi d'exercer un rôle décisionnel propre dans le choix des grandes orientations de santé publique (par exemple participation aux Conférences Nationales de Santé créées en 1996) ; en outre, plusieurs scandales sanitaires amplement médiatisés (par exemple le scandale de « l'affaire du sang contaminé » où de nombreux patients hémophiles contractèrent le VIH lors de transfusions sanguines dans les années 1980 et 1990) pointèrent les responsabilités des pouvoirs publics, mirent à mal un peu plus **l'autorité médicale** et confortèrent les patients dans leur volonté de mieux faire entendre leurs revendications. Dans cette perspective, le positionnement hiérarchique de la relation médecin – malade (où les mœurs assoyaient le médecin dans une position de supériorité) flanqué d'une certaine asymétrie informationnelle (où le médecin saurait tout et ne le communiquerait que selon son bon vouloir au patient) dériva progressivement vers une relation médecin – malade plus équilibrée où le consentement du patient devint une nécessité beaucoup plus systématiquement recherchée qu'auparavant. La loi du 4 mars 2002 ouvrant l'accès au dossier médical pour le patient illustra la démocratisation de l'accès à l'information médicale. Enfin, les nouvelles technologies de l'information renforcèrent la tendance en donnant un accès internet à une quantité considérable d'informations techniques et d'articles de revues scientifiques ; certains patients s'en saisirent à dessein pour dialoguer avec leur

médecin et discuter horizontalement des décisions diagnostiques et thérapeutiques qui les concernaient au premier plan. En somme, ces éléments avalisent une théorie communément admise en sciences humaines où les études sur l'autorité (parentale, éducative, politique) convergent pour postuler qu'en général une plus grande démocratie fragilise paradoxalement l'autorité. Appliquée au champ médical, la formule suivante résume assez bien le tableau : « *la démocratie sanitaire fait intervenir l'autorité des profanes (famille de patients, patients) et la met en équivalence avec l'autorité légale et cognitive des médecins sur la clinique* » (8).

Dans le domaine de la santé mentale et de la psychanalyse, les travaux de Samuel Lézé dressent à partir de son regard anthropologique une récente remise en question de *L'autorité des psychanalystes* (8). Sa thèse est qu'entre 1997 à 2007 la psychanalyse connut en France une crise plus importante que celles plus anciennes qui ont sporadiquement émaillé son histoire. Il enseigne que la psychanalyse détient un pouvoir et une portée de discours double, à la fois dans le champ sanitaire et à la fois dans le champ culturel et intellectuel (comme référentiel d'analyse et d'interprétation dans les sciences humaines et dans les arts). Le premier discours et domaine d'application de la psychanalyse, contrairement au second, a vu son prestige décati au sein d'enjeux de lutte de pouvoir pour le contrôle de la juridiction des problèmes personnels avec les autres professions (psychanalystes, psychiatres, psychologues, psychothérapeutes). Selon ses termes (6) : « les freudiens sont donc d'abord des psychiatres, des psychologues (ou des membres du champ intellectuel) qui n'ont jamais cessé de défendre et d'illustrer l'invention de Freud au sein d'un segment de leur profession. C'est l'équilibre fragile de cette défense qui est venu à être bouleversé entre 1997 et 2007 en France ».

Par ailleurs, les vingt-cinq dernières années ont vu de multiples changements dans la psychiatrie mais « *le changement le plus significatif est politique en l'espèce l'avènement de la santé mentale* », selon Richard Rechtman ((8), préface XII). « *Faire de la chose psychique, autrefois lieu de l'intimité la plus absolue, une affaire publique au double sens de son dévoilement public et de sa gouvernance étatique, tel est sans doute un des traits les plus caractéristiques de notre modernité* ». Ainsi, les pouvoirs publics ont exercé une force extérieure relativement contraignante sur les pratiques médicales, en se dotant d'une instance (l'ANAES – i.e. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé - créée en 1996 puis remplacée à partir de 2004 par la HAS – i.e. Haute Autorité de Santé) chargée de produire régulièrement

des guides de recommandations de bonnes pratiques à partir des données probantes de la littérature scientifique ainsi que de promouvoir une démarche d'accréditation des établissements de santé, sur le modèle d'autres pays (les directives du NICE ou National Institute for Health and Care Excellence en Angleterre ; les recommandations du NIH ou National Institute of Health et du NIMH ou National Institute of Mental Health aux Etats-Unis). La démarche répondait non seulement à l'émergence d'une exigence de sécurité et d'efficacité émanant des usagers mais également à une volonté administrative et gestionnaire des politiques qui œuvraient dans une conjoncture économique défavorable à partir des années 1980. Cette nouvelle rationalité s'est déployée dans une évaluation et un rétrocontrôle plus rigoureux des dépenses en santé sans cesse croissantes (déploiement effectif du PMSI – i.e. Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations – dans les hôpitaux et les cliniques privées à partir de 1991). Dans la perspective de vouloir maîtriser les coûts de santé, la crainte non pas si infondée que cela pourrait être un déremboursement des soins publics qui n'auraient pas fait la preuve de leur efficacité. Rappelons qu'au Pays-Bas, les psychothérapies d'inspiration psychanalytique ne sont plus prises en charge au prétexte qu'ils n'auraient pas suffisamment fait preuve de leur efficacité (ce depuis les années 2012). Enfin, le débat législatif régulièrement (par exemple en 2004 et 2009) porté à l'Assemblée Nationale du titre de psychothérapeute s'est conclu par l'exigence d'un certain niveau de compétence théorique et pratique opposable aux praticiens non titulaires d'un diplôme de psychiatre ou de psychologue, résolvant ainsi partiellement plusieurs préoccupations des usagers.

En 2004, le rapport de l'Inserm « Psychothérapies, trois approches évaluées » (9) fonda son expertise sur les études d'efficacité de psychothérapies (en majorité des essais contrôlés randomisés) dont il réalisa une revue étendue de plus d'un millier d'articles. Ce rapport suscita une vive polémique en France parmi des praticiens de psychothérapies psychanalytiques et dans une moindre mesure des usagers. Il comparait l'efficacité respective de trois types de psychothérapies sur des troubles mentaux spécifiques. Il conclut à la supériorité relative des psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans la démonstration de preuves de son efficacité par rapport aux psychothérapies psychanalytiques et systémiques qui manquaient de preuves d'efficacité par faute d'études disponibles.

En 2012, la parution de recommandations de l'HAS sur la prise en charge de l'autisme infantile (10) suscita une autre polémique qui résonna comme un écho un

brin plus violent que la précédente polémique postérieure au rapport Inserm sur les psychothérapies. D'une part, le rapport résumait l'apport des récents travaux en génétique et en neurobiologie dans l'autisme ; d'autre part, il concluait que les thérapies psychanalytiques n'avaient pas jusqu'alors démontré la preuve de leur efficacité dans les troubles autistiques. Certains zélateurs des prises en charge exclusivement éducatives (intentionnellement dénuées de toute vocation psychothérapique) mirent alors en doute la pertinence des pédopsychiatres dans la prise en charge de ces troubles. En aparté, nous exprimons ici notre opinion. Face à une pathologie aussi complexe que l'autisme, il nous apparaîtrait premièrement utile de garder un certain scepticisme critique, ouvert mais désireux de répliques scientifiques, face à toute nouvelle explication qui prétendrait tout comprendre et bannir toute autre explication alternative ou complémentaire. Deuxièmement, dans un état des connaissances incertain, il serait plus sage et stratégique de parier sur un pluralisme des prises en charge allié à un suivi serré et pragmatique qui s'ajusterait à l'éventualité que tel enfant ou telle triade parent - enfant - soignant répondent mieux à telle ou telle configuration thérapeutique (par exemple dans une association plurielle de diverses composantes : psychomotrice, sociale, thérapeutique, de soutien envers les parents, éducative voire médicamenteuse au besoin). Nous craignons que prôner un monopartisme dans le soin constituerait une entreprise risquée qui ferait des enfants et de leurs parents de potentielles victimes sacrifiées sur un lit de Procuste prétendument universel (mais incomplètement validé).

L'ouvrage collectif coordonné par Georges Fischman (*L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse, fondements et enjeux*) (11) recueille plusieurs points de vue théoriques, épistémologiques et idéologiques sur l'évaluation de la psychothérapie et la psychanalyse. Nous situons le traitement de ces questions en dehors du champ de notre thèse (et renvoyons le lecteur aux chapitres de cet ouvrage qui abordent en profondeur ces questions). Nous résumons notre point de vue en disant que si plusieurs obstacles épistémologiques sont soulevés, ils ne sont nullement suffisants pour entraver *a priori* un courant de recherches évaluatives des psychothérapies psychanalytiques, d'autant que plusieurs avancées méthodologiques que nous allons décrire plus loin permettent de les surmonter.

Nous souhaitons envoyer ici une adresse au lecteur. Nous craignons que ce chapitre sur les facteurs sociologiques (qui ont favorisé indirectement les recherches

évaluatives en psychothérapie) puisse contenir quelques longueurs voire pire : que ce chapitre ait éloigné du sujet de notre thèse et perdu en chemin notre lecteur. Bien que nous nous en excusons par avance, nous assumons parfaitement ce choix du fait de notre opinion. A savoir : qu'il faut lire ce chapitre en filigrane comme un argument supplémentaire au sein d'un plaidoyer en faveur de l'évaluation des psychothérapies, en particulier d'inspiration psychanalytique. Car il nous semble que l'évolution même des réalités sociales rend dorénavant ce mouvement impérieux et nécessaire.

2.2. Des Facteurs scientifiques

Parallèlement aux facteurs sociologiques que nous venons de mentionner, le développement de la recherche sur l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques s'est déployé grâce à des facteurs internes propres à son champ scientifique. Nous aborderons successivement les points suivants :

- i) l'accélération des connaissances scientifiques qui promeut une plus grande ouverture face à la nouveauté et nous entraîne à considérer avec plus de circonspection les théories du passé ;*
- ii) le changement épistémologique en psychiatrie qui, à partir des années 1980, imprégné d'empirisme et corrélé au renouveau nosographique du DSM-3 et au fort développement de la recherche en neurobiologie et en génétique ;*
- iii) l'Evidence Based Medecine, à partir des années 1990, qui a constitué un nouveau paradigme qui s'est largement imposé dans le champ médical ;*
- iv) Du « fossé » entre science et pratique en ce qui concerne le champ des recherches sur les psychothérapies*
- v) Des Evolutions paradigmatiques : « L'Evidence Based Practice en Psychologie » (à partir des années 2005). Le paradigme de la « Recherche orientée vers la pratique » ; tous deux sont venus compléter certains lacunes de l'Evidence Based Medecine*
- vi) quelques récentes avancées méthodologiques qui ont abouti à un gain d'opérationnalité, revivifiant pour le champ de la recherche évaluative en psychothérapie.*

2.2.1. De l'Accélération des connaissances scientifiques

Tout d'abord, décrivons le contexte de l'accélération des découvertes scientifiques. En bref, il faut rappeler que le champ biomédical a connu au cours du vingtième et le

début du vingt-et-unième siècle une croissance exponentielle du nombre de publications scientifiques. Celle-ci reflète l'inflation des budgets globaux alloués à la recherche et de l'accroissement démographique des chercheurs au niveau mondial. La « Science » est devenue une communauté de chercheurs de plus en plus sociale et globalisée à l'échelle mondiale, où de vastes projets impliquent la collaboration de multiples laboratoires et Nations. Le terme de « *Big Science* » consacre cette mutation. En pratique, cette accélération des découvertes scientifiques a pour conséquence un raccourcissement de la demi-vie d'une connaissance dans un champ donné (cette demi-vie est de cinq ans (!) en biologie cellulaire, ce qui signifie qu'un étudiant en médecine doit reconnaître humblement que les connaissances durement acquises lors de la première année seront « à moitié périmées » lorsqu'il présentera l'Examen Classant National six ans après). Il nous semble qu'un tel mouvement d'accélération des connaissances rendrait chaque fois plus intenable toute attitude conservatrice dans les connaissances et désuète toute allégeance aveugle à un théoricien passé.

2.2.2. Des Changements épistémologiques en psychiatrie (dans les années 1980)

Pour introduire le changement épistémologique qui imprégna la psychiatrie au début des années 1980 et instilla plusieurs changements socioprofessionnels (notamment dans la formation), nous relayons ici le point de vue assez critique de David Light remontant au début des années 1980 sur les psychiatres américains au référentiel majoritairement psychanalytique, dans son ouvrage sur la formation psychiatrique ²: *« la psychanalyse (...) a été le segment dominant aussi longtemps que [le psychiatre d'orientation psychanalytique] a regardé le développement de nouvelles thérapies comme un simple épiphénomène ou sans pertinence. En outre, la psychiatrie dynamique a les qualités fatales des paradigmes "bas" (...) : forte en théorie et en idéologie, mais faible en preuve et en recherche. L'une des conséquences est une hiérarchie construite sur des figures de l'autorité, une déférence à l'égard des aînés et de la tradition plutôt qu'une déférence pour la recherche et les nouvelles connaissances »*. Ce point de vue nous semble intéressant mais inexact car l'auteur généralise cette attitude à l'ensemble des psychiatres d'alors ayant pour référentiel la psychanalyse. En réalité, deux courants parallèles vont mobiliser les psychiatres et

² D. Light, *Becoming Psychiatrists : the Professional Transformation of Self*, New York, W. Norton and Company, 1980, p. 328-329, in (8) p.70

psychologues au référentiel psychanalytique face aux évaluations : l'un très majoritaire (auquel la critique de Light fait référence) qui s'est désintéressé de l'évaluation tandis que l'autre très minoritaire s'est lancé dans des recherches évaluatives de leur discipline. C'est ce deuxième courant que nous décrivons plus bas.

En outre, la décennie de 1980 marqua le grand retour de l'organicisme³ sur le plan épistémologique (nombre incommensurable d'études produites, véritable explosion des connaissances en neurobiologie et en génétique). Parallèlement, une vision plus empirique de la nosographie psychiatrique américaine fut inaugurée par la publication du DSM-3 (Manuel de Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux, (12)), par l'Association de Psychiatrie Américaine en 1980 qui fit reposer l'établissement de diagnostics très spécifiques sur des critères plus objectifs, valides et reproductibles (autrement dit observables, c'est-à-dire prioritairement comportementaux) au détriment de considérations étiologiques et théoriques dès lors comme spéculatives et sujettes à caution.

2.2.3. Du Paradigme de l'Evidence Based Medecine : ses apports, ses limites

A partir des années 1980, l'*Evidence Based Medecine* (EBM) a constitué un nouveau paradigme⁴ qui s'est largement imposé dans le champ médical et a résonné dans le champ de la psychiatrie en renforçant le changement épistémologique déjà à l'œuvre.⁵ Cette « médecine factuelle » est née à l'Université de McMaster dans l'Ontario (Canada) d'abord comme une méthode d'enseignement (14) avant de devenir un paradigme pour la pratique médicale et pour les cliniciens. Comme nous l'avons déjà développé précédemment, la médecine a évolué de plus en plus vers un paradigme scientifique, qui définit un fait scientifique comme une hypothèse qui a été corroborée par sa confrontation à la réalité dans une expérience spécifique (15). Cette évolution conduit à exiger que les traitements apportent la preuve de leur efficacité

³ L'**organicisme** désigne tout courant qui postule une causalité biologique des troubles mentaux.

⁴ Un **paradigme** peut se définir, dans la perspective épistémologique de T. S. Kuhn, comme « le mode d'explication dominant dans une communauté scientifique, à un certain stade de développement historique d'une discipline particulière. En tant que corps organisé de conceptions logiquement ou empiriquement satisfaisantes, il a une fonction heuristique : génération d'hypothèses opérationnelles, de méthodologies et de critères de validation ». D'après J.-P. Bronckart et E. Jalley, in (13).

⁵ Plusieurs traductions de ce terme anglo-saxon existent en français ; nous utiliserons le terme de « **médecine factuelle** » que nous préférons aux autres traductions : « médecine basée sur les preuves », « médecine basée sur les niveaux de preuve ». Le terme Evidence-Based Medecine a été inventé par Dr. Gordon Guyatt (disciple du Dr. David Sackett) dans les années 1980.

clinique. Le manifeste de la « médecine factuelle » consiste à ce que l'utilisation d'un traitement soit justifiée par des faits scientifiques (14). Partant de ce postulat, la « médecine factuelle » établit une hiérarchisation des niveaux de preuves issues de la recherche scientifique en classant les résultats d'études en fonction de leur rigueur méthodologique. Au sommet de cette hiérarchie figurent les essais contrôlés randomisés et les méta-analyses de ces essais contrôlés randomisés. C'est ainsi que des échelles de hiérarchie des designs d'études ont été développées comme aide à la décision du clinicien qui s'attèlerait à une lecture critique et sélective de la littérature scientifique. Elles permettent de sélectionner d'emblée dans la littérature disponible les designs d'études dont le niveau de preuve est réputé le plus élevé. Plusieurs systèmes de classement des niveaux de preuve existent ; nous citons celui du groupe de travail issu du GRADE (Grading Recommendations Assessment Development and Evaluation) (16) ainsi que l'échelle de niveau de preuve de l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (17) (cf. l'échelle de l'OCEBM est décrite plus en détail en annexe 1). Un effort constant est donc de fonder les pratiques médicales sur ces niveaux de preuve en prenant en compte l'évaluation des pratiques et de la qualité des soins. Sackett et collaborateurs (18) (19) proposèrent la définition suivante de la « médecine factuelle » :

« La « médecine factuelle » consiste à utiliser de manière rigoureuse, explicite et judicieuse les preuves actuelles les plus pertinentes lors de la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient. Sa pratique implique que l'on conjugue l'expertise clinique individuelle avec les meilleures preuves cliniques externes obtenues actuellement par la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle on entend la capacité et le jugement que chaque clinicien acquiert par son expérience et sa pratique clinique ».

Au niveau épistémologique, la démarche est avant tout « nomothétique » dans le sens où la « médecine factuelle » tente de déduire des lois générales, en généralisant des données établies pour de vastes groupes de patients. Au niveau du praticien, nous pourrions décrire cette démarche comme « descendante » (« *top-down* » en anglais) dans le sens où le praticien part des études scientifiques établies sur de grands groupes de patients (les essais randomisés contrôlés concernent des groupes homogènes de malades), produit une lecture critique de la littérature scientifique, pour enfin établir les meilleures preuves qu'il pourra appliquer à son patient particulier. Néanmoins, il y a un point qui est peut-être moins souvent mis en avant dans la

démarche de l'*Evidence Based Medicine* mais sur lequel Sackett et ses collaborateurs insistaient dès les premières définitions du paradigme : c'est que le clinicien doit intégrer trois sources d'informations dans son raisonnement qui conduit à la prise de décision : premièrement, les « preuves » de la littérature, deuxièmement son expertise clinique et son expérience, troisièmement, les préférences du patient (20). Face à son patient, le clinicien doit donc être capable de répondre à cette question : « Quel(s) traitement(s) existant(s) a (ont) démontré son (leur) efficacité pour ce type de pathologie dont est victime mon patient ? » Aussi, la question cruciale de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement (qu'il soit médicamenteux ou psychothérapique) est traitée classiquement selon deux approches distinctes : établir non seulement l'**efficacité** (« *efficacy* ») mais aussi le **bénéfice clinique ou utilité clinique** (« *effectiveness* »). L'efficacité est définie comme l'effet du traitement sur les processus biologiques ou psychologiques ou modifier les phénomènes biologiques ou psychologiques dans leur état ou leur évolution. Elle est plus d'ordre théorique. L'utilité clinique, quant à elle, est en rapport avec l'objectif thérapeutique visé et est reliée aux conséquences du traitement sur l'état global du patient. Elle intègre en plus du bénéfice une dimension de sécurité du traitement dont il convient de pondérer l'effet thérapeutique par les effets négatifs éventuels. A l'aune de ces distinctions, il convient de distinguer deux dimensions de validité pour une étude qui s'intéresse à évaluer un traitement : d'une part, sa « validité interne » qui renvoie aux méthodologies permettant d'évaluer une efficacité « théorique » de manière fiable et cohérente (où des biais comme des facteurs confondants sont réduits au maximum, où les variables intercurrentes sont contrôlées, etc.) ; d'autre part, sa « validité externe » qui renvoie à la validité qu'il y aurait à extrapoler les résultats de cette étude donnée vers une application sur une population clinique rencontrée dans la pratique courante.⁶

Si l'apport de l'*Evidence Based Medicine* est indéniable sur le plan épistémologique (plus grande rigueur scientifique dans la démonstration de la preuve d'un traitement), son implémentation dans le domaine de la psychothérapie pose plusieurs limites dans son application à la pratique courante, limites que n'ont pas manqué de relever plusieurs auteurs. Nous citons ici celui de Westen et collaborateurs

⁶ Dans le domaine pharmaceutique, il est à noter que les conceptions (parmi les chercheurs et les instances d'autorisation de mises sur le marché des médicaments ainsi que celles établissant les niveaux de remboursement) ont évolué ces dernières années. De plus en plus, un fort accent est mis pour mieux prendre en compte l'utilité clinique par rapport à la seule efficacité. Ces instances appellent de plus en plus à faire également des essais pragmatiques (21).

(22), chercheur expert dans le domaine des psychothérapies et des troubles de personnalité. Les essais contrôlés randomisés permettent d'identifier des « **traitements supportés empiriquement** » (*empirically supported treatment*) : ces derniers pouvant se définir comme des traitements psychologiques spécifiques avérés efficaces lors d'essais cliniques contrôlés randomisés. L'objectif scientifique principal des « traitements supportés empiriquement » est de « choyer » la validité interne d'une étude en amont pour tirer des conclusions relativement univoques quant aux résultats et leurs causes en aval. Ainsi, la validité interne de ces essais contrôlés randomisés est considérée comme suffisamment robuste lorsque plusieurs principes méthodologiques sont rigoureusement respectés :

- Principe 1 : randomisation des patients dans des groupes équivalents,
- Principe 2 : manipulation d'un ensemble réduit de variables dépendantes,
- Principe 3 : contrôle des variables confondantes,
- Principe 4 : standardisation des procédures facilitant ensuite leur reproductibilité (par des études ultérieures : la réplication étant un enjeu majeur pour acter la véracité d'une étude).

Une série d'implications sur les caractéristiques des psychothérapies en tant que traitement est dérivée de la traduction de ces principes dans le domaine de la santé mentale :

- Implication 1 : La psychothérapie évaluée doit constituer un traitement destiné à un seul trouble de l'axe I du DSM (respect du principe 1 : groupes de patients équivalents ayant un et un seul trouble ; indirectement, respect du principe 2 : l'effet du traitement est mesuré par seulement quelques variables dépendantes corrélées à un seul trouble de l'axe I du DSM)
- Implication 2 : Tri des patients pour maximiser l'homogénéité du groupe et minimiser la survenue concomitante de conditions pouvant augmenter la variabilité du traitement (respect du principe 1 et 3 : l'inefficacité relative du traitement ne peut pas être attribué à un trouble de l'axe 2 – un trouble de personnalité - associé)
- Implication 3 : Les traitements sont délivrés de façon « uniformes » (respect du principe 4 de standardisation de la délivrance des traitements : par exemple, il n'y a pas d'adaptation de la psychothérapie selon la gravité de la symptomatologie du trouble : pas de psychothérapie plus longue, pas techniques plus spécifiques pour une gravité donnée)

- Implication 4 : Les traitements sont brefs et de durées fixes, réduisant ainsi les perdus de vue ou tout autre élément qui introduirait un biais au moment d'une analyse *en intention de traiter* (respect du principe 3 et 4 : les traitements ne sont pas plus efficaces car ils auraient été appliqués plus longtemps du fait de la gravité du patient par exemple).

En toute rigueur, ces implications liées aux caractéristiques des psychothérapies et leur application pratique requièrent d'autres hypothèses additionnelles et corollaires quant aux troubles de la santé mentale :

- Hypothèse (a) : la psychopathologie serait hautement malléable (devant la brièveté des traitements étudiés, souvent entre 6 et 16 séances) ; corrélation avec l'implication 4
- Hypothèse (b) : la plupart des patients pourrait être traitée pour un trouble singulier (absence des comorbidités) ; corrélation avec l'implication 1 et 2
- Hypothèse (c) : les troubles psychiatriques pourraient être soignés en faisant abstraction de tout effet modérateur de la personnalité du patient (dont il est admis qu'elle constitue un élément stable dans le temps et qui ne peut évoluer dans la fenêtre temporelle d'une thérapie brève) ; corrélation avec l'implication 2 et 3
- Hypothèse (d) : les méthodes expérimentales fourniraient un modèle d'étude pour identifier les « packages » psychothérapeutiques les plus utiles (vue comme une compilation de techniques sélectionnées au sein d'un corpus psychothérapeutique de référence) ; corrélation avec l'implication 3.

Dans une réponse nuancée, Westen et collaborateurs (22) ne disent pas que ces hypothèses de travail nécessaires aux « traitements empiriquement supportés » ne sont jamais valides. Ils tiennent plutôt pour vrai qu'elles sont généralement fausses⁷. En effet, la première hypothèse (a) de brièveté des troubles psychopathologiques est contredite par plusieurs données de la littérature. Premièrement, les troubles psychiatriques les plus courants pâtissent d'un taux très élevé de rechutes après

⁷ Une autre critique de la réalisation des essais contrôlés randomisés en psychothérapie réside dans la difficulté qu'il y a à trouver des **placebos de psychothérapie** « valables » (23). Or, l'existence d'un placebo pour le traitement pharmacologique que l'on souhaite évaluer est une pierre angulaire de la méthodologie des essais contrôlés randomisés. Nous ne faisons ici qu'évoquer ces problèmes. Plusieurs « ersatz » de placebo leur ont été proposés en substitution sans jamais gagner la conviction générale : thérapie factice où il existe un contact minimal entre le patient et le thérapeute (groupe « attention placebo »), groupe « liste d'attente » avec simple contact téléphonique, etc.

traitements (c'est le cas de l'anxiété primaire, de la dépression – Mueller (24) avancent le chiffre de 85% à 15 ans). Deuxièmement, des études observationnelles en milieu « naturel » ont établi avec suffisamment de clarté un **modèle dose-effet dans les psychothérapies** : c'est-à-dire l'existence d'une corrélation dose - effet entre la durée (« dose ») des psychothérapies et les bénéfices obtenus (« effet »). Ainsi, les psychothérapies les plus longues (au-delà de un an, deux ans et plus) dépassent les traitements les plus courts en efficacité (25) (26) (27).

Troisièmement, le **modèle par phases de la psychothérapie** de Howard (28) et sa démonstration par les résultats d'études *naturalistes* (c'est-à-dire réalisées sur des patients non sélectionnés ni triés, sans groupe contrôle, dans des conditions réelles de soins et non dans l'environnement d'un laboratoire) achèvent d'infirmier l'hypothèse (a) de brièveté des troubles psychopathologiques. Pour conceptualiser le déroulement d'une psychothérapie, le modèle par phases prédit que la phase initiale de la psychothérapie comporte une amélioration symptomatique puis une amélioration de l'humeur (« *remoralization* »). Ultérieurement, une « rééducation psychologique » a lieu et celle-ci requière une prise de conscience progressive du patient de ses fonctionnements psychologiques habituels (schémas de pensées, séquences d'interactions comportementales avec autrui, représentations sur soi ou les autres). En effet, les études *naturalistes* étayent ce modèle en montrant bien le soulagement symptomatique initial (dans les premières sessions de thérapie – 5 à 16 et surtout pour les patients indemnes d'un trouble de personnalité) suivi d'une « réhabilitation » persistante qui requière nécessairement des thérapies substantiellement plus longues. Tous les troubles psychopathologiques ne sont donc pas aussi malléables que les essais contrôlés randomisés ne le laisseraient penser.

L'hypothèse (b) de « pureté » des troubles psychopathologiques est un point majeur de contestation de l'application du paradigme de *Evidence Based Medicine* en santé mentale par manque de représentativité des groupes homogènes de patients par rapport aux populations cliniques rencontrées dans la pratique. Or, plusieurs études (29–31) montrent que les troubles de l'axe I du DSM présentent des comorbidités avec d'autres troubles de l'axe I ou de l'axe II dans une proportion allant de 50 à 90 % des patients. Nombre de candidats à un essai contrôlé randomisé de psychothérapie en sont exclus devant les comorbidités qu'ils présentent : par exemple, une association fréquemment rencontrée en pratique est celle d'un patient ayant un trouble borderline présentant également une dépression associée à des troubles addictifs et à un

éthylisme chronique. Par conséquent, si tel format de psychothérapie brève fonctionne et est efficace pour un patient ayant un trouble borderline « pur », pouvons-nous extrapoler avec confiance que ce format fonctionnera pour notre patient aux comorbidités multiples ?

L'hypothèse (c) selon laquelle un traitement peut être délivré sans considérer la personnalité sous-jacente d'un patient est contredite par l'effet modérateur que peut constituer des éléments de personnalité. Kopta et collaborateurs (26) illustrèrent par exemple que des patients avec des problèmes caractériologiques requéraient une moyenne de deux ans de traitement avant de montrer un changement clinique significatif.

Enfin, l'hypothèse (d) fait écho à un débat plus vaste où s'opposent deux positions : l'une assure que la psychothérapie pourrait être vue comme un médicament qui se délivrerait quel que soit le patient et quel que soit le contexte (cette hypothèse (d) est en adéquation avec cette idée) ; l'autre soutient que l'efficacité de la psychothérapie serait éminemment dépendante du contexte dans laquelle celle-ci est délivrée. Dans l'état actuel des connaissances, il existe un plus grand nombre de preuve qui étayent plutôt le « modèle contextuel » par rapport au « modèle médical ». Sans détailler ce point, nous pouvons rappeler par exemple les chiffres que synthétise Wampold à la fin de son ouvrage (6) : des facteurs contextuels interviennent grandement dans l'efficacité d'une psychothérapie dont la qualité de l'alliance thérapeutique, l'allégeance du thérapeute au type de psychothérapie auquel il se rattache, la représentation du patient et son système de croyance préexistant (voir le Tableau 1).

2.2.4. Du Fossé entre science et pratique dans les psychothérapies

Après avoir abordé la prédominance du modèle de *Evidence-Based Medicine* dans les études cliniques et surtout ses limites, force est de constater qu'une sorte de « fossé » s'est creusé entre la science et la pratique en psychothérapie. La réalité et les conséquences négatives de ce « schisme » peuvent être résumées en ces termes : d'une part, la recherche scientifique s'est parfois construite isolément de données provenant de l'observation clinique, aboutissant à des résultats qui frappent les cliniciens par leur caractère « naïf » sur le plan clinique ou d'une pertinence clinique douteuse ; d'autre part, l'attitude des psychothérapeutes face à l'efficacité de leur thérapies frappent les chercheurs par leur « naïveté » et l'absence de données probantes : les chercheurs déploraient souvent combien les psychothérapeutes en pratique manquaient de discernement face aux questions de « réfutabilité ou

falsifiabilité » (15) ou bien négligeaient complètement les paramètres de crédibilité empirique (validité, fiabilité). L'origine de ce fossé doit être investigué en plusieurs endroits.

En premier lieu, nous pouvons évoquer les résultats de la recherche elle-même. D'une part, nous avons déjà abordé les **limites de validité externe des essais randomisés contrôlés** alors même qu'ils restent comme un étalon-or de la recherche scientifique de l'efficacité. D'autre part, une autre caractéristique des lacunes de la recherche a été bien décrite par Castonguay (32) quand il évoque « **l'impérialisme empirique** » qui désigne une situation où des chercheurs qui voient très peu de patients en psychothérapie décident des « agendas » de recherche, des programmes scientifiques et des questions qui seraient selon eux les plus dignes d'intérêt. Cet éloignement les détourne inmanquablement de questions qui concernent au premier plan des psychothérapeutes praticiens.

En second lieu, le fossé entre science et pratique trouve également son origine dans l'attitude distante (réticence, méfiance, non utilité, etc.) des psychothérapeutes vis-à-vis de la recherche en psychothérapie. Certains cliniciens considèrent la recherche en psychothérapie non pertinente pour leur pratique (33). Dans une enquête (34) sur les psychothérapeutes membres de l'American Psychological Association (division 29 « Psychotherapy ») et qui sont donc prétendument exposés à un environnement de recherche, il a été montré que les cliniciens utilisaient faiblement la recherche pour leur pratique : 48 % d'entre eux citaient leur **expérience clinique comme source la plus importante pour prendre des décisions** dans leur psychothérapie, contre 10 % seulement de cliniciens qui citaient les résultats issus de la recherche pour fonder leur décisions. Néanmoins, seuls 31 % des cliniciens ayant lu du matériel inspiré de travaux de recherche reconnaissent avoir changé leur pratique à partir de cette base. Dans une autre enquête (35) menée à partir du fichier du National Register of Health Service Providers in Psychology (sur plus de trois cents psychothérapeutes), les taux de **fréquence de lecture de la littérature scientifique en psychothérapie sont assez faibles** parmi les cliniciens : 47% en lisaient au moins une fois par mois, 21 % moins d'une fois par mois, 32 % jamais. Parmi ceux qui disaient lire du matériel issu de la recherche, une évaluation de l'implémentation dans leur pratique psychothérapeutique de leur lectures inspirées par la littérature scientifique sous forme d'une échelle allant de 1 (faible) à 5 (élevée) ; la moyenne était de 2,57 (déviations standard de 1,16).

De plus, à partir de l'expérience acquise au cours des études naturalistes qu'ils ont mené, Lambert et collaborateurs ont proposé deux phénomènes possibles d'explication qui alimentent le fossé entre les psychothérapeutes et la recherche scientifique. Le premier phénomène consiste en la **réticence initiale des psychothérapeutes à l'innovation**. Dans sa toute première étude sur la « *psychothérapie éclairée par les retours d'information* » (que nous définissons et développons à partir de la page 21, Lambert (36) rapporte qu'il a essuyé le refus de participation d'une moitié de psychothérapeutes tandis qu'à la troisième étude un seul parmi tous les thérapeutes a refusé d'y participer. A l'inverse, les psychothérapeutes ayant participé à ces études seraient maintenant très déçus quand le système informatique d'aide à la mesure des résultats tombe en panne car ils ne souhaitent plus travailler sans lui. « Deux ou trois années » en moyenne sont nécessaires pour les convaincre de l'utiliser, selon le chercheur en psychothérapie (36). De plus, Lambert avance que malheureusement, aux Etats-Unis, la plupart des cliniciens sont exposés à l'innovation par la **contrainte des administrateurs** qui les y obligent. Il en ressort une certaine méfiance qui peut conduire les cliniciens à ne pas y participer et saboter tout le processus dans une attitude passive-agressive. Une sorte de guerre de pouvoir se déroule alors entre les cliniciens et les administrateurs. Le deuxième phénomène qui alimente le fossé entre chercheurs et cliniciens repose sur une **réticence vis-à-vis de l'évaluation** répandue parmi les psychothérapeutes. Dans un entretien (36), Lambert avance qu'une majorité de psychothérapeutes d'inspiration psychanalytique n'aimeraient pas les évaluations et avanceraient plusieurs prétextes non recevables pour s'y soustraire. Ils verraient les questionnaires adressés aux patients trop souvent faussés par des réponses feintes. Or, selon Lambert, si les patients peuvent en effet dissimuler des symptômes plus graves par manque de confiance, ils ne s'offusquent pas du tout de remplir des mesures sous forme d'auto-questionnaires. Les psychothérapeutes d'inspiration psychanalytique seraient trop confiants dans leur jugement clinique et verraient les mécanismes de défense à l'œuvre partout. Selon Lambert, les psychothérapeutes d'inspiration cognitivo - comportementale seraient plus enclins à l'évaluation que les psychothérapeutes psychanalytiques, même si les psychothérapeutes d'inspiration cognitivo-comportementale auraient tendance à « *ne pas aller jusqu'au bout de leur évaluation* ». Stewart et collaborateurs (37) ont montré dans une enquête sur plus de 500 psychothérapeutes que les thérapeutes utilisant des TCC avaient une attitude plus

ournée vers la recherche que les thérapeutes psychodynamiques ou éclectiques, les psychothérapeutes psychodynamiques étant même les plus hostiles aux travaux de recherche. Ces résultats sont concordants avec ceux d'une enquête similaire effectuée parmi plus de 200 membres de la section « Psychotherapy » de l'American Psychological Association (34). L'enquête montra de faibles taux d'utilisation de la recherche par les thérapeutes qui rapportaient que la source la plus utile d'information provenait de leur expérience clinique ; les thérapeutes critiquaient la recherche qui ignorait les complexités de la situation thérapeutique.

Pour synthétiser ce chapitre de revue sur le schisme (ou le fossé, « gap ») entre science et pratique, nous énumérons dans l'encadré 1 les raisons qui expliqueraient l'attitude distante (voire méfiante) des psychothérapeutes praticiens envers la recherche en psychothérapie.

Encadré 1 : Facteurs objectifs et subjectifs expliquant la distance entre les psychothérapeutes et la recherche en psychothérapie : selon notre revue de la littérature (d'après Westen et al., 2004 (22); Goldfried et al., 1996 (33) ; Castonguay, 2011 (32) ; Beutler et al., 1995, (35) ; Morrow-Bradley et al., 1986, (34), Lambert, 2013, (36,38) ; Stewart, 2007, (37))

- Faible transposabilité dans la pratique des résultats des essais contrôlés randomisés (lacune en validité externe)
- « Impérialisme empirique » (selon Castonguay) de certains chercheurs qui décident des choix de sujets prétendument digne de recherche malgré leur méconnaissance de la clinique quotidienne
- Faiblesse de lecture de la littérature scientifique en psychothérapie parmi les psychothérapeutes
- Système de croyance des psychothérapeutes qui privilégient leur expérience clinique avant toute chose (y compris la littérature)
- Réticence à l'innovation (dans les pratiques et dans l'introduction de la technologie au sens large dans la pratique psychothérapique)
- Faible culture de l'évaluation en psychothérapie (avec des particularismes selon les écoles de psychothérapies ; aux Etats Unis, les études qualitatives tendraient à montrer que ce trait est plus prégnants chez les psychothérapeutes d'origine psychanalytique par rapport aux psychothérapeutes des TCC ; qui ne sont pas indemnes non plus)
- - Sentiment de contrainte par l'administration par l'imposition de directives d'évaluation qui minent la motivation et encourage l'opposition

Regagnons maintenant notre développement des facteurs scientifiques internes qui ont revivifié l'intérêt pour la recherche évaluative en psychothérapie.

2.2.5. Des Evolutions Paradigmatiques : Evidence-Based Practice en Psychologie (à partir de 2005). Paradigme de la « Recherche orientée par la Pratique ».

2.2.5.1. Du Paradigme de l'Evidence-Based Practice en Psychologie

C'est à la lumière des discussions sur les limites de *l'Evidence Based Medicine* (que nous venons de synthétiser) que la position officielle de plusieurs institutions et sociétés savantes influentes dans le domaine de la recherche en psychothérapie a progressivement évolué (39). Le NIMH (National Institute of Mental Health), organisme américain qui finance une majorité des recherches publiques aux Etats-Unis, décida d'appliquer les études contrôlées randomisées sur les psychothérapies à partir des années 1985 ; tandis que la catégorisation des troubles mentaux devait répondre dorénavant aux critères de la CIM 10 puis rapidement du DSM. En 1995, l'Association Américaine de Psychologie (APA) commença à établir des listes de « traitements supportés empiriquement » en se basant sur les résultats des essais contrôlés randomisés existants. En 1996, le NIMH commença à assouplir sa position sur les essais contrôlés randomisés, antérieurement appréhendés comme l'étalon-or (gold standard) de toute la recherche clinique, en reconsidérant leur limites, à l'instar de plusieurs auteurs pratiquant des recherches en psychothérapies dont Seligman (27), Goldfried (40) et Kazdin (41) (42). En **2005, l'Association Américaine de Psychologie** marqua un tournant majeur dans sa position officielle en produisant un rapport (43) qui insistait sur l'importance d'une pluralité des approches de méthodologies de recherche en psychothérapies ainsi que l'importance notamment d'établir des liens réels entre la recherche empirique (dont font partie les essais contrôlés randomisés) et la pratique quotidienne, l'une devant s'enrichir de l'autre et vice et versa en s'appuyant sur les progrès des nouvelles méthodologies développées (formulation de cas, réseau de recherche en pratique psychothérapique, étude de cas). Par ailleurs, ce rapport permet de bien distinguer **l'Evidence-Based Practice in Psychology** ou (« pratique fondée sur les preuves en psychologie ») et les « traitements supportés empiriquement » spécifiquement dans le domaine de la psychologie. D'après les conclusions de ce rapport (43), établi par un groupe de travail l'Association Américaine de Psychologie (synthétisant les commentaires issus des

divisions 29, « Psychotherapy » et 17, « Counseling »), la pratique fondée sur les preuves en psychologie (« Evidence-Based practice in Psychology» ou EBPP) est « *l'intégration de la meilleure recherche disponible dans le contexte des caractéristiques du patient, de sa culture, et de ses préférences* » (43)⁸. Elle déploie un triptyque dont les constituants s'attachent les uns avec les autres :

- Intégration de la meilleure recherche disponible
- Expertise Clinique
- Les caractéristiques du patient, ses valeurs, ses préférences.

Son objectif est de promouvoir une pratique en psychologie qui soit efficace en appliquant des principes empiriquement supportés pour l'évaluation psychologique, la formulation de cas, la relation thérapeutique et l'intervention. En premier lieu, la pratique fondée sur les preuves en psychologie comprend en son sein les « traitements supportés empiriquement » mais elle intègre aussi un plus large éventail d'activités cliniques (évaluation psychologique, formulation de cas, relation thérapeutique). En second lieu, la pratique fondée sur les preuves en psychologie approfondit aussi l'expertise clinique et élargit les caractéristiques du patient. **L'expertise clinique** est définie comme le fait de « *monitorer les progrès du patient (...) qui peut suggérer le besoin d'ajuster le traitement. Si le progrès ne survient pas de façon adéquate, le psychothérapeute altère ou répond à des aspects problématiques du traitement de façon appropriée (par exemple, des problèmes dans la relation thérapeutique ou l'implémentation des buts du traitement)* » (43). En troisième lieu, un des apports majeurs de la pratique fondée sur les preuves en psychologie est de reconnaître la valeur de **multiples sources de preuves scientifiques** et non plus uniquement les « traitements empiriquement supportés » au travers des essais contrôlés randomisés. En quatrième lieu, une autre différence entre ces deux approches peut être soulevée selon que l'accent soit mis sur l'évaluation de l'efficacité ou de l'utilité clinique. En effet, les essais randomisés contrôlés (seules études avec les méta-analyses d'essais contrôlés randomisés bien menés permettant de définir les « traitements supportés empiriquement ») permettent de tirer un lien de causalité⁹ entre le traitement évalué et

⁸ Cette définition était déjà contenue dans la définition de « Evidence Based Practice » proposée par l'Institut de la médecine (44), s'appuyant sur les travaux de Sackett et collaborateurs (45): « *L'Evidence Based Practice est l'intégration de la meilleure preuve issue de la recherche avec l'expertise clinique et les valeurs du patient* ». L'EBPP peut être vue comme une extension de l'EBP vu par les tenants de 'EBM.

⁹ (Note sur pages 22 et 23) Dans un essai contrôlé randomisé, la présence d'un groupe contrôle et la

ses résultats : cela correspond à la recherche sur l'**efficacité** (« *efficacy* », (39); tandis que les collaborateurs de ce rapport ont indiqué combien il est important de rappeler que les études d'interventions délivrées en milieu « naturel » (autre source de savoirs pour la pratique fondée sur les preuves en psychologie) conviennent bien pour évaluer la validité écologique des traitements : cela correspond à la recherche sur l'**utilité clinique** (« *effectiveness* »)(43). En cinquième lieu, la pratique fondée sur les preuves en psychologie et les « traitements supportés empiriquement » correspondent à deux démarches complémentaires mais différentes. La démarche des « traitements supportés empiriquement » part d'un traitement et se demande s'il marche pour un trouble ou un problème dans des circonstances spécifiées. La pratique fondée sur les preuves en psychologie part du patient et se demande si la preuve fournie par la recherche (dont les résultats des « essais contrôlés randomisés » et donc les « traitements supportés empiriquement ») aidera le psychothérapeute à atteindre un meilleur résultat. Pour cela, le clinicien et le chercheur (inspirés par une pratique fondée sur les preuves en psychologie) articulent un processus décisionnel qui intègre les courants multiples de recherche de preuve pour toutes leurs interventions ou conceptualisations de l'action d'une psychothérapie.

2.2.5.2. Du Paradigme de la « Recherche orientée vers la pratique »

Certes le paradigme de l'Evidence based Practice en psychologie prôné par l'APA est intéressant de par le pluralisme des approches de recherches qu'il promeut. Mais certains auteurs avancent que l'EBBP demeure une extension du paradigme de l'Evidence Based Medicine appliqué à la psychologie avec ses limites. Castonguay et Lutz (46) ont donc proposé le terme de la Recherche orientée vers la pratique pour caractériser un paradigme complémentaire de l'EBPP venant expliquer différentes lignes de recherches récentes, toutes axées sur la pratique avec, dans l'énumération suivante, un degré croissant d'implication et de participation des psychothérapeutes du terrain aux côtés des chercheurs en psychothérapies :

- recherche focalisée sur le patient (« *patient-focused research* »)
- preuve basée sur la pratique (« *practice-based evidence* »)
- réseaux de recherche sur les pratiques (« *practice research network* » ou PRN)

Dans la ligne de recherche concernant la « recherche focalisée sur le patient », la

randomisation des sujets permettent de distinguer l'effet causal provenant du placebo de l'effet causal lié au traitement évalué. De plus, le traitement statistique sur un groupe de taille suffisante permet de distinguer l'effet causal du hasard de l'effet causal du traitement évalué.

« **psychothérapie éclairée par les retours d'informations** » (« *feedback-informed treatment* », (38) figure en bonne place. Cette approche consiste en une évaluation systématique des résultats au cours du déroulement d'une psychothérapie. Son implémentation dans des études « naturalistes » a permis de montrer une meilleure efficacité des psychothérapies ainsi prodiguées par plusieurs moyens :

- réduction des biais dans l'évaluation de l'état réel des patients (biais qui prennent leur origine chez les patients ou les psychothérapeutes)
- détection de la dégradation clinique du patient sous psychothérapie, détection des facteurs causaux de la dégradation
- réduction du nombre d'abandons de psychothérapies

Nous citons ici plusieurs résultats remarquables produits par Lambert et collaborateurs (38) qui ont été unes des équipes pionnières dans ce courant de recherche de la « psychothérapie éclairée par les retours d'informations » (38,46).

Premièrement, les auteurs ont trouvé un biais d'évaluation provenant des patients sous la forme d'une « **dissimulation** » de la **gravité de leur état lors d'une hétéro-évaluation** (c'est-à-dire quand le clinicien interroge directement le patient). Quand les patients sont interrogés par leur propre psychothérapeute sur l'évolution de la thérapie, ils ont tendance à « protéger » ou ménager leurs psychothérapeutes en dissimulant leurs états cliniques réels, c'est-à-dire en minimisant la gravité de leur état. Les patients sont en revanche plus enclins à fournir une évaluation non biaisée lors d'un auto-questionnaire plutôt que lors d'un « hétéro-questionnaire » (c'est-à-dire dispensé directement au patient mais rempli par le clinicien).

Deuxièmement, les auteurs ont trouvé des **biais d'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie provenant des cliniciens** eux-mêmes. Le premier biais est le défaut de détection des patients en échec thérapeutique par les psychothérapeutes. Dans une étude (47), les auteurs associaient deux méthodes d'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie : une hétéro-évaluation effectuée par le clinicien qui interrogeait lui-même le patient ; et une auto-évaluation effectuée directement par le patient qui remplissait un auto-questionnaire, le « questionnaire de résultat-45 »¹⁰

¹⁰ (Notes sur pp.23-24) Le « **questionnaire de résultat - 45** » (« Outcome Questionnaire-45 » ou OQ-45, développé par Lambert et collaborateurs) suit de façon précise et continue la santé mentale des patients par l'administration d'un auto-questionnaire de quarante-cinq questions très spécifiques sur des domaines variés (une analogie serait la prise continue de la tension artérielle chez un patient). Les auteurs sont partis du constat que les cliniciens, par faute de temps, ne peuvent proposer au patient de telles « hétéro-évaluations » de façon hebdomadaire. Les avantages de cette mesure sont donc sa précision, l'étendue des différents domaines de fonctionnement évalués et le suivi temporel de

(« Outcome Questionnaire-45 » ou OQ-45). Il a ainsi été conclu qu'une « tâche aveugle » était présente chez 85% des psychothérapeutes qui n'identifiaient pas les patients en échec thérapeutique, **l'échec thérapeutique** étant défini comme une stagnation ou une dégradation de l'état clinique du patient entre le début et l'issue de la psychothérapie.

Nous rappelons que l'échec thérapeutique concernerait ainsi environ 5-10 % des patients adultes contre 15 à 24% des adolescents (48–50).

Lambert avance l'hypothèse que cette distorsion est une forme de défense psychologique nécessaire aux psychothérapeutes afin de rester optimistes et engagés dans la thérapie qu'ils mènent (et Lambert d'ajouter « *plus nous percevons de succès dans nos patients, plus nous sommes heureux dans notre travail* »).

Dans une autre étude, Hannan et collaborateurs (51) comparèrent la justesse des prédictions de la dégradation d'un échantillon de patients (n=550) : les prédictions étaient faites soit par les thérapeutes individuellement, soit par l'outil informatique utilisant **des méthodes actuarielles**¹¹. L'échantillon des cliniciens (constitués de 20 cliniciens - docteurs en psychologie - et 20 étudiants de 3^{ème} cycle en psychologie clinique) étaient préalablement informés du taux d'échecs de base de la psychothérapie dans la littérature scientifique (environ 8 % des patients vont plus mal à la fin qu'au début de la thérapie, selon l'équipe de Lambert et collaborateurs) et ils avaient été préalablement familiarisés avec l'outil de mesure de suivi de l'efficacité (le questionnaire de résultat - 45). Au final, parmi les 40 patients qui se dégradaient, les méthodes actuarielles identifiaient 36 sur 40 patients « dégradés » contre 1 patient sur 40 patients « dégradés » pour les thérapeutes. Qui plus est, cette rare prédiction juste émanant de l'échantillon des thérapeutes était le fait d'un seul étudiant de troisième cycle : aucun psychothérapeute expérimenté n'avait décelé de patient « dégradé ».

Dans une étude (52) où des thérapeutes étaient interrogés sur leur résultats au cours de suivi : ils surestimèrent le nombre de leur patients qui s'amélioraient (comparé aux données de la littérature) et sous-estimaient les patients qui se dégradaient (comparés aux données générales de la littérature). De plus, dans cette même étude, il était demandé aux thérapeutes de se situer quant à leurs résultats et quant à leurs

l'évolution du résultat qu'elle permet.

¹¹ L'**actuariat** (38) désignent les applications du calcul de probabilités et de la statistique aux problèmes de prévision et de gestion du risque, notamment dans la prévoyance sociales, les assurances ou les finances.

compétences par rapport à leurs pairs thérapeutes : 25% d'entre eux se situaient au-delà du 90^{ème} percentile des « meilleurs thérapeutes ». Mais surtout aucun (!) thérapeute ne se situa en-dessous de la moyenne¹² alors que conformément à une distribution normale, si tous les psychothérapeutes avaient une perception non tronquée de leurs propres résultats avec leurs patients, la moitié d'entre eux se seraient situés en dessous de la moyenne des résultats et l'autre moitié d'entre eux au-dessus.

Nous voyons donc comment ces retours d'informations et ces méthodes permettent de « corriger » les biais subjectifs que réalisent les psychothérapeutes dans leurs jugements cliniques. Par ailleurs, un des avantages supplémentaires de la « psychothérapie éclairée par les retours d'informations » (« feedback informed treatment ») est d'aider les psychothérapeutes à mieux identifier les facteurs causaux de la dégradation. C'est précisément le but que prétend poursuivre l'outil intitulé « évaluation pour les cas unique » (*Assessment for Single Cases* ou ASC, développé par Lambert et *collaborateurs*) qui propose secondairement un plan d'action pour améliorer l'intervention psychothérapique¹³.

Enfin, la « psychothérapie éclairée par les retours d'informations » a permis d'éclaircir un peu les motifs d'abandons de psychothérapie (définis comme un arrêt prématuré de la psychothérapie, non concerté entre le patient et son psychothérapeute). L'utilisation de « questionnaire de résultat - 45 » a montré dans une méta-analyse sur quatre essais contrôlés randomisés (54) qu'elle permettait non seulement de retarder la fin prématurée de la psychothérapie mais aussi qu'il favorisait de meilleurs résultats chez ces patients. Parallèlement, l'emploi du « questionnaire de résultat - 45 » avait tendance à réduire la durée de la thérapie des patients qui vont bien car il faciliterait la discussion autour de la fin de la psychothérapie. En réalité, près

¹² Nous pouvons cependant nous interroger sur l'extrapolation de ces conclusions dans une population de thérapeutes français (?) : ces résultats, issus de thérapeutes étatsuniens où la culture de « l'attitude positive » et la promotion de l'image la plus avantageuse possible de soi-même est fort présente. D'autant plus que les thérapeutes étaient interrogés par des chercheurs en psychothérapie : la présence d'un « effet Hawthorne » (53) n'est pas exclue, les thérapeutes pouvant vouloir se valoriser auprès de confrères universitaires par de résultats prétendument meilleurs.

¹³ « L'échelle d'évaluation pour les cas uniques » (*Assessment for Single Cases* ou ASC, développé par Lambert et *collaborateurs*) fournit une mesure comprenant quarante items qui évaluent l'alliance thérapeutique, les événements de vie difficiles, le soutien social en dehors de la thérapie, la motivation ainsi qu'un guidage pour considérer l'emploi ou non d'une médication psychotrope. En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, les onze items concernent des conceptions traditionnelles de l'alliance et d'autres comme par exemple : « le thérapeute est content de me voir » qui informe sur des indices de réactions contre transférentielles du psychothérapeute.

de la moitié des abandons de psychothérapie était le fait de patients entièrement satisfaits de leur psychothérapie qui décidaient de partir parce qu'ils se sentaient mieux tandis que l'autre moitié des abandons concernait des échecs psychothérapeutiques (absence d'amélioration clinique).

En résumé, le courant de recherche de la « **psychothérapie guidée par les retours d'information** » a démontré plusieurs résultats scientifiquement solides (convergence de preuves avec répliquations de résultats par des méthodes et des outils différents ; par des laboratoires distinctes ; utilisant notamment des essais contrôlés randomisés bien menés sur des échantillons de taille suffisante) :

- les retours d'informations sur l'avancement de la psychothérapie 1°) améliorent la détection des patients non répondeurs, 2°) divisent (par deux environ) la proportion de patients qui se détériorent habituellement en psychothérapie, 3°) diminuent les arrêts prématurés et non concertés de la psychothérapie. Ils réalisent ces buts grâce à des systèmes d'avertissement du thérapeute alliés à des suggestions d'interventions complémentaires (mesures psychométriques simples à implémenter dans la pratique, actions en faveur de l'alliance thérapeutique ou la motivation à changer du patient) pour vaincre les facteurs de résistance
- les retours d'informations 4°) améliorent les proportions de patients répondeurs habituels, tout en 5°) augmentant l'efficacité de la psychothérapie : ils diminuent leur durée nécessaire pour un résultat favorable.

La psychothérapie éclairée par les retours d'information a acquis de tels résultats grâce notamment à la méthodologie des essais contrôlés mais avec l'avantage important que ces études expérimentales étaient réalisées dans des conditions réelles de soins : donc la validité externe et l'extrapolation de ces conclusions dans la pratique quotidienne est facilitée.

2.2.6. Du Renouveau de la recherche évaluative – Des Récentes avancées méthodologiques

Sur le plan pratique, de récentes avancées méthodologiques (depuis 2000 dirons-nous) ont abouti à un gain d'opérationnalité qui a revivifié complètement le champ de la recherche évaluative sur les psychothérapies.

2.2.6.1. Des Etudes intensives de cas naturalistes

Tout d'abord, il y a eu une renaissance de l'intérêt de la **démarche idiographique** qui s'intéresse à décrire des cas particuliers en psychothérapie. Mais cette démarche s'est construite sous une forme renouvelée : en l'espèce des **études intensives de cas naturalistes**. La grande différence de ces études intensives de cas par rapport aux études de cas classiques (comme les premières descriptions de cas psychanalytique, par Sigmund Freud par exemple) est que dans les études intensives de cas, les procédures d'évaluation sont basées sur des mesures objectives, réalisées de façon systématique ((39), p 92-94). Ce n'est plus le seul psychothérapeute qui évalue l'efficacité de la psychothérapie qu'il a mené seul. L'effet n'est pas non plus attribué *a priori* au seul traitement. La quantité de recueil de données et de variables différentes, la pluralité des études secondaires (quantitatives et qualitatives) qu'elles autorisent justifie l'appellation **d'études intensives**. Ce n'est pas un ou deux résultats d'échelles symptomatiques effectuées avant et après traitement qui sont présentés mais une multiplicité de variables (symptômes, fonctionnement psycho-social, mécanismes de changement psychothérapeutiques) qui sont suivies de façon longitudinale.

De plus, ces études intensives de cas ont la particularité d'être **naturalistes** : nous avons précédemment développé les limites de la médecine basée sur les données probantes (en premier lieu une faible validité externe). Or, un des avantages des études intensives de cas est justement de pouvoir être facilement réalisé dans des conditions réelles de soins. Elles sont réalisées sur des patients non sélectionnés ni triés, sans groupe contrôle, dans le milieu naturel du patient et non dans l'environnement d'un laboratoire. Ces études naturalistes sont donc moins exposées aux « *menaces pour la validité externe* » (55) au premier rang desquelles la généralisation entre les sujets (c'est-à-dire généraliser les résultats des patients homogènes au sein d'un groupe constitué « en laboratoire », à des patients aux caractéristiques parfois différents : comme des comorbidités associées).

Ces études sont conduites avec une certaine prudence de l'interprétation des résultats. En effet, en début d'étude, la variable d'effet est évaluée « dans les conditions de base », c'est-à-dire en fournissant une description de l'état initial du patient avant intervention et de ses problèmes. L'enjeu de cette description la plus complète possible est de nous aider à pouvoir discriminer ensuite entre les diverses causes possibles de l'amélioration de l'état du patient. L'efficacité résulte-t-elle

vraiment de l'effet de la psychothérapie ou bien d'une cause alternative comme une guérison spontanée, une maturation du patient, un effet placebo important ou l'effet du hasard ?

Un autre modèle intéressant d'études intensives de cas est celui des **études pragmatiques de cas** (56) développé par Fishman (57) et qui a en partie inspiré la méthodologie du réseau de recherche fondé sur les pratiques psychothérapeutiques de J.-M. Thurin et M. Thurin (dont est issu notre cas Adélaïde). Dans le modèle de Fishman, nous retrouvons les caractères précédemment décrits : en milieu « naturel », notes extensives des transcriptions de psychothérapie (*verbatim*), étude systématique, mesures quantitatives et standardisées du processus et des résultats émanant du patient ou du thérapeute.

En outre, tous les cas sont rédigés suivant un même plan structuré (bases théoriques, introduction du cas, présentations des plaintes et histoire du patient, évolution psychopathologique, formulation du cas, processus thérapeutique, évaluation des changements, facteur de contexte, suivi).

Il est important de relever que l'avantage principal de ces études intensives de cas est de mettre l'accent sur l'étude du processus psychothérapeutique. Comme le rappelle J.-M. Thurin (56), si les études de groupe sont centrées sur les résultats, les études de cas permettent de tester des hypothèses sur les processus impliqués dans l'obtention de ces résultats. L'important n'est pas seulement de savoir si la psychothérapie fonctionne mais surtout de savoir comment elle a produit son effet. Les études intensives de cas permettent de tester la théorie sur laquelle reposent les modèles thérapeutiques. Mais elles favorisent aussi le suivi des variations longitudinales intra-sujet (alors que les études de groupe concernent des variations intersujet) et permettent de les comprendre en fonction d'autres variables qui fluctuent elles-mêmes au cours du temps. En fin de compte, ces études intensives de cas adoptent la forme « **d'étude de processus – résultat** » ayant pour but de mettre en relation le résultat (par comparaison de l'état du patient avant – après intervention) avec le processus (quels sont les facteurs de changement potentiels dans la psychothérapie ?).

Enfin, les études de cas n'excluent pas d'effectuer des généralisations à partir d'études statistiques. En effet, l'aspect systématique de la méthodologie autorise secondairement une **agrégation de cas similaires**. Il en résulte une cohorte longitudinale de patients dont nous pouvons comparer l'évolution vis-à-vis de différents

facteurs. Nous repérons alors ce qui est commun et ce qui est différent puis nous en inférons des processus généralisables. Dans l'exemple des études pragmatiques de cas selon la méthode initiée par Fishman (57), comme le recueil de données et la rédaction du cas s'effectuent de façon homogène d'un patient à l'autre, il est possible d'accumuler une base¹⁴ de données de cas. Tout clinicien peut ensuite utiliser cette base de données pour trouver un ou des cas de patients déjà étudiés qui se rapprochent du patient qu'il rencontre ensuite dans sa pratique quotidienne.

2.2.6.2. De la Formulation de cas en psychothérapie

En complément de ces nouvelles méthodologies d'études intensives de cas, la **formulation de cas en psychothérapie** représente une autre avancée méthodologique notable. Elle offre ainsi au clinicien un outil synthétique et permettant les comparaisons entre plusieurs cas¹⁵. La formulation de cas permet en effet d'intégrer et d'organiser les informations de manière cohérente et logique en formulant des hypothèses à la fois descriptives et étiologiques des mécanismes aboutissant au tableau clinique actuel et des facteurs de maintien. Elle a donc l'avantage, selon Eels, de tenter à sa manière de combler le vide conceptuel étiologique¹⁶ dans les nosologies admises et les plus utilisées actuellement (CIM, DSM 4, DSM 5), dans une sorte d'intérim jusqu'à ce qu'une nosologie étiologique plus empirique voit le jour (59). Pour rendre plus explicite au lecteur ce qu'est une formulation de cas, nous le renvoyons à la partie « Matériels et méthodes » la formulation de cas initiale d'Adélaïde.

¹⁴ La base de cas est consultable sur un journal en ligne, avec comité de lecture (peer-reviewed) (Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, (58)).

¹⁵ Eels (59) cerne une parenté entre les sources historiques (à l'origine de la formulation de cas) en psychologie et les développements actuels de cette méthode. De nos jours, des journaux de cas en ligne se développent tel que le Pragmatic Case Studies in Psychotherapy (Fishman, 2000) qui fournit une base de données de cas de psychothérapie avec des catégories d'information standard et consultable. Selon Eels, ce genre d'entreprise constitue le début **d'une sorte de « De Sedibus psychologique »**. Eels rappelle en effet que dans les *Foyers et Causes des maladies investiguées par l'anatomie (De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen)* publié en 1769, Giovanni Morgagni compile sept cents histoires de cas cliniques bien indexées, reliant chaque présentation symptomatique de patient avec un compte-rendu de la pathologie trouvée lors de l'autopsie. Le credo de Morgagni était le « symptôme comme cri d'un organe en souffrance ».

¹⁶ Comme Eels le rappelle (59), l'histoire de la nosologie en santé mentale a toujours oscillé entre deux pôles de confrontation sur la manière d'investiguer la **psychopathologie** : tantôt l'**étiologie** (i.e. importance des déterminants psycho-sociaux Adolf Meyer et Karl Menninger, crédit donné à l'inconscient psychanalytique de Sigmund Freud), tantôt la **description** (par exemple, la psychopathologie descriptive de Kraepelin). La publication en 1980 du DSM-3 a ravivé le courant descriptif avec l'exclusion virtuelle de l'étiologie, dans un certain parti pris « a-théorique » de cette classification nosologique.

2.2.6.3. Des Outils psychométriques

Comme nous l'avons dit précédemment, les études de cas (étude de processus - résultat) mettent l'accent sur l'analyse du processus psychothérapique en regard des résultats. Cette démarche a été rendue possible par l'élaboration au cours des trente dernières années de nouveaux outils psychométriques permettant l'évaluation de l'état du patient, son fonctionnement par domaines et des outils permettant une analyse plus fine du processus psychothérapique. Plus spécifiquement pour notre thèse, nous citerons surtout les trois échelles psychométriques qui ont été utilisées dans l'étude intensive de notre cas :

- Pour l'évaluation du résultat symptomatique : une échelle de gravité symptomatique : l'Echelle Santé Maladie (Luborsky, (60)) ou ESM.
- Pour l'évaluation du résultat fonctionnel : une échelle de fonctionnement mental dans plusieurs domaines (relations familiales, relations amicales, relations amoureuses, autonomie, insight, etc.) : l'Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (Høglend et collaborateurs (61)) ou EFP.
- Pour l'évaluation du processus psychothérapique : le Questionnaire de Configuration Psychothérapique (de Jones et Ablon, (62–64)) ou PQS (Psychotherapy Process Q-set).

Nous développerons au chapitre Matériel et méthodes les outils que nous avons utilisés dans notre cas (Echelle Santé-Maladie, Echelle de Fonctionnement Psychodynamique, Questionnaire de Configuration Psychothérapique). Les cotations de ces mesures se font sur la base des verbatim de séances (qui sont enregistrées sous forme de vidéos, d'enregistrements audio ou de notes extensives) qu'examinent les membres du groupe de pairs, indépendamment les uns des autres.

2.2.6.4. Des Réseaux de recherche fondés sur les pratiques psychothérapiques

Un auteur comme Goldfried (40) a évoqué les différentes phases historiques des recherches évaluatives en psychothérapie. Il insiste pour que dans un « dénouement plus moderne » de l'évolution des idées, les programmes de recherche incluent une collaboration entre chercheurs et praticiens ainsi qu'une meilleure transmission des résultats de la recherche aux praticiens. Il prêche aussi pour une plus grande utilité clinique de ces études sur les psychothérapies avec l'adaptation des thérapies aux caractéristiques du patient. Enfin, il appelle de ses vœux un raffinement méthodologique consistant en l'utilisation d'études de cas isolés réunis (cf. travaux de

Kazdin, Howard, Jones) comme nous l'avons décrit précédemment.

Les réseaux de recherche fondés sur la pratique répondent de par leur organisation à plusieurs des exigences citées par Goldfried. Nous donnons ici les deux définitions alternatives¹⁷ des **réseaux de recherche fondés sur la pratique** ou RRFP (en anglais « Practice Research Network » ou PRN) proposées par de Parry, Castonguay, Borkovec et Wolfe en 2010 (46) : qui sont soit « *un groupe de cliniciens praticiens qui coopèrent pour collecter des données et conduire des études de recherche* » ; soit « *un large nombre de cliniciens praticiens et de chercheurs en clinique rassemblés ensemble dans une recherche collaborative au sujet de questions qui font sens cliniquement dans un environnement naturel par respect pour la validité externe et employant une méthodologie scientifique rigoureuse par respect pour la validité interne* ».

En théorie, cette collaboration entre cliniciens et chercheur s'immisce à tous les aspects de l'investigation : depuis la génération des idées pour le schéma général de l'étude, jusqu'à la publication des études, en passant par son implémentation. La finalité est de favoriser des enseignements mutuels et à double sens et ainsi que de capitaliser sur la complémentarité des expertises, savoirs et expériences afin de produire *in fine* des études à la fois scientifiquement rigoureuses et cliniquement pertinente.

Castonguay (46) catégorise les PRN en fonction de leur provenance et modalité : soit des PRN liés à une organisation professionnelle (*PPA-PRN de la Pennsylvania Psychological Association*, un PRN initié par Thomas Borkovec et Stephen Ragusea ; *APIRE-PRN de l'American Psychiatric Institute for Research and Education's PRN* ; *ACA-PRN de l'American Counseling Association*), soit des PRN liés à un trouble spécifique (*CTN ou « National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network » du National Institute on Drug Abuse*, spécialisé dans les addictions ; *le PRAC ou « Practice and Research : Advancing Collaboration » de Garland et collaborateurs de l'Université de Californie à San Diego*, spécialisé dans les troubles des conduites chez les enfants ; *HFA PRN ou Healthy Families American Research Practice Network*, focalisée sur la prévention de la maltraitance), soit des PRN liés à une population particulière (*CCMH ou « Center for Collegiate Mental Health »* établi sur une large population d'étudiants consultant dans des centres de Counseling au sein d'universités américaines ; *le PRN de la « clinique - école » de l'Université de*

¹⁷ Traduction libre de l'anglais.

l'Etat de Pennsylvanie, basé sur les étudiants en formation en psychologie clinique).

Nous rajoutons deux autres PRN, plus récents, qui ne sont traités dans le chapitre de Castonguay : le Northern-IAPT PRN (*organisé par une constellation d'Universités du nord de la Grande-Bretagne – Leeds, York, Sheffield, Manchester, etc. - et des services de thérapies psychologique prenant part au programme IAPT ou « Improving Access to Psychological Therapies »*), ainsi que le PPRNet ou Psychotherapy Practice Research Network (*de l'Université d'Ottawa, comprenant des psychothérapeutes à travers les grandes métropoles canadiennes de Toronto, Montréal, Ottawa essentiellement*).

Nous avons effectué une brève revue de la littérature sur les Réseaux de recherches sur les pratiques existant, que nous avons incluse sous forme de tableau dans notre mémoire de DES de Psychiatrie. Nous citons ici quelques résultats intéressants.

Tout d'abord, Zarin et collaborateurs (65) ont comparé les caractéristiques des patients rencontrés dans le cadre du réseau de recherches sur les pratiques de l' American Psychiatric Institute for Research and Education (APIRE-PRN) par rapport aux patients des essais contrôlés randomisés sélectionnés pour les études en santé mentale. Ils ont confirmé ce que l'intuition clinique prédisait : la complexité des patients vus au quotidiens (plus de comorbidités, pluralité des traitements médicamenteux administrés) ; également les patients du réseau avaient des caractéristiques démographiques différentes des essais contrôlés randomisés (dans le PRN bien plus souvent des femmes, du groupe « blancs », plus âgés). 38% des schizophrènes, 55% des bipolaires pris en charge dans les soins quotidiens ne seraient pas éligibles à un essai randomisé contrôlé. Ces résultats sont importants ils étaient de façons factuelles les limites de validité externe des essais randomisés contrôlés.

Par ailleurs, nous souhaitons citer les résultats de deux études d'un des réseaux de recherches sur les pratiques les plus actifs : celui de l'association professionnelles « Pennsylvania Psychological Association » (PPA-PRN). Dans une étude préliminaire (66,67) sur 50 thérapeutes libéraux, il a été distingué des médiateurs et modérateurs prédictifs de l'efficacité clinique (« effectiveness ») des psychothérapies :

- Sur le thérapeute : les thérapeutes qui avaient avec longue file active de patients avaient de moins bons résultats en général que ceux qui avaient une charge de travail moindre

- Sur la thérapie : il y avait de meilleurs résultats pour les thérapies les plus longues en nombre de sessions comparées aux plus courtes
- Sur les patients : une attente initiale sur une issue positive de la thérapie et l'absence de détresse interpersonnelle étaient toutes deux corrélées positivement à une plus grande amélioration clinique lors de la thérapie
- De façon intéressante, le sexe du thérapeute influait également sur les résultats selon des domaines spécifiques : les patients de thérapeutes masculins s'amélioreraient mieux dans les domaines de l'intimité et de la sexualité ; alors que les patients de thérapeutes femmes s'amélioreraient mieux dans le domaine familial

Dans une seconde étude du PPA-PRN, les thérapeutes (n=13) et les patients (146 patients) remplissaient un questionnaire à la fin de chaque séance pour rapporter ce qui selon eux facilitait ou perturbait le cours de la psychothérapie au cours de 18 mois de suivi. Un total de 1500 facteurs ou événements ont ainsi été identifiés :

- Soit des facteurs facilitant de la thérapie : les efforts du thérapeute pour élever la conscience du patient sur émotions, pensées, comportements ; et tous les événements renforçant l'alliance thérapeutique.
- Soit des facteurs gênant la thérapie : certaines omissions des thérapeutes par exemple quand les thérapeutes étaient tenus en échec pour tenir un cadre thérapeutique.

Plus spécifiquement pour notre thèse et notre étude de cas, nous ajoutons à la liste des PRN le **Réseau de Recherche Fondé sur les Pratiques Psychothérapiques (RRFPP)** développé par J.-M. Thurin et M. Thurin. Il s'agit d'un réseau spécialisé sur trois troubles mentaux concernant trois groupes d'âge différents : un pôle « autisme infantile » (enfants) (68), un pôle « borderline » (adolescents et adultes) (69), un pôle « dépression dans la maladie d'Alzheimer » (personne âgée) (70). Le réseau inclue des psychothérapeutes (psychologues, psychiatres ou pédopsychiatres) exerçant dans des services hospitaliers (y compris universitaires) ou en milieu libéral. Il est surtout déployé en France mais également en Italie (71). Les détails méthodologiques du fonctionnement du réseau RRFPP et des études individuelles de cas qu'il mène sont donnés plus loin dans la partie « Matériels et Méthodes ».

La cellule structurelle fondamentale du réseau est le groupe de pairs constitué

de trois ou quatre individus dispensant des psychothérapies. Le groupe de pairs favorise les échanges et apporte un gain d'objectivité étant donné que les cotations sont effectuées par le psychothérapeute qui a mené la psychothérapie mais également deux autres psychothérapeutes extérieurs. En plus d'une dynamique de travail et d'appropriation des outils et de la méthodologie de la recherche, les cliniciens peuvent aussi y trouver une source de discussion clinique, théoriques et également de soutien dans la thérapie menée.

Dans une étude qualitative sur le groupe de pairs mis en place dans les centres de « counseling » des Universités américaines au sein du PRN « CCMH », Castonguay (72) a montré plusieurs avantages du groupe de pairs à partir de questionnaires des cliniciens participant. Le groupe de pairs permettait de résoudre plusieurs problèmes sur l'appropriation de la méthodologie par les cliniciens de même qu'il aidait à améliorer la qualité des cotations et la fidélité inter-juge. Le temps d'échange avec les pairs était grandement apprécié par les cliniciens.

3. De la Présentation et des Buts de l'étude de cas d'Adélaïde

Dans le dernier chapitre parcouru, nous venons d'énumérer plusieurs avancées méthodologiques qui ont renouvelé les approches de la recherche évaluative en psychothérapie. Nous avons défini et examiné successivement les aspects suivants : les études intensives de cas en milieu « naturel », les outils psychométriques de résultats et surtout de processus psychothérapique, la formulation de cas, les réseaux de recherche sur les pratiques en psychothérapie.

A travers l'étude intensive du cas qui fournit la matière première de cette thèse, les buts que nous nous proposons de poursuivre sont doubles :

- **Le but principal de l'étude** est d'évaluer l'efficacité et les processus de changement dans une psychothérapie d'inspiration psychanalytique du cas unique d'une patiente (Adélaïde) atteinte d'un trouble de personnalité borderline. Pour y parvenir, nous avons implémenté dans une étude intensive de cas les différentes avancées méthodologiques que nous venons de citer (étude naturaliste, les outils psychométriques de résultats et surtout de processus psychothérapique, la formulation de cas, les réseaux de recherche sur les pratiques en psychothérapie);
- **Le but secondaire de l'étude** est d'offrir une matière à discussion sur les apports potentiels de ce type d'étude pour réduire le fossé entre les chercheurs en psychothérapie et les psychothérapeutes praticiens.

Cependant, avant d'entrer dans le vif du sujet de l'étude et d'entamer la partie « Matériel et Méthodes », nous nous accordons une dernière digression. Dans le prochain chapitre, nous allons en effet synthétiser des données qui nous paraissent importantes dans la littérature scientifique concernant le **trouble de personnalité borderline** dont souffre le cas que nous présenterons par la suite. Nous nous arrêterons parallèlement sur les principales psychothérapies qui ont été spécifiquement inventées pour traiter cette pathologie. En préambule, nous souhaitons éclairer le lecteur sur ces choix. Certes, nous assumons que le lecteur puisse trouver les paragraphes suivants (qui traitent des étiologies du trouble borderline) quelque peu éloignés du sujet d'une thèse sur la recherche évaluative. Cependant, il nous semble

que traiter des processus de changement psychothérapeutiques et des influences causales qui ont modifié le trouble en question devrait se faire en ayant en tête les étiologies qui ont prévalu au développement du trouble de la patiente. Par ailleurs, cela pourrait certainement projeter un éclairage supplémentaire sur les limites potentielles de la psychothérapie à l'endroit où il est question « d'organicisme » (origine organique et biologique d'un trouble mental) ou « d'épigénétique » (cf. infra).

4. Du Trouble de personnalité borderline

De façon générale, les troubles de personnalité constituent un champ de la santé mentale où les psychothérapies représentent un traitement phare. Il est donc tout à fait approprié de s'intéresser à ce domaine d'application des psychothérapies quand il est question de recherche évaluative. Rajoutons que, parmi tous les troubles de personnalité, la personnalité de type borderline est particulièrement indiquée car elle représente un problème de santé publique par sa fréquence et par l'impact important en terme de mortalité et de morbidité qu'elle occasionne chez les sujets qui en sont atteints. Elle a fait l'objet d'importants travaux théoriques et de multiples inventions psychothérapeutiques, qui rendent légitime son abord dans la recherche évaluative en psychothérapie.

4.1. Des Critères diagnostiques de la personnalité borderline

Le diagnostic de personnalité borderline peut se définir par les seuls critères DSM 4 TR. Mais il est recommandé de faire appel à l'expérience et au sens clinique du thérapeute ; celui-ci peut se représenter par exemple une structure de personnalité chez le patient dans ses relations d'objets (cf. note infra) et établir un diagnostic alors même que tous les critères DSM 4 TR peuvent ne pas être présents. C'est la démarche suivie au sein du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. Le trouble de personnalité borderline selon le DSM 4-TR¹⁸ (74) se

¹⁸ Le diagnostic de ce trouble selon le DSM 4 TR adopte clairement une **approche catégorielle**, fondée sur le dépassement d'un seuil de nombre de critères (présents ou absents). Cependant, le **DSM 5** intègre concomitamment une approche catégorielle et une approche **dimensionnelle** pour les diagnostics de personnalité. Cette divergence nosologique entre DSM 4 TR et DSM 5 fait l'objet de vifs débats, qui sortent du cadre de cette thèse. Cependant, nous renvoyons le lecteur à un article d'opinion de plusieurs chercheurs et psychothérapeutes experts des troubles de personnalité (73) qui critiquent de façon raisonnée la faible utilité clinique d'adjoindre une approche dimensionnelle.

Une autre critique est que le spectre de syndromes du DSM 5 est incomplètement étendu pour décrire l'ensemble de la pathologie de la personnalité rencontré en pratique clinique. L'effet dommageable est le retrait – pour ne pas dire la disparition pure et simple - dans la nomenclature du DSM 5 des troubles de personnalité de plusieurs diagnostics présents dans les versions antérieures parmi lesquels le trouble de personnalité narcissique et le trouble de personnalité histrionique par faute de recherche liée à des problèmes de faisabilité ou de méthodologies (difficile évaluation par auto-questionnaire, échantillons difficile à collecter dans des populations non cliniques). Alors même qu'une quantité significative de recherche empirique et de qu'un corpus de sagesse clinique en a accumulé des éléments probants à travers les décennies passées.

Pour faire le lien avec le chapitre de cette thèse sur le fossé entre science et pratique, cette évolution de conception nosologique n'est pas sans effet dans l'accentuation de la distance qui peut exister entre les psychothérapeutes praticiens et la recherche en santé mentale en générale, qu'ils peuvent parfois trouver dénuée d'intérêt pour leur pratique quotidienne.

défini comme un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et demeure présent dans des contextes divers. Le diagnostic est établi quand au moins cinq des neuf manifestations suivantes sont repérées chez le patient :

(Critère 1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés

(Critère 2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

(Critère 3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi

(Critère 4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (par exemple : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).

(Critère 5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations

(Critère 6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (p. ex., dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours)

(Critère 7) sentiments chroniques de vide

(Critère 8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (p. ex., fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées)

(Critère 9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères.

4.2. De la Discussion nosologique – Des comorbidités du trouble de personnalité borderline

Dans la conception nosologique du trouble de personnalité borderline (pour une revue « ontogénétique » du trouble de personnalité cf. Gunderson (75)), une discussion sur les délimitations et l'indépendance de cette entité clinique vis-à-vis d'autres troubles mentaux fut toujours périodiquement posée et mise à l'épreuve. Premièrement, un recouvrement symptomatique et/ou une proximité étiologique rapprocha un temps ce trouble de personnalité avec la schizophrénie, le trouble schizotypique puis plus tard la dépression. Des études notamment familiales

distinguent clairement ces unités cliniques entre elles, même si 83 % d'épisodes dépressifs majeurs et 39 % de dysthymie sont des comorbidités potentielles au cours de la vie entière d'un patient souffrant de trouble de personnalité borderline (76).

Deuxièmement, la relative fréquence d'un antécédent de maltraitance infantile chez les patients borderline (70% selon (77)) fit suspecter une liaison entre trouble de personnalité borderline et syndrome de stress post-traumatique. Chez les patients souffrant d'un trouble borderline, une co-morbidité avec un syndrome de stress post-traumatique est retrouvée dans 30 % (78). Mais si les études les plus récentes établissent bien un lien privilégié entre maltraitance infantile (maltraitance sexuelle, maltraitance physique, négligence émotionnelle) et personnalité borderline, la présence d'une maltraitance infantile n'est pas une condition nécessaire à son développement (79). Une histoire de traumatisme ne rendrait compte que d'une faible part de la variance étiologique (80) (81) (82). De plus, il est maintenant établi que les maltraitements infantiles ne sont pas un facteur de risque spécifique d'un type de maladies mentales mais prédisposent (35) à nombre d'entre elles (pour une méta-analyse récente sur les conséquences mentales à long terme des maltraitements, cf. (83)). Troisièmement, le diagnostic différentiel du trouble de personnalité borderline principalement débattu aujourd'hui concerne le trouble bipolaire, auquel il pourrait être éventuellement affilié. Ces deux entités possèdent une nette dimension d'impulsivité ; le spectre bipolaire s'étend jusqu'à des entités où la présence d'un état maniaque n'est pas forcément nécessaire. Cependant, le traitement des patients borderline par des thymorégulateurs reste peu convaincant. Quatrièmement, citons brièvement les fréquentes comorbidités addictives (alcool, drogues, trouble du comportement alimentaire) qui ont tendance à compliquer le pronostic du trouble de personnalité borderline. Enfin, des comorbidités du trouble de personnalité borderline avec d'autres troubles de personnalité de l'axe II du DSM-4 existent : elles sont principalement représentées par le cluster B des troubles de personnalité (histrionique, antisociale, narcissique) (76).

4.3. De(s) Etiologie(s) du trouble de personnalité borderline

Les étiologies du trouble de personnalité borderline demeurent encore incertaines, comme pour l'ensemble des troubles de personnalité. L'histoire des idées a été marquée par l'émergence d'hypothèses psychologiques, sociales et biologiques qui se sont complétées mutuellement.

Plusieurs psychologues et psychothérapeutes successifs ont insisté sur

l'importance d'un facteur traumatique (cf. supra, la discussion nosologique) au cours du développement de l'individu. Kernberg et Materson mirent en lumière le lien potentiel entre la problématique abandonnique usuelle chez ces patients avec la pauvreté du *parenting*¹⁹ qu'ils ont vécu au cours des interactions précoces. Fonagy (84,85) proposa une conception originale de l'éthiopathogénie du trouble de personnalité borderline, en s'appuyant sur des théorisations antérieures (Bowlby et Winnicott) et sur des recherches expérimentales en développement de l'enfant. A partir d'études sur l'attachement menées à des stades précoces du développement de l'enfant, Fonagy postula que l'échec des parents dans la capacité à refléter en miroir les états mentaux de l'enfant pouvait être à l'origine chez lui de handicaps dans la connaissance de soi et dans sa capacité à éprouver de l'empathie envers les autres. Ses capacités entravées de « mentalisation »²⁰ (86) pourraient ainsi conduire plus tard à un trouble de personnalité borderline. Linehan (87) quant à elle proposa un modèle bio-social où des prédispositions biologiques en terme de vulnérabilité émotionnelle seraient exacerbées par des expériences environnementales (une expérience psycho-traumatique en rapport avec de la maltraitance et des abus).

Les étiologies dont l'origine est plus « organique » proviennent de trois champs d'investigation. Premièrement, dans les années 1990, Siever et Davis (88) donnèrent un ancrage biologique à ce trouble de personnalité qui serait caractérisé par deux dispositions psychobiologiques : une dérégulation émotionnelle (associée à une hyperréactivité du système noradrénergique) et un défaut du contrôle comportemental des impulsions (corrélé avec une modulation sérotoninergique réduite). Deuxièmement, l'hypothèse génétique fut grandement étayée à partir de travaux avançant le chiffre de 68 % d'héritabilité du trouble de personnalité borderline (89). Une revue systématique récente (90) avance plutôt le chiffre approximatif de 40 % d'héritabilité et rappelle les preuves (études familiales, études de jumeaux)

¹⁹ « **Parenting** » en anglais renvoie au « comportement parental » qui désigne « toutes les conduites par lesquelles les parents s'occupent de la protection, du logement, du réchauffement, des soins d'hygiène, de l'alimentation, du transport et de l'éducation de leurs jeunes » (13)

²⁰ Nous définissons le terme de « **mentalisation** » (« **mentalization** » en anglais) ainsi : (traduction libre) : « Lorsque nous nous engageons dans une forme d'activité mentale imaginaire qui permet de percevoir et d'interpréter le comportement humain en terme d'états mentaux intentionnels, par exemple sous forme de besoins, de désirs, de croyances, de sentiments, de buts, de raisons » (86). La première utilisation de ce terme chez Fonagy (86) a été influencée par l'Ecole Psychosomatique de Paris mais elle a été d'emblée utilisée sous sa forme opérationnalisée que lui donnèrent les chercheurs en développement spécialisés en théorie de l'esprit.

d'interactions gène – environnement (processus épigénétiques) dans l'histoire naturelle du trouble de personnalité borderline. Des gènes impliqués dans l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien pourraient être de bons candidats à investiguer. Deux mécanismes seraient avancés : soit la modification en elle-même d'un gène constituerait une vulnérabilité, soit l'individu qui développera plus tard un trouble de personnalité présenterait une mutation d'un gène modifiant sa neuroplasticité : par exemple, face à un événement négatif, l'individu en question subirait des modifications cérébrales encore plus prononcées qu'un individu normal (comme si sa neuroplasticité fonctionnait dans un sens aggravant, accentuant l'aspect négatif d'un événement d'adversité). Troisièmement, des études de neuro-imagerie rapportèrent certaines anomalies cérébrales structurales et fonctionnelles au niveau des structures limbiques qui pourraient probablement être impliquées dans la dysfonction émotionnelle symptomatique chez les patients borderline. Une méta-analyse rapporta une diminution des volumes de l'hippocampe et de l'amygdale comparés à des témoins sains (91,92). Mais il est rappelé que ces anomalies ne sont pas spécifiques (elles ont également été retrouvées chez des patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique). Par ailleurs, une augmentation de l'activation de l'amygdale devant des stimuli négatifs a également été retrouvée chez les patients borderline. Les preuves n'ont pas encore atteint un niveau suffisamment probant car les résultats demeurent contradictoires selon les études (93).

4.4. Des Théorisations psychopathologiques psychanalytiques

Après avoir abordé différentes questions nosologiques, nous souhaiterions maintenant résumer certains aspects psychopathologiques propres au patient atteint de trouble de personnalité borderline. Cela permettra de mieux comprendre, au paragraphe suivant, les modèles de psychothérapies tels qu'ils ont été développés par le point de vue psychanalytique. Dans ce paragraphe, nous évoquerons donc les spéculations théoriques avancées par Kernberg et Widlöcher pour décrire ensuite deux mécanismes de défense psychologique principaux (le clivage et l'identification projective) retrouvés dans le trouble de personnalité borderline.

Pour **Kernberg** (94,95), le trouble de personnalité borderline renverrait à une structure²¹ de la personnalité fixe et stable dans le temps. Dans celle-ci, un

²¹ (Note sur pp. 41-42) « **Structure** » (96,97) renvoie bien ici aux conceptions nosologiques de la psychiatrie influencée par la psychanalyse du début du vingtième siècle (années 1920-1930) qui organisait toutes les maladies mentales selon deux « structures » : l'une psychotique, l'autre névrotique

« **syndrome d'identité diffuse** » y serait défini comme « *l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets²² totaux en relation avec soi* ». Ce syndrome d'identité diffuse serait corrélé à une faiblesse du Moi²³ qui se manifesterait de façon non spécifique (manque de tolérance à l'anxiété, manque de contrôle pulsionnel, manque de différenciation des images de soi et d'objet). Les **frontières du Moi** seraient **uniquement absentes dans le domaine des relations interpersonnelles** proches, aboutissant alors à un fonctionnement de type psychotique avec irruptions de fantasmes primitifs. La qualité des relations d'objet internalisées du patient borderline pâtiraient de cette fragilité des frontières du Moi. Cela aurait également comme conséquence une altération des capacités d'abstraction et d'adaptation à la réalité.

Pour Widlöcher (98), l'état limite de la personnalité²⁴ n'est pas une structure de personnalité mais une organisation. Celle-ci reposerait sur un système d'attitudes et d'opérations stables et cohérentes. La projection en tant que mécanisme de défenses y jouerait un rôle prépondérant dans la gestion des relations interpersonnelles et des passages à l'acte du patient. Dans sa description de l'état limite de la personnalité, Widlöcher met aussi en exergue une **activité fantasmatique crue** dans son expression et dénuée des défenses névrotiques habituelles ainsi que des **tendances agressives particulièrement intenses** qui joueraient selon lui un rôle étiologique important.

Si nous nous penchons maintenant sur les mécanismes de défense, plusieurs théoriciens cliniques considèrent le clivage, l'identification projective et la perturbation de l'identité comme la marque de la personnalité borderline. Nous décrivons uniquement les deux premiers mécanismes. Concernant la « perturbation de

(la seconde étant réputé propice à une cure de psychanalytique contrairement à l'autre). Quant au trouble de personnalité borderline, le débat entre théoriciens étaient de savoir s'il s'agissait d'une troisième « structure » (comme Kernberg) ou bien d'un aménagement ou une « réorganisation » des deux structures préexistantes.

²² « **Objet** » s'entend ici comme un corrélatif de l'amour présent dans la relation qui relie la personne totale (ici le patient borderline) et un « objet » visé comme une totalité (personne, entité, idéal) (7)

²³ Définition du « **Moi** » : (7) : « *Instance que Freud, dans sa seconde théorie de l'appareil psychique, distingue du ça et du surmoi. Du point de vue topique, le moi est dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du ça que des impératifs du surmoi et des exigences de la réalité.* » Il est « *chargé des intérêts de la totalité de la personne* ».

²⁴ Dans la nosographie française, le terme « **état limite de la personnalité** » est fréquemment employé et il recouvre les mêmes réalités que le terme du DSM « *borderline personality disorder* » à quelques variations près.

l'identité » ou « syndrome d'identité diffuse » (« *identity disturbance* » ou « *identity diffusion* ») nous renvoyons le lecteur à la description qu'en fait Kernberg à la page précédente ainsi qu'à la description précise qu'en font Shedler et Westen à travers leur instrument du SWAP - décrit en note 22 - (où le concept de perturbation de l'identité correspond aux items 15, 151, 90, 172, 150, 87, 38, 102 ; cf. (99) p.583).

Le clivage peut être défini à trois niveaux (99) (p.24-26). Premièrement, au sein de l'individu, il renvoie au fait d'exprimer des croyances ou des émotions contradictoires sans être perturbé par cette incohérence, et ne ressent qu'un besoin faible de réconcilier ou résoudre des idées contradictoires (item 162 du SWAP²⁵). Deuxièmement, dans la relation du sujet avec les autres, le clivage s'exprime dans des jugements extrêmes portés sur autrui : soit une tendance à idéaliser autrui d'une manière non réaliste de le voir comme « entièrement bon » en excluant les défauts humains du commun des mortels (item 45 du SWAP) ; soit en perdant la capacité de voir en l'autre ses qualités positives (item 79 du SWAP). Cette description peut être complétée par l'incapacité à percevoir simultanément les qualités et les défauts d'une personne, illustrée par des changements brusques de perception : telle personne naguère aimante et aidante devenant tout à coup malveillante (item 9 SWAP-II). Troisièmement, les patients borderline ont tendance à susciter des conflits ou de l'animosité au sein d'une équipe de professionnels de santé mentale par exemple : ils peuvent ainsi présenter une version différente d'une même situation en fonction de personnes différentes, entraînant celles-ci à former des vues contradictoires (item 18 du SWAP).

Un deuxième mécanisme de défense assez caractéristique est l'**identification projective** (99). Dans celle-ci, le patient tend à voir ses propres impulsions ou sentiments inacceptables chez les autres plutôt qu'en soi-même (item 116 du SWAP). Il peut manœuvrer pour susciter chez l'autre le sentiment éprouvé par lui-même, parvenant ainsi à rendre le thérapeute anxieux ou en colère lorsqu'il éprouve lui-même ce sentiment (item 76 du SWAP). Il existe également une tendance à amener les autres dans des scénarios ou leur faire endosser un rôle qui leur est étranger ou non familier (par exemple faire sentir au thérapeute qu'il est la seule personne au monde qui puisse l'aider ou le faire se sentir insensible ou cruel alors que cela ne lui ressemble

²⁵ **Le Shedler-Westen Assessment Procedure** (100) ou **SWAP** est un instrument et une méthode permettant de quantifier des observations cliniques et des inférences subtils et sophistiqués, notamment dans les différents aspects de la personnalité (101,102).

pas) (item 154 du SWAP).

4.5. Des Principales psychothérapies pour le trouble de personnalité borderline

Ne pouvant être exhaustif, nous avons choisi de présenter les modèles de psychothérapie à destination des patients borderline qui nous semblent les plus importants. Nous aborderons donc successivement les points de vue psychanalytique, comportemental et cognitif, institutionnel.

Avant d'entrer plus en détail dans les techniques spécifiques à chaque courant de psychothérapie, nous allons exprimer ici un obstacle au traitement auquel tous les psychothérapeutes peuvent communément être confrontés. Face à un patient atteint de trouble de personnalité borderline, un des plus grands pièges dans lequel peut tomber un psychothérapeute non averti est constitué par une **réaction de contre-transfert négative**²⁶ en lui-même (99) (p. 25). Le contre-transfert chez les patients borderline peut prendre diverses formes (hostilité, peur, confusion, ennui, impuissance) Celle-ci est malheureusement corrélée à une perte de chance en terme de résultat de la psychothérapie, étant donné qu'une réaction contre transférentielle intense induit une alliance thérapeutique de piètre qualité entre le psychothérapeute et le patient. De façon plus globale, les patients souffrant de trouble de personnalité borderline traînent souvent derrière eux une réputation de patient difficile à prendre en charge. Ils pâtissent fréquemment de descriptions péjoratives voire de stigmatisation dans les services de soins (Houck dans les années 1980, cité par Gunderson (75), les décrit comme « *réfractaire[s] à tout traitement, indiscipliné[s], utilisant les hôpitaux pour fuir leurs responsabilités* »). Leurs symptômes étaient parfois vus comme des feintes et non pas comme une réalité.

4.5.1. Points de vue psychanalytiques

Nous décrivons ici trois approches psychothérapeutiques d'inspiration psychanalytique : celle de Kernberg, celle de Fonagy et Bateman, celle de Luborsky.

La Psychothérapie focalisée sur le transfert de Kernberg_(103)

Kernberg expliquait les échecs de la psychothérapie des patients borderline

²⁶ Mais le contre-transfert chez le thérapeute envers le patient borderline peut être aussi excessivement « positif » comme prendre la forme de fantasmes de sauvetage et désir de guérir « par amour ». Le contre-transfert avec les patients borderline peut conduire le thérapeute « à *vouloir tuer ces patients ou bien à transgresser des limites professionnelles pour les sauver* » (99) (p. 25).

(94) (p. 288) uniquement comme une résultante de motivations adverses ou contre-productives des patients. Pour lui, les **réactions transférentielles négatives** des patients avaient une double origine : d'une part, une culpabilité inconsciente d'origine masochiste ; d'autre part, une destructivité de tout ce qu'ils pouvaient recevoir du psychothérapeute (en lien avec une envie inconsciente de « détruire » le psychothérapeute alors identifié à un objet primitif et sadique). La thérapie de Kernberg met l'accent sur trois points : **l'interprétation, le maintien d'une neutralité technique, l'analyse du transfert**. La thérapie se focalise sur l'exposition et la résolution du conflit intrapsychique. Les buts de la thérapie incluent notamment un **contrôle des impulsions augmenté, une tolérance à l'anxiété, une habilité à moduler les émotions, le développement de relations interpersonnelles stables**. Durant la première année de traitement, une hiérarchie des cibles du traitement était établie. Par ordre d'importance décroissant, ces objectifs étaient : de **contenir les comportements suicidaires et autodestructeurs**, de contenir les comportements qui visent à détruire la thérapie, **d'identifier les schémas de relations d'objet dominants**. Kernberg a aussi développé une **thérapie de soutien** à destination des patients les plus sévères où des interprétations ont moins de place pour être prodiguées en début de thérapie et où seules les réponses négatives au thérapeute ou à la thérapie sont explorées (transfert négatif).

De façon plus générale, la position psychanalytique évolua (75) par le truchement d'aménagements du cadre psychothérapeutiques par rapport à ce qu'il peut être dans le format d'une cure psychanalytique classique : contrairement à ce qui avait été prôné dans les premières décennies, il fut admis **le tort et le caractère nuisible d'une attitude neutre, passive**, d'une faible maintenance des limites du cadre psychothérapeutique, et la reconnaissance de la fréquence des réactions contre transférentielles. A la place, le rôle essentiel de **l'empathie et du soutien** devint une position majoritaire parmi les psychanalystes.²⁷ La position psychanalytique évolua aussi à la faveur de la reconnaissance progressive des hautes fréquences d'arrêts prématurés dans les psychothérapies chez les patients borderline de même que les échecs fréquents à l'issue de ces thérapies.

²⁷ Un débat sur ces questions opposa la position de Kernberg sus décrite à celles d'autres psychanalystes (Kohut, Adler) ou des « psychologues relationnels » (relational psychologists) comme Jordan (75).

La Psychothérapie basée sur la mentalisation de Fonagy et Bateman (104)

Bateman et Fonagy ont développé la « psychothérapie basée sur la mentalisation », une thérapie intensive basée sur la théorie de l'attachement (le trouble de personnalité borderline est pensé comme un **trouble de l'attachement**) avec une focalisation sur **les schémas relationnels et les facteurs inconscients** qui inhibent le changement. La "mentalisation" du patient renvoie à sa propre perception ou à l'interprétation des actions de l'autre comme intentionnelles. Les patients atteints de trouble de personnalité borderline auraient, selon eux, une "mentalisation" inadéquate. La thérapie se donne plusieurs objectifs : **amener le patient vers une conscientisation de ses états mentaux, un sens plus complet et intégré de « l'agentivité mentale »** (prendre conscience que le patient est bien l'agent de ses productions de pensées) et développer la capacité de **reconnaitre l'existence de pensées et sentiments** dont il fait l'expérience.

La Thérapie de soutien et d'expression de Luborsky (105)

En 1984, Lester Luborsky²⁸ proposa une forme de psychothérapie psychodynamique brève (durant entre 20 à 25 séances), qu'il nomma « thérapie de soutien et d'expression » (« *supportive - expressive treatment* »). Son principe est que le psychothérapeute divise l'ensemble de la psychothérapie entre deux types de séances : soit des séances de « soutien », soit des séances « expressives », qui se distinguent toutes deux par des buts différents et la manière dont le transfert du patient y est appréhendé par le thérapeute. Le but des **techniques de soutien** est d'alléger les symptômes (avec réduction de la détresse, l'anxiété, la dépression), en utilisant la réaction du patient (réassurance par exemple) ou l'autorité du thérapeute (illustrée par exemple par la suggestion au patient de changer tel ou tel comportement problématique). La finalité des **techniques expressives** quant à elles est de promouvoir chez le patient des changements durables dans le fonctionnement mental (développement de l'insight) ou la personnalité, en explorant des aspects de la relation patient – thérapeute pour dévoiler des manifestations cachées de fantasmes de

²⁸ **Lester Luborsky**, un des fondateurs de l'approche scientifique de la recherche en psychothérapie, a travaillé de nombreuses années à la Fondation Menninger (Topeka, Kansas) et a activement participé au projet de recherche sur les psychothérapies de cette fondation (l'étude en question reposait sur la comparaison de l'efficacité de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique vs. cure de psychanalyse). Sa thérapie de soutien – expressive s'inspire donc de son expérience et des résultats de ces recherches.

transfert (106). Or, les techniques expressives sont réputées plus déstabilisantes pour le patient et ses défenses psychologiques. Donc, pour un meilleur ajustement au patient, le thérapeute doit repérer les moments où le patient est en crise : les techniques de soutien y sont alors propices tandis que les techniques expressives sont évitées.

De façon connexe à la thérapie de soutien - expressive, nous pouvons rappeler que Luborsky (107,108) est à l'origine d'une méthode de formulation de cas en psychothérapie : le « thème relationnel conflictuel central » (« *Core Conflictual Relationship Theme* » ou CCRT). Dans celle-ci, le thérapeute repère des épisodes relationnels dans lesquels il identifie des désirs, des réponses aux autres, des réponses à soi dans le discours du patient (conscient et inconscient). En relevant les histoires ou narrations (« narratives ») itératives les plus fréquentes dans les transcriptions de séances de psychothérapie, le thérapeute est à même d'inférer le CCRT qui représente une interaction complexe entre des désirs et des réponses omniprésentes chez le patient.

4.5.2. Point de vue cognitivo comportemental : Thérapie comportementale dialectique de Linehan

Quant au point de vue cognitivo-comportemental, nous nous concentrons sur la psychothérapie développée par Masha Linehan (104) (105). Après des années de pratique de la thérapie comportementale et cognitive, Linehan a dressé le constat que les patients borderline avaient tendance à vivre comme une disqualification le fait que la thérapie soit focalisée sur leurs schémas de pensée dysfonctionnels. Elle développe alors la " dialectical behavior therapy " ou thérapie comportementale dialectique qui mélange une double filiation théorique et philosophique : la thérapie cognitivo-comportementale occidentale et la tradition méditative orientale (dont la méditation Bouddhiste en pleine conscience). La thérapie comportementale dialectique associe quatre composantes : la thérapie individuelle, un suivi en groupe de patients hebdomadaire, une équipe de consultation pour le thérapeute, une veille téléphonique. Dans le travail individuel entre le patient et son thérapeute, la réduction des comportements suicidaires ou auto agressifs constitue la première des priorités. Un objectif secondaire dans le temps pour le patient est ensuite de ne pas diriger son agressivité vers autrui et de ne pas interférer avec le cours de la thérapie. Le thérapeute s'engage lui-même dans un groupe de consultation, où il trouve soutien, discussion de cas, pratique personnelle d'outils de thérapie comportementale

dialectique : la finalité étant de stimuler la motivation du thérapeute, procurer un support, garantir la fidélité au modèle de la thérapie comportementale dialectique.

La structure de cette psychothérapie est intrinsèquement modulaire. En effet, la thérapie comportementale dialectique se décline en quatre modules :

- Pleine conscience
- Tolérance à la détresse personnelle
- Régulation émotionnelle
- Efficacité interpersonnelle.

La pleine conscience (" mindfulness ") (104) peut être vue comme un concept clé derrière chacun des éléments au sein de la thérapie comportementale dialectique. Elle peut se définir comme la capacité à prêter attention, de manière neutre et sans porter de jugement, à l'instant présent. Elle aide l'individu à accepter et à tolérer de puissantes émotions qui peuvent surgir quand le patient tente de s'opposer à certaines de ses habitudes ou qu'il rencontre une situation source de frustration. La tolérance à la détresse personnelle enseigne au patient à supporter la douleur morale grâce à ses nouvelles compétences. Il s'agit d'une attitude, distincte de l'approbation ou de la résignation, mais au contraire faite d'une neutralité sans jugement. Le but est de devenir capable de reconnaître avec calme les situations négatives et leur impact au lieu d'être submergé par elles ou les fuir. En pratique, des outils comme des acronymes aident le patient à s'en souvenir (exemple : différentes stratégies de " distraction " sous la forme de l'acronyme " ACCEPTS "). La régulation émotionnelle s'attelle à la clinique intense et très labile des émotions du patient borderline. C'est pourquoi des capacités spécifiques dans ce domaine leur sont enseignées : repérage et identification émotionnelle, identification des obstacles au changement des émotions, réduction de la vulnérabilité de passage à l'acte de l'émotion présente à l'esprit, choisir l'action opposée à celle dictée par l'émotion, s'engager dans une tolérance émotionnelle. La régulation émotionnelle enseigne aussi au patient à faire des " analyses en chaîne " (" chain analysis ") pour mieux comprendre les facteurs déclenchant des émotions, comment faire l'expérience de ses sentiments en pensée et en esprit, et comment évaluer des buts plus productifs dans le futur. Les analyses en chaîne sont une forme d'analyse fonctionnelle du comportement, centrée sur la séquence des événements. Elles aident à examiner comment les émotions prédisent nos actions, à comprendre où interrompre la chaîne et utiliser des capacités pour s'orienter vers des buts plus productifs. L'efficacité interpersonnelle développe l'assertivité (ou affirmation de soi) de l'individu

et inclue des stratégies qui interrogent ses besoins réels, qui enseigne à savoir dire non, qui l'aide à faire face à des conflits interpersonnels. Chez les patients atteints d'un trouble de personnalité borderline, le constat est qu'il existerait une discordance entre de bonnes capacités interpersonnelles générales mais une piètre application de leurs capacités générales dans des situations spécifiques qui les concerne eux-mêmes.

La thérapie comportementale dialectique (104) utilise aussi des outils comme des sortes de fiches journalières d'auto-surveillance (" diary cards ") où le patient inscrit lui-même le suivi de ses progrès semaine après semaine (par exemple le nombre de jours où le patient s'est rappelé de remplir la carte, etc.).

4.5.3. Point de vue institutionnel

Dans l'historique des psychothérapies destinées au patient atteint de trouble de personnalité borderline, le point de vue institutionnel s'est peu à peu développé en reconnaissant à **l'hôpital une fonction de « maintien »** (renvoyant au concept de « *holding* » chez Donald Winnicott²⁹) et de soutien qui permettait une rémission symptomatique. La symptomatologie de ces patients fut peu à peu considérée comme une réalité et non plus comme des plaintes fallacieuses et feintes. En outre, un **approfondissement des interprétations** affina la **psychopathologie** de ces patients. Ainsi, plusieurs hypothèses interprétatives étaient nouvellement avancées lorsqu'ils exprimaient différentes plaintes phénoménologiques : l'impression pour un patient borderline de se sentir « contenu » pouvait renvoyer à un état dépressif ou à une coopération de sa part ; l'impression de se sentir « rejeté » pouvait être le masque d'une colère autre ou d'une velléité d'autodestruction ; enfin, le sentiment solitude pouvait être associé à son impulsivité ou à une expérience psychotique brève (109). Par ailleurs, des **modalités de prises en charge non psychanalytiques** s'avérèrent grandement utiles : thérapie de groupe, thérapie familiales, traitements médicamenteux. Les objectifs thérapeutiques dérivèrent d'une vision initiale (sans doute « trop ») optimiste (où la guérison par la psychothérapie psychanalytique était recherchée) vers un point de vue pragmatique incluant des perspectives de réhabilitation plus modestes (110).

²⁹ Le « **holding** » est l'aspect des soins maternels ou du maternage qui consiste dans la façon de porter, de tenir et de maintenir le nourrisson. Plus spécifiquement chez Winnicott, il renvoie au concept psychanalytique désignant « cette partie de la contribution d'une mère suffisamment bonne qui est indispensable au tout premier développement du potentiel inné du nourrisson », d'après Petot J. M. *in* (13).

Nous clôturons ici cette longue digression sur le trouble de personnalité borderline et les théorisations des principales psychothérapies développées pour le prendre en charge. Dans la partie suivante, nous allons revenir à l'étude intensive de cas naturaliste qui concerne notre patiente, Adélaïde. Nous allons parcourir les détails méthodologiques de cette étude ainsi que du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques dont elle est issue.



MATERIELS ET METHODES

L'étude qui nous concerne est une étude intensive de cas d'une psychothérapie réalisée dans des conditions naturelles de soins pendant une année. Il s'agit donc d'une étude observationnelle, non expérimentale. Le cas présenté est celui d'une patiente, Adélaïde, qui souffre d'un trouble de personnalité borderline. Comme nous l'avons précisé à la fin de l'introduction, l'objectif principal de cette étude de type « processus – résultats » est d'évaluer la psychothérapie d'inspiration psychanalytique dont la patiente a bénéficié : plus particulièrement, d'examiner son efficacité et de tenter de dégager les processus psychothérapeutiques qui ont abouti aux changements. Nous aborderons donc successivement l'étude par les sous-parties suivantes :

- *Matériels :*

Une présentation clinique de la patiente. Les Données initiales de base et les Modérateurs de la psychothérapie. Formulation de cas initiale à l'inclusion dans l'étude.

- *Méthodes :*

Une présentation générale du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques : avec successivement : l'organisation du réseau, le travail en groupe de pair, les critères d'inclusion et d'exclusion, le consentement du patient, la collecte des données, la méthode de cotation. Les échelles psychométriques de résultats (Echelle Santé Maladie ou ESM, et Echelle de Fonctionnement Psychodynamique ou EFP) et de processus (Questionnaire de Configuration Psychothérapeutique ou PQS).

Matériels

Présentation clinique de la patiente

Adélaïde³⁰ est une jeune femme de 28 ans, qui exerce une profession paramédicale dans une maison de retraite. Elle a été adressée par une collègue auprès de laquelle elle a fait une demande de supervision de sa pratique et au cours de laquelle Adélaïde a formulé une demande de soin pour elle-même. Symptomatiquement, Adélaïde est habitée par une angoisse majeure (consécutive à la séparation d'avec son compagnon après huit années de vie commune) associée à une anorexie avec amaigrissement, de graves troubles du sommeil. Elle souffre aussi de conduites d'automutilation, d'une fuite dans l'imaginaire (de type délirante ?) et d'idées de mort récurrentes accompagnées de conduites à risque suicidaires.

Sur le plan de la prise en charge, elle accepte de suivre des soins psychiques intensifs dans un centre d'accueil et de crise puis commence une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Elle ne prend pas de traitement psychotrope auxquels elle est opposée.

Des antécédents psycho-traumatiques sont mis au jour dès les premiers entretiens de la psychothérapie : pathologie psychiatrique puerpérale déclenchée par sa naissance chez la mère (dépression puerpérale voire éléments psychotiques ?), épisode aigu aux fortes composantes psychotiques non traité à l'adolescence de la patiente et d'évolution spontanément résolutive.

Sur le plan social et professionnel, elle vit loin de sa famille avec laquelle les relations sont ambivalentes de part et d'autre ; elle continue à travailler et partage désormais une colocation avec une amie.

Données initiales de base et modérateurs de la psychothérapie

Les modérateurs correspondent à des paramètres propres au patient (personnalité, soutien social, gravité symptomatique, motivation, référentiel de croyance et acceptation vis-à-vis d'un type de psychothérapie), au thérapeute (formation, expertise, personnalité, qualités interpersonnelles) ou au contexte qui ont un effet potentiellement positif ou négatif sur l'effet d'une psychothérapie (56). En d'autres termes, ils influencent la nature de la relation entre le traitement et le résultat (111). Nous les regroupons sous le tableau 1 (page 50).

³⁰ Le prénom a été changé et d'autres éléments ont été anonymisés (comme le détail de la profession de la patiente, domiciliation).

Tableau 1 : Modérateurs de la Psychothérapie d'Adélaïde

Age	28 ans
Sexe	Femme
Type de psychothérapie	Psychothérapie d'inspiration psychanalytique
Rythme des séances	1 par semaine puis 2 par semaine, d'une durée de 45 minutes
Médicaments psychotropes	Aucun
Problèmes Somatiques	Colopathie fonctionnelle ; trouble du comportement alimentaire non spécifié (pas de perte de poids >15% de son poids physiologique)
DSM 4 TR	Axe 1 : Episode dépressif majeur d'intensité moyenne, épisode unique ; trouble alimentaire non spécifique (non repéré à l'époque) Axe 2 : Trouble de personnalité de type borderline Axe 3 : Trouble fonctionnel intestinal Axe 4 : Séparation amoureuse (conséquence des troubles de l'axe 2) Axe 5 : Echelle Globale de Fonctionnement ³¹ = 50 /100
Diagnostic psychiatrique posé antérieurement	Episode pathologique à l'adolescence aux fortes composantes psychotiques
Antécédents de prises en charge	Orientée vers une prise en charge ambulatoire suite à une hospitalisation dans un centre de crise l'année précédant le début de la psychothérapie
Autre prise en charge	Prise en charge non conventionnelle (médium ?)
Travail	Travail régulier apportant une stabilité et un certain épanouissement
Contextes : prise en charge antérieure, soutien social, soutien familial	Faible soutien familial ; séparation amoureuse dans l'année puis constitution d'un nouveau couple

Concernant le diagnostic DSM 4 TR (cf. pages 34-35) de trouble de personnalité borderline, la patiente présente sept critères sur neuf (soit la quasi-totalité des critères DSM 4 TR sauf les critères n°4 d'impulsivité et n°8 de colères incontrôlées). Si Adélaïde a pu commettre une tentative de suicide médicamenteuse l'année précédant le début de la thérapie ainsi que des automutilations, elle n'a pas le phénotype caractérisée par les colères ni les comportements impulsifs (elle a certes des conduites de types anorexiques mais sans crises de boulimie impulsives). Au sein du réseau RRFPP, le clinicien fonde le diagnostic à la fois sur les critères DSM 4 TR mais également sur son expérience et son sens clinique : le clinicien peut considérer qu'un patient a une personnalité pathologique de type borderline même si le nombre

³¹ **L'Echelle Globale de Fonctionnement (ou EGF)** (112) n'est ni plus ni moins que le score global de l'Echelle Santé Maladie de Luborsky (ESM) que nous décrivons plus loin. EGF=50 correspond à des symptômes importants et à une atteinte importante du fonctionnement social. Dans une interprétation psychanalytique, EGF= 50 se situe en dessous du « niveau névrotique de faiblesse du Moi ».

nécessaire de critères (soit 5 dans le DSM 4 TR) n'est pas atteint.

Formulation de cas initiale de la psychothérapie d'Adélaïde

La formulation de cas de psychothérapie initiale est présentée dans le tableau 2 à la page suivante. Elle suit le format proposé par Jean-Michel Thurin et Monique Thurin (cf. Annexe 3). Elle est établie à partir des trois premiers entretiens du suivi.

Méthodes

Présentation du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion de l'étude concernait un (ou une) patiente majeur(e) (âgé de plus de 18 ans) et intégrant une psychothérapie duelle (d'inspiration psychanalytique, TCC ou autre) en ambulatoire. Un patient est exclu si la thérapie s'arrête avant la période d'un an.

Consentement du patient

Après une présentation du dispositif de recherche, la patiente a été informée et a donné son consentement. Mais un consentement écrit n'est pas requis dans la réglementation française pour les études observationnelles, non expérimentales. Cependant, un agrément a été obtenu auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, avec anonymisation de toutes les données des patients grâce à un code d'identification, connue par une seule personne.

Collecte des données

Le recueil de données s'est effectué par le psychothérapeute qui a mené la psychothérapie, par le biais d'une observation structurée en milieu naturel, permettant d'établir des verbatim (transcriptions d'entretiens par prises de notes extensives des séances durant ou juste après celles-ci : en l'occurrence les trois premières séances lors de l'inclusion, deux séances à 2 mois, deux séances à 6 mois, deux séances à 9 mois, deux séances à 12 mois).

Tableau 2 : Formulation de cas de psychothérapie initiale (Adélaïde)

Problèmes actuels, fonctionnement psychologique, contexte de vie	Intégration des données
<ul style="list-style-type: none"> - Angoisse majeure avec syndrome dépressif, conduites à risque suicidaire et auto-agressives, variation de l'humeur, difficulté à contenir les émotions - Relations interpersonnelles marquées par l'ambivalence, la peur de l'abandon, la quête de reconnaissance et de proximité avec l'autre qui suscite des craintes d'empiètement dont il faut se défendre en gardant ses distances. - Dépendance affective à la grand-mère maternelle, relations conflictuelles avec la famille, absence de poids du père. - Processus de clivage, de répétition ; fragilité narcissique. - Fin récente d'une histoire amoureuse longue (vie maritale pendant 7 ans) - Difficulté à assumer son identité professionnelle ; travaille régulièrement dans un milieu difficile. - Capacité à s'interroger sur elle-même, à élaborer ; bon insight 	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme psychique consécutif à des carences maternelles majeures lorsqu'elle était nourrisson. Sa relation à l'autre s'en est trouvée durablement affectée : à la recherche de ce qui lui a manqué, elle retourne au lieu du trauma avec des attentes inadéquates, rencontrant déception et désillusion. - La relation à l'autre ne peut qu'être dangereuse ou frustrante : la peur de l'abandon ou a contrario celle d'être manipulée, possédée n'étant jamais loin ; aussi faut-il la contrôler et instaurer une distance de sécurité empêchant la rencontre authentique. - Fragilité narcissique et porosité des enveloppes psychiques
Facteurs non dynamiques - Vulnérabilités	Objectifs et stratégie
<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie de la puerpéralité chez la mère déclenchée au moment de la naissance d'Adélaïde ; dépression post-partum prolongée de la mère. - Négligences, maltraitements parentaux dans la petite enfance - Angoisse psychotique non traitée à l'adolescence - Antécédent de viol en fin d'adolescence - Colopathie fonctionnelle chronique et trouble des conduites alimentaires (dans le spectre de l'anorexie mentale, sans diagnostic caractérisé) 	<ul style="list-style-type: none"> - Objectif 1=Diminution de l'angoisse, idées suicidaires, conduites auto agressives - Objectif 2=Amélioration de la relation d'objet - Objectif 3=Reconstruction d'un Moi plus solide et plus structuré - Stratégie : Installation d'un transfert solide pour avoir le temps d'aller loin et en profondeur. Dans un premier temps mise en place d'une relation d'étayage solide avec re-narcissisation tout en commençant à mettre en perspective les symptômes, leur analyse et l'histoire personnelle.

Travail au sein du réseau ³²

Les membres du groupe de pairs ont reçu une formation à la méthodologie de la recherche, aux outils, aux cotations, lors de quatre journées sur un an à Paris organisés par les chercheurs qui coordonnent le réseau. Notre groupe de pair s'est constitué en regroupant des thérapeutes (éloignés géographiquement) qui ne se connaissaient pas antérieurement. Les réunions ultérieures ont permis une mise en commun de situations cliniques avec d'autres groupes de pairs, un accompagnement du réseau dans l'appropriation des outils, une présentation des résultats de la recherche (notamment de ses modélisations).

Déroulement des cotations, rythme de travail

De façon générale, les cotations des trois outils (ESM, EFP, PQS) se sont effectuées de façon indépendante entre les membres du groupe de pairs, pour une mise en commun et la recherche d'un consensus secondairement. Les cotations ont été effectuées dans l'ordre chronologique du déroulement de la psychothérapie (cotations à l'initiation en premier, cotations à 12 mois en dernier). Après une phase initiale, les réunions du groupe de pairs dont nous avons fait partie se sont enchaînées au rythme d'une à deux par mois, d'une durée de deux à trois heures environ, pendant un an à un an et demi. Un diagnostic DSM 4 et une formulation de cas en psychothérapie ont été établis à l'inclusion et à 12 mois. Pour l'Echelle de santé Maladie de Luborsky, l'Echelle de Fonctionnement Psychodynamique de Høglend, le Psychotherapy Process Q-set de Jones et Ablon, les cotations ont été menées pour les entretiens de l'inclusion, 2 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois. Les cotations étaient établies à l'aide d'Excel®. Pour l'implémentation du PQS, un programme informatique a été développé avec FileMaker Pro pour l'échange des données entre le groupe de pairs et les chercheurs. Nous avons réalisé des scripts informatiques sous le logiciel R version 3.2.2 (© the R Foundation) pour la réalisation des figures de cette thèse.

Regroupement de cas au sein du réseau

Pour favoriser l'analyse, les cas peuvent amener soit à une analyse individuelle concernant, un seul cas ; soit une analyse regroupant quelques cas (3 par exemple comme dans une étude publiée sur les enfants souffrant d'autisme) ; soit une analyse

³² Le réseau comprend environ 200 membres avec 65 groupes de pairs. En janvier 2012, 125 psychothérapies avaient été incluses dans l'étude (dans les pôles « borderline » et « autisme »).

sur un nombre plus important de cas. Pour situer le cas d'Adélaïde, nous allons brièvement faire appel aux résultats de l'Echelle Santé Maladie chez 15 cas de patients borderline issus du réseau.

Présentation des échelles psychométriques : ESM, EFP, PQS.

Echelle Santé Maladie (ESM)

L'échelle d'évaluation santé maladie a été développée dans le cadre du projet de recherche sur les psychothérapies de la Fondation Menninger³³ (60) (Health-Sickness Rating Scale ou HSRS ; traduction française par Gérin, Peyras et Tissot en 1982) et donne une description globale et spécifique par échelle de la santé mentale d'un patient donné. C'est une hétéro évaluation par un clinicien ou un chercheur qui compare l'état du patient avec des présentations synthétiques d'autres patients type, classés par paliers allant de 5 en 5 pour arriver à un score général (compris entre 0 et 100) et des scores d'échelles spécifiques (comprises elles aussi entre 0 et 100). Pour cette échelle, le niveau optimal est à 100 tandis que le niveau le plus grave est à 0.

Les sept échelles spécifiques comprennent :

- le besoin d'être protégé,
- la gravité des symptômes,
- le degré de malaise et de détresse subjectifs,
- les conséquences de l'état du patient sur l'entourage,
- le degré d'utilisation de ses capacités notamment au travail,
- la qualité des relations interpersonnelles,
- l'ampleur et la profondeur des intérêts du patient.

Le score global (développé dans une version simplifiée) est utilisé pour constituer l'axe 5 de tout diagnostic DSM 4 TR : il se nomme alors EGF ou Echelle Globale de Fonctionnement. Chacun des membres du groupe de pairs a produit sa propre cotation puis dans un second temps les cotations ont été comparées et un consensus a été discuté dans le groupe de pairs puis validé.

La cotation initiale s'effectue sur les trois premiers entretiens, puis sur deux entretiens

³³ **Le projet Menninger** (1954 - 1972) incarne « un des sommets » de la recherche évaluative en psychothérapie et en psychanalyse. Il s'agit d'une étude naturaliste, longitudinale, « processus – résultat ». Elle a comparé l'efficacité entre la cure psychanalytique (environ 800 h de suivi) et la psychothérapie d'inspiration psychanalytique (300 h environ de suivi en moyenne) sur 42 patients (répartis entre les deux groupes de façon aléatoire) suivis jusqu'à une trentaine d'années après la fin du traitement (113).

pour les cotations suivantes (2, 6, 9, 12 mois).

Les qualités psychométriques de l'ESM sont les suivantes :

- Pour l'Echelle Globale de Fonctionnement, la fiabilité inter-juges (mesurée par le coefficient de corrélation intraclasse³⁴) s'étend de 0,61 à 0,91 (74)
- Fiabilité test-retest entre 0,72 et 0,86.
- Les cliniciens ont reçu une formation spécifique pour coter et utiliser cette échelle dans le cadre du réseau.

Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (EFP)

Un reproche fréquemment adressé à la lecture de résultats d'études d'évaluation de l'efficacité des psychothérapies est que ceux-ci se concentrent surtout l'amélioration symptomatique et les dysfonctionnements en méconnaissant les éventuels changements dans le fonctionnement mental qui permet une adaptation et une satisfaction de vie. Or, ces dernières sont justement deux des finalités dont se targuent la plupart des psychothérapies. L'échelle de fonctionnement psychodynamique tente de répondre à cette lacune, en fournissant (de l'avis même des auteurs de l'EFP) un instrument à mi-chemin entre un outil trop lourd, peu maniable, et complexe et d'autres outils trop imprécis. Un point important à relever est qu'elle balaie aussi le spectre des « dysfonctions ou symptômes négatifs », souvent totalement négligé dans les échelles de résultats : en effet, l'expérience clinique enseigne que les patients ont parfois tendance à se replier et à fuir des situations sociales qui en les mettant en danger augmentent leur niveau de symptômes ; aussi, les patients obtiennent un « répit symptomatique » au détriment de leur vie sociale. Elle se destine exclusivement aux psychothérapies d'inspiration psychanalytique. Elle a été développée par l'équipe norvégienne de Per Høglend et collaborateurs (115,116) au cours de la première étude contrôlée randomisée sur le transfert en 2000 (First Experimental Study of Transference)³⁵. L'EFP analyse les entretiens de

³⁴ **Le coefficient de corrélation intraclasse** permet d'évaluer jusqu'à quel point deux variables quantitatives mesurent le même phénomène. Il est typiquement utilisé pour qualifier la fidélité entre deux (ou plus) cotateurs (114)

³⁵ L'étude FEST (115,116) est une étude contrôlée randomisée qui a comparé les effets d'une psychothérapie psychodynamique selon deux modalités d'administration : avec utilisation modérée d'interprétations du transfert (dans la relation entre le thérapeute et le patient) ou sans interprétation. Les deux groupes de patients étaient comparables et constitués par distribution aléatoire. Elle a conclu à l'absence de différence dans l'efficacité des traitements. Cependant, en examinant le modérateur « moindre maturation des relations d'objets » chez les patients, il a été montré que l'interprétation du transfert améliorait plus les patients qui avaient une histoire de relations d'objets moins mature que les autres patients.

psychothérapie afin d'explorer six dimensions de fonctionnement :

- la qualité des relations familiales ;
- la qualité des relations amicales ;
- les relations sentimentales/sexuelles ;
- la tolérance affective,
- l'insight,
- la résolution de problème, l'affirmation et la capacité d'adaptation.

Nous explicitons ici trois de ces dimensions telles que définies dans l'échelle. La **qualité des relations** implique une réciprocité appropriée, une aptitude à donner et à recevoir, un engagement adéquat, une aptitude à faire confiance et à être digne de confiance, une sensibilité émotionnelle, une aptitude à considérer la perspective de l'autre, une aptitude à décrire de façon vivante les proches dans leurs dimensions externes et internes. Elle implique le sentiment d'appartenance. L'**insight** recouvre la compréhension cognitive et émotionnelle des principales dynamiques de conflits internes et des configurations interpersonnelles associées; cette dimension permet aussi d'analyser les comportements répétés relatifs à ces conflits et la capacité à les connecter à des expériences passées. La **tolérance affective** recouvre l'aptitude à éprouver, différencier et exprimer des affects variés. Le contrôle de l'impulsivité, la tolérance, l'alexithymie³⁶ et l'inauthenticité sont totalement ou partiellement associées à cette dimension. La cotation s'effectue de 1 à 100 pour chaque échelle, par paliers de 10, chacun définissant un niveau de fonctionnement ; les mesures ont eu lieu à seulement 2 mois, 6 mois et 12 mois.

La cotation initiale s'est effectuée sur les trois premiers entretiens, puis sur deux entretiens pour les cotations suivantes (2, 6, 9, 12 mois). L'EFP a été traduite et validée en français (117).

La fiabilité inter-juge (coefficient de corrélation intraclasse) était de 0,87 à 0,93 (115). La validité de contenu³⁷ a été testée (118) par deux méthodes différentes (Delphi et Q-sort).

³⁶ **Alexithymie** : « définie par P. Sifneos en 1973 comme un déficit de verbalisation des émotions ». Ce concept s'inscrit dans le champ psychosomatique d'origine psychanalytique. Il se rapproche du concept de « pensée opératoire » décrit, une dizaine d'années auparavant par les psychanalystes français P. Marty et M. de M'Uzan, chez des patients avec des troubles psychosomatiques « avec une pensée hyperrationnelle et un surinvestissement du factuel » (13).

³⁷ **La validité de contenu** vise à s'assurer que les items choisis constitue un échantillon représentatif de l'univers des conduites que le test prétend couvrir » (13)

Questionnaire de Configuration Psychothérapique (PQS)

Le « *Psychotherapy Process Q-set* » ou PQS est instrument qui a été développé pour décrire le processus psychothérapique au cours d'une séance individuelle de psychothérapie (62,106). Il est décrit comme « **pan-théorique** », c'est-à-dire qu'il a pour vocation d'être applicable à différents types de psychothérapies « duelles » entre un thérapeute et un patient. La psychothérapie est alors vue essentiellement comme une dimension interpersonnelle (psychanalytique, cognitivo-comportementaliste, humanistique-rogérienne, gestaltiste). Concrètement, il comprend des items renvoyant à des techniques spécifiques émanant d'une pluralité de psychothérapies : par exemple l'item 80 (« *le thérapeute présente un événement ou une expérience dans une autre perspective (par le biais d'un recadrage ou une restructuration cognitive)* ») correspond à une technique typiquement utilisée dans une thérapie cognitivo-comportementale alors que l'item 91 (« *les souvenirs ou les reconstructions de la petite enfance et de l'enfance sont des sujets de discussion* ») renvoie à une technique typiquement utilisée dans une psychothérapie d'origine psychanalytique.

Les items du PQS sont soit liés au patient (la participation patient, l'expression et conscience des affects, la communication – verbalisation – langage du patient, l'insight), soit liés au thérapeute (l'engagement du psychothérapeute, l'ajustement du psychothérapeute, l'utilisation des techniques d'interprétation ou le travail sur la signification, l'emploi des techniques de conseil et des techniques comportementales), soit liés à leur interaction (la relation transférentielle du patient, l'alliance globale, l'interaction patient – psychothérapeute).

Le PQS a comme avantage d'appréhender assez finement les processus par le truchement d'une mesure quantitative sans pour autant sacrifier la richesse³⁸ d'une séance de psychothérapie (117). Selon les mots d'Enrico Jones : « J'ai développé le PQS pour fournir un langage basique pour la description et le classement des processus d'intervention dans une forme convenant à l'analyse quantitative ».

Il consiste en une hétéro-évaluation par des cliniciens sur la base de transcriptions de séance (notes, enregistrement audio ou enregistrement vidéo) : dans

³⁸ Loin de nous l'idée de réduire le vécu d'un thérapeute ou d'un patient au cours d'une thérapie à un seul outil. Nous explicitons simplement ici le bénéfice qu'apporte déjà ce type d'outil. Comme le disent deux cliniciens – chercheurs, psychothérapeutes psychanalytique d'enfants (Schneider et Midgley, dans l'étude du cas Helen, qui utilise l'équivalent du PQS pour l'enfant, le Child Psychotherapy Process Q-set) : « *Les cliniciens réfléchissent, luttent, écrivent richement et prodigieusement au sujet du processus et du changement, sur la poésie et le côté poignant de l'expérience de la thérapie avec un enfant* » (119,120).

le cas de notre étude, les verbatim reposaient sur des notes extensives prises pendant et immédiatement après la séance.

Les items peuvent être classés en trois ordres selon ce qu'ils évaluent : soit l'attitude du thérapeute et ses interventions, soit le patient, ses comportements et ressentis, soit l'interaction thérapeute – patient. Au total, 100 items sont ainsi évalués.

Il emploie la méthodologie Q (développée par Stephenson, (121)) qui consiste à pondérer et à classer des propositions selon une certaine hiérarchie en suivant une distribution forcée : certains items sont plus importants (très présents, très saillant dans la séance) que d'autres (soit totalement absents, soit peu ou pas pertinents pour décrire la séance).

Ainsi les items sont classés selon une échelle de Likert de neuf niveaux allant de +4 à (le PQS emploie le terme de « très caractéristique) -4 (« très non caractéristique »), en passant par des cotations « neutres » (-1, 0, +1). La distribution forcée impose que seuls 5 items soient cotés à +4 et seuls 5 items soient cotés à -4 ; il y a en revanche 18 items qui sont coté 0. La cotation s'effectue sur une seule séance de psychothérapie. Au sein du réseau, elle prend un déroulement particulier : les cotations se sont effectuées de façon indépendante par chaque membre du groupe de pair sur la base des verbatim. Dans un second temps, lors de réunions par conférence téléphonique (Skype ®), une mise en commun a permis une confrontation des cotations de chacun, avec des discussions pour parvenir à un consensus final (procédure bien distincte d'un calcul de moyennes entre les trois cotateurs par exemple).

Le PQS a été traduit et validé dans sa version française (64).

Les qualités psychométriques ont été évaluées par plusieurs études. La construction des items (non recouvrement des variables, absence de redondance, etc.) a été démontrée comme valide. La fiabilité test – retest est de 0,83 à 0,89 tandis que la fiabilité inter-juge varie de 0,83 à 0,86.

Nous pouvons maintenant préciser le *primum movens* qui a prévalu à la création de cet outil. Un vaste et long débat parcourt l'histoire des idées de la recherche évaluative en psychothérapie : celle de savoir lequel des deux entre les facteurs communs et les facteurs spécifiques d'une psychothérapie concourent le plus à son efficacité. Nous développons ce sujet en annexe. Malgré l'effet de « l'oiseau dodo » (« *Dodo Bird effect* », cf. annexe) décrit par Luborsky (qui prédit que toutes les psychothérapies ont des effets équivalents liés essentiellement à des facteurs

communs), Enrico Jones était persuadé que des techniques spécifiques à une psychothérapie donnée et employées dans un contexte donné étaient de bons prédicteurs de l'efficacité de la psychothérapie (122). Il développa donc l'outil du PQS pour étudier empiriquement cette hypothèse.

Basiquement, le PQS a été analysé en prenant chaque item pris isolément, pour distinguer les items qui ont été les plus prégnants ou au contraire les moins présents au cours du suivi de un an. Pour chaque item, les moyennes des 3 stades (2 mois, 6 mois, 12 mois) ont été établies. Une méthode complémentaire d'analyse du PQS a été mise au point par Thurin et Thurin. Elle s'attache à produire des regroupements d'items conceptuellement et thématiquement liés sous forme de « clusters ». Nous avons choisi de ne pas l'aborder de façon extensive dans notre thèse de médecine. Mais nous présentons des explications plus détaillées ainsi que des résultats sur ces « clusters » d'items du PQS dans notre mémoire de DES (123) (pour Adélaïde et un groupe de 14 patients borderline ; avec notamment une proposition d'analyse sous forme d'analyse en composantes principales).



RESULTATS

Nous allons maintenant aborder les résultats de psychothérapie après un an de suivi. Nous verrons les échelles mesurant l'efficacité sur les échelles de symptômes (Echelle Santé Maladie) et de fonctionnement mental (Echelle de Fonctionnement Psychodynamique) et l'outil de processus psychothérapique (le Questionnaire de Configuration Psychothérapique ou PQS).

Résultats de l'Echelle Santé Maladie (ESM)

Nous présentons les résultats de l'ESM dans le tableau 4, dans la figure 1 (échelle globale) et la figure 2 (échelles spécifiques). Le suivi longitudinal a montré globalement une évolution favorable au cours de la thérapie. Rappelons que pour l'ESM, la distinction entre un score pathologique et un score fonctionnel se situe à la limite de 65 : au-delà, les patients sont considérés comme fonctionnant normalement.

Après un an de thérapie, le score global de l'ESM atteint des limites de la normalité. L'échelle santé maladie (ESM) de la thérapie d'Adélaïde dévoile une amélioration globale de l'état de la patiente (augmentation de 15 points) passant d'un état où elle a des « *difficultés croissantes à se maintenir de manière autonome ainsi que dans une situation d'adaptation instable où la majeure partie de son énergie est utilisée dans les conflits* » (ESM globale à 50) à un état où elle « *fonctionne assez bien mais avec des problèmes focalisés et avec des symptômes spécifiques* » (ESM globale à 65). Adélaïde passe donc d'un état pathologique, « sous-fonctionnel » à un état quasi normal et fonctionnel.

Si nous examinons le détail des changements cliniques, toutes les échelles spécifiques de l'ESM progressent modérément à un rythme constant entre le début de la thérapie, à 6 mois et à 12 mois.

Mais les échelles spécifiques de l'ESM où le changement a été le plus marqué montrent notamment d'une part, une diminution de la détresse subjective (augmentation de 12 points), une amélioration symptomatique (augmentation de 15 points), d'autre part, une augmentation de l'autonomie (augmentation de 15 points) et des relations interpersonnelles de meilleure qualité (augmentation de 13 points).

D'ailleurs, les échelles spécifiques « autonomie », « capacité », « intérêts » rejoignent un score de normalité (égal à 65).

A titre de comparaison, nous fournissons ici les résultats de l'ESM pour un groupe de 15 patients borderline (124) ayant participé au réseau (et donc ces résultats ont été obtenus selon la même méthodologie au sein de groupes de pairs différents). Pour l'Estimation Globale Santé Maladie, la moyenne de la ligne de base (au moment de l'instauration du traitement) pour le groupe était de 44/100 (écart type à 6,5) ; la moyenne du groupe à 12 mois était de 58/100 (10,5).

Résultats de l'Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (EFP)

Nous présentons les résultats de l'ESM dans le tableau 5, la figure 1 (échelle globale) et la figure 3 (échelles spécifiques). Comme pour l'ESM, les résultats de l'EFP globale et échelles spécifiques dépeignent un schéma d'évolution bi-phasique : initialement, une stabilité entre 0 et 6 mois (56,5/100 à 57,3/100) puis augmentation modérée entre 6 et 12 mois (passant de 57,3/100 à 64,6/100). Rappelons que pour l'EFP, la distinction entre un score pathologique et un score fonctionnel se situe à la limite de 65 : au-delà de 65, les patients sont considérés comme fonctionnant normalement. Adélaïde est donc ici passé initialement d'un score global sub-fonctionnel (en dessous de 65) à un score quasiment fonctionnel (64,6, soit presque 65). Pour les sous-échelles spécifiques, la tolérance affective a été la dimension ayant le plus progressé, sachant que c'est aussi celle qui était la plus dégradée en comparaison des autres dimensions (47/100 à 2 mois jusqu'à 60/100 à 12 mois). Dans les dimensions interpersonnelles, l'évaluation révèle une évolution différenciée avec d'un côté des relations sentimentales et sexuelles qui restent quasiment stables (de 58/100 à 2 mois jusqu'à 60/100 à 12 mois) tandis que les relations familiales (de 57/100 à 2 mois jusqu'à 68/100 à 12 mois) et les relations amicales (de 55/100 à 2 mois jusqu'à 64/100 à 12 mois) ont connu un progrès modéré entre 6 et 12 mois.

Résultats du Questionnaire de Configuration Psychothérapique (PQS)

Les cotations de chaque item ont été moyennées sur un an. Nous présentons dans les tableaux 5 et 6 les items dont les moyennes ont été les plus prégnantes par leur présence ou leur absence (« très caractéristiques » et « très non caractéristiques ») dans les séances de psychothérapie au cours du suivi sur un an. Enfin, le tableau 7 présente de façon synthétique les items les plus importants au cours

du suivi. Les moyennes des items sur 12 mois font ressortir finalement des facteurs communs (cf. Annexe 2) à l'ensemble des psychothérapies. Nous voyons donc plusieurs facteurs essentiels dans cette psychothérapie selon qu'ils concernent le thérapeute, le patient ou leur interaction. Le thérapeute est empathique et à l'écoute, il fait preuve de tact et est impliqué affectivement (et non pas neutre) ; par sa communication il facilite la parole du patient et communique dans un style clair. Le patient quant à lui amène du matériel significatif, est actif, éveillé, il est engagé dans le travail et ne résiste pas à examiner des pensées internes. Des éléments (items 42, 44, 87 du PQS) indiquent une l'alliance globales constamment de bonne qualité.

Formulation de cas psychothérapique à 12 mois

La formulation de cas à 12 mois est présentée dans le tableau 8, à la page suivante. Par comparaison avec la formulation de cas initiale, les éléments principaux à relever sont les suivants. Sur le plan symptomatique, les angoisses et la dysphorie persistent mais de moindre intensité : le diagnostic de syndrome dépressif caractérisé sur le DSM 4 TR n'apparaît plus sur l'axe 1 ; les troubles du comportement alimentaires non spécifiés persistent sous forme de conduites de restrictions alimentaires mais sans entraîner de perte de poids anormale (Indice de Masse Corporelle dans la fourchette normale). Un changement de fonctionnement notable est l'évolution de la tendance au débordement émotionnel qui est devenu moins durable et plus contrôlable. Le problème principal de la patiente demeure celui des relations Interpersonnelles.

Tableau 3 : Formulation de Cas Psychothérapique à 12 mois : cas d'Adélaïde

Problèmes actuels du patient. Approfondissement des variables causales. Etat des variables de psychopathologie, variables de santé.	Mise en relation des objectifs initiaux et à 12 mois
<p>- Symptômes : angoisse et dysphorie persistant mais de moindre intensité ; tendance au débordement émotionnel moins durable, plus contrôlable.</p> <p>- 1^{er} problème actuel : Relations Interpersonnelles : Nouveau couple crée une situation déstabilisante, mais permet d'explorer plus profondément difficultés relationnelles actuelles et anciennes. Travail d'analyse et de compréhension du fonctionnement psychique (identification projective, indifférenciation, déplacement) se poursuit avec régularité. Commence à + dialoguer avec ses proches et à remettre en cause le discours familial qui l'enferme dans une place assignée. 2^{ème} problème actuel : interrogation sur l'identité professionnelle.</p> <p>- Santé : Colopathie fonctionnelle moins bruyante, trouble des conduites alimentaires plus verbalisés</p>	<p>- Stratégie initiale = A fonctionné= Etablissement d'un transfert solide qui offre une stabilité pour poursuivre la thérapie. Plus de remise en cause de sa démarche et fort engagement dans les élaborations.</p> <p>- Objectif 1 (initial)=Atteint complètement : Les conduites à risque, les idées suicidaires, les automutilations ont disparu. La souffrance morale et l'angoisse ont beaucoup diminué.</p> <p>- Objectif 2 (initial)=Incomplet = Apparition d'indicateurs de changements positifs:</p> <p>meilleures relations avec la mère, consolidation d'une relation amicale, perspective de changement de travail pour un poste qui lui convient mieux.</p>
Principales caractéristiques de la psychothérapie sur 12 premiers mois	Eléments pour la suite
<p>- Ajustement du thérapeute= Ecoute et présence empathique de la thérapeute qui, dans un premier temps, accueille avec bienveillance le matériel psychique transféré. Peu d'interprétation et de reformulation.</p> <p>- Techniques de Soutien= Les interventions ont pour visées l'étayage et le soin du narcissisme blessé ou défaillant</p> <p>- La patiente est assidue et très active dans le travail psychique ; elle ne montre pas de résistances importantes à la libre association. Elle exprime aisément ses affects, expose ses rêves et prend la mesure de ses dysfonctionnements psychologiques, tout en souffrant de leur permanence.</p>	<p>- La thérapie a produit une amélioration des symptômes mais la principale problématique sous-jacente reste encore très prégnante avec des butées infranchissables dans la vie relationnelle : vécus d'envahissement ou d'abandon par l'autre au quotidien de façon inadéquate qui bouleverse cette sphère.</p> <p>- Poursuite de la thérapie analytique avec une stratégie plus diversifiée : analyse du transfert et une mise en perspective : histoire personnelle/ fonctionnement psychique.</p> <p>- Nécessité d'un temps de perlaboration encore long pour aboutir à modulation des affects et extinction du malaise subjectif souvent prompt à ressurgir.</p>

Tableau 4 : Echelle Santé Maladie : à l'inclusion, 6 mois, 12 mois

Effet ent. : Effets sur l'entourage ; Rel.IP. : Relations interpersonnelles.

Le score de chaque dimension va de 0 à 100. Un score à 100 signifie un fonctionnement optimal pour la dimension considérée. Ainsi un score de symptômes à 100 signifie que le patient n'a plus aucun symptôme et un score de détresse à 100 signifie que le patient ne ressent plus du tout de détresse subjective.

	Globale	Autonomie	Symptôme	Détresse	Effet ent.	Capacité	Rel. IP	Intérêts
0 Mois	50	50	47	48	52	55	49	57
6 Mois	56	58	55	50	57	60	56	57
12 Mois	65	65	62	60	60	65	62	65
Différence (12M - 0M)	+15	+15	+15	+12	+8	+10	+13	+8

Tableau 5 : Echelle de Fonctionnement Psychodynamique

Eval. Globale : Evaluation globale ; Rel. Familiales : relations familiales ; Rel. Amicales : Relations amicales ; Rel. Sentimentales : Relations sentimentales ; tol. Aff. : tolérance aux affects ; capacité adapt. : Capacité d'adaptation

Le score de chaque dimension va de 1 à 100. Un score à 100 signifie un fonctionnement optimal pour la dimension considérée. Le Score Global est la moyenne des score d'échelles spécifiques.

	Eval. Globale	Rel. Fam.	Rel. Ami.	Rel. Sent.	Tol. Aff.	Insight	Capacité adapt.
2 Mois	56,5	57	55	58	47	62	60
6 Mois	57,3	57	55	58	52	61	61
12 Mois	64,6	68	64	60	60	68	68
Différence (12M - 2M)	+ 8,1	+ 11	+ 9	+ 2	+ 13	+ 6	+ 8

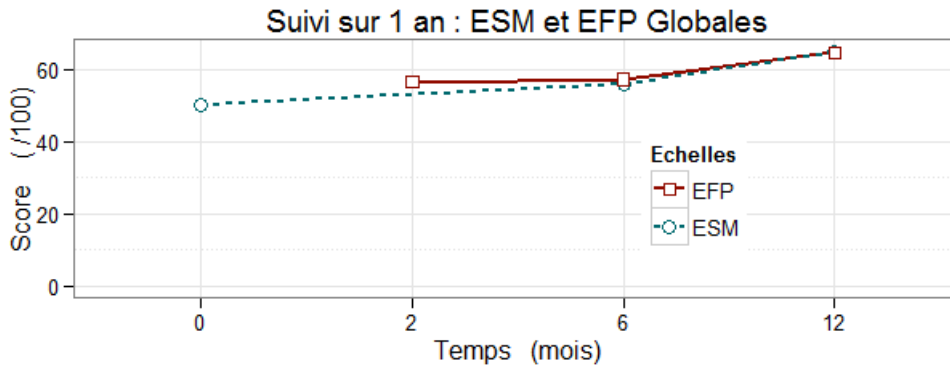


Figure 1 : Echelle Santé Maladie et Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (échelles globales) à 2 mois, 6 mois, 12 mois

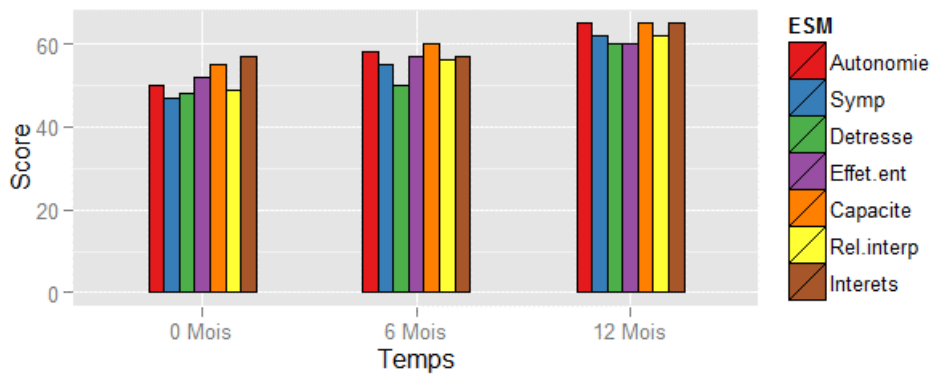


Figure 2 : Echelle Santé Maladie (échelles spécifiques) : à l’inclusion, 6 mois, 12 mois

Sympt. : Symptomatologie ; *Effet/ent* : effet sur l’entourage ; *rel. Interp.* : Relations interpersonnelles.
 Le score de chaque dimension va de 0 à 100. Un score à 100 signifie un fonctionnement optimal pour la dimension considérée. Ainsi un score de symptômes à 100 signifie que le patient n’a plus aucun symptôme et un score de détresse à 100 signifie que le patient ne ressent plus du tout de détresse subjective. Et vice versa, un score de symptômes à 0 signifie que le patient est très grave sur le plan symptomatique et un score de détresse à 100 signifie que le patient ressent une détresse subjective intense.

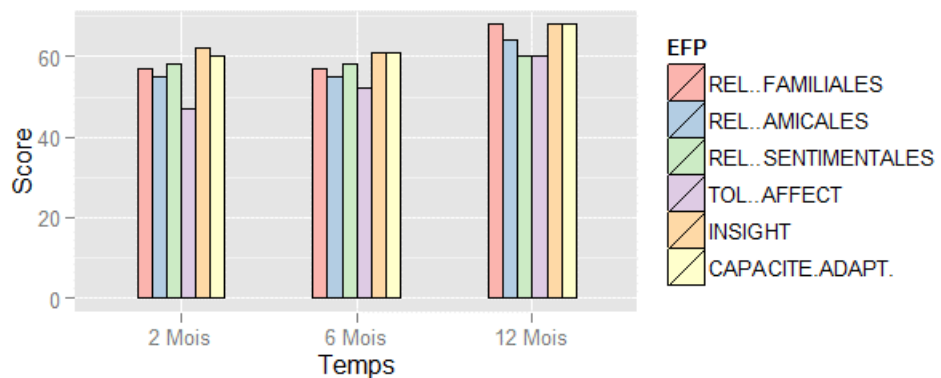


Figure 3 : Echelle de Fonctionnement Psychodynamique (échelles spécifiques) à 2 mois, 6 mois, 12 mois

Rel. Familiales : relations familiales ; *Rel. Amicales* : Relations amicales ; *Rel. Sentimentales* : Relations sentimentales ; *tol. Affect* : tolérance aux affects ; *capacité adapt.* : Capacité d’adaptation

Tableau 6 : PQS et items « les plus caractéristiques » sur 1 an

Les moyennes sont obtenues en moyennant les scores de chaque item obtenus sur les cotations du PQS à 2 mois, 6 mois et 12 mois. Pour chaque item, la cotation du PQS va de -4 (« très peu caractéristique » c'est-à-dire totalement absent de la séance) à +4 (« très caractéristique » c'est-à-dire très présent au cours de la séance) en passant par des scores neutres (-1, 0, +1 : qui désignent des items qui sont plus ou moins présents de façon modérée).

n° item	Descriptif de l'item	moyennes sur 1 an
88	Le patient aborde des questions et du matériel significatifs	4,0
6	Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute ; empathique.	3,7
26	Le patient ressent et exprime un affect désagréable ou pénible (douloureux).	3,33
97	Le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes	3,0
63	Les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central dans la séance	3,0
46	Le thérapeute communique avec le patient dans un style clair et cohérent.	3,0
23	Le dialogue est maintenu sur un thème spécifique	3,0
3	Les remarques du thérapeute sont dirigées dans le but de favoriser le discours du patient	2,67
69	La situation de vie présente ou récente du patient est mise en avant dans la discussion	2,67
7	Le patient est anxieux ou tendu (versus calme et relâché)	2,33
13	Le patient est animé ou excité (éveillé versus éteint, ennuyé)	2,33
54	Le patient est clair et organisé dans l'expression de soi	2,33
73	Le patient est engagé dans le travail de la thérapie	2,33

Tableau 7 : PQS et items « les moins caractéristiques » sur 1 an

Les moyennes sont obtenues en moyennant les scores de chaque item obtenus sur les cotations du PQS à 2 mois, 6 mois et 12 mois. Pour chaque item, la cotation du PQS va de -4 (« très peu caractéristique » c'est-à-dire totalement absent de la séance) à +4 (« très caractéristique » c'est-à-dire très présent au cours de la séance) en passant par des scores neutres (-1, 0, +1 : qui désignent des items qui sont plus ou moins présents de façon modérée).

Du fait de leur nature différente, quand les items sont cotés « très non caractéristiques », il faut les considérer soit comme totalement absent de la séance, soit comme « l'inverse » de leur définition : certains items suivent en effet une gradation entre deux pôles (par exemple : thérapeute très distant versus très empathique). Dans le tableau, nous mettons entre parenthèse la « définition négative » de l'item « très non caractéristique » pour comprendre en définitive le facteur qui est intervenu de façon prégnante dans le processus psychothérapeutique.

n° item	Descriptif de l'item	moyennes sur 1 an
100	Le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations.	-3,7
51	Le thérapeute est hautain ou traite son patient avec condescendance (<i>Si non caractéristique = le thérapeute fait preuve d'empathie</i>)	-3,3
77	Le thérapeute manque de tact (<i>Si non caractéristique = le thérapeute fait preuve de tact</i>)	-3,3
9	Le thérapeute est distant. (<i>Si non caractéristique = thérapeute sincèrement réceptif, impliqué affectivement</i>)	-3
15	Le patient n'initie pas de sujets de discussion ; le patient est passif (<i>Si non caractéristique = le patient est actif</i>)	-3,0
25	Le patient a des difficultés pour commencer l'heure de psychothérapie (<i>Si non caractéristique = le patient n'a aucune difficulté pour commencer</i>)	-3,0
44	Le patient est sur ses gardes, méfiant (<i>Si non caractéristique = le patient fait confiance</i>)	-3,0
87	Le patient est dans le contrôle (<i>Si non caractéristique = le patient ne contrôle pas l'interaction, il travaille avec le thérapeute d'une manière collaborative</i>)	-3,0
30	La discussion se centre sur des thèmes cognitifs, par exemple sur les idées ou les systèmes de croyances	-2,67
42	Le patient rejette les commentaires et observations du thérapeute. (<i>Si non caractéristique = le patient accepte les commentaires du thérapeute</i>)	-2,67
57	Le thérapeute explique les raisons derrière sa technique et l'approche au traitement	-2,67
58	Le patient résiste à examiner les pensées, les réactions ou les motivations reliées aux problèmes = le patient ne résiste pas à examiner les pensées	-2,67
5	Le patient a des difficultés pour comprendre les commentaires du thérapeute	-2,33
34	Le patient blâme les autres ou des forces extérieures concernant ses difficultés (<i>Si non caractéristique = le patient tend à assumer sa responsabilité pour ses problèmes, par exemple noter que le malheur dans les relations amoureuses peut être le résultat de choisir des partenaires inadaptés</i>)	-2,33
4	Les buts du traitement sont discutés	-2,0
12	Des silences surviennent durant l'heure	-2,0

**Tableau 8 : Cas d'Adélaïde : Présentation synthétique et thématique des principaux
Processus de changements psychothérapeutiques (à partir des moyennes des items du PQS sur un an)**

Facteur « THERAPEUTE »		Facteur « PATIENT »		Facteur « PATIENT-THERAPEUTE »	
Ajustement de la posture du T	<i>Empathique, à l'écoute (6), Pas de supériorité de T (51), Tact (77)</i> Impliqué affectivement (9),	Engagement et Implication de la P	<i>P amène du matériel significatif (88)</i> Actif (15) Excité ou animé (13) Pas de difficulté pour commencer la séance (25) Engagé dans travail thérapeutique (73) Clair dans expression de soi (54) P ne résiste pas à examiner pensées internes (58)	Alliance thérapeutique de qualité	P fait confiance au T (44) P dans la collaboration (87) P accepte commentaires de T (42)
Communication du T	T facilite la parole de P par ses remarques (3) T communique dans un style clair et cohérent (46)	Emotions négatives	<i>P exprime affects désagréables (26)</i> P anxieux ou tendu (7)	Thématiques spécifiques	Une thématique spécifique abordée (69) Situation présente ou actuelle abordée (23) Relations interpersonnelles abordées (63)
Technique spécifique	<i>Pas d'interprétation sur le transfert (100)</i> (= T n'établit pas de relations entre relation thérapeutique et d'autres relations)				

T : thérapeute. P : patiente. ***En gras et italique*** : les six items dont les moyennes ont été les plus élevées en valeur absolue : (88) à +4 ; (6) à +3,7 ; (100) à -3,7 ; (26) à +3,3 ; (51) à -3,3 ; (77) à +3,3.

DISCUSSION

Discussion des principaux résultats de l'étude intensive du cas d'Adélaïde

Le suivi d'Adélaïde a abouti à une amélioration globale et spécifique des scores symptomatique sur l'ESM. Une progression favorable du fonctionnement mental sur l'EFP a également été observée. Nous pouvons tout d'abord nous interroger sur l'origine de ses changements.

Les résultats et changements observés chez Adélaïde ont-ils été causés par la psychothérapie ?

Les changements au décours d'une peuvent être liés à une multiplicité de causes. Les causes alternatives ou complémentaires de l'effet propre de la psychothérapie sont les suivantes (elles seront examinées une à une) :

- l'effet « placebo » associé à la psychothérapie
- l'effet de changements « extra-thérapeutiques » : médiateurs externes au patient ayant un effet favorisant (disparition d'un facteur de maintien de dysfonctionnement ou apparition d'un facteur de stabilité : par exemple, une relation amoureuse épanouissante et source de stabilité, soutien important de proches amies)
- l'effet d'une maturation de la personnalité
- l'effet du hasard

L'effet « placebo » reste un point épineux dans la recherche en psychothérapie tant il est difficile de constituer un placebo méthodologiquement valable (cf. note 6, page 14). Le bon sens nous conduit à l'invoquer systématiquement dans toute psychothérapie : le simple fait d'être régulièrement pris en charge, de recevoir sur sa personne l'attention d'un thérapeute apporte un effet bénéfique. Il a probablement aussi joué un rôle dans la psychothérapie d'Adélaïde. Notons qu'il a ainsi été démontré que 15 % des patients éprouaient une amélioration symptomatique juste après le premier appel de prise de rendez-vous avec un thérapeute (125).

Aucun événement « extra-thérapeutique » dans la vie sociale de la patiente ne vient expliquer à lui seul les changements et les améliorations chez Adélaïde. Le changement le plus marquant s'est concentré dans la sphère amoureuse : la patiente est passée d'une situation de deuil d'une relation longue à une nouvelle relation. Au vue de la psychopathologie des patients borderline (position anaclitique, dimension d'abandonnisme marquée), une séparation amoureuse réactive l'angoisse de perte d'objet constituée dans les premières années de vie (dépression post-natale) et favorise l'émergence d'une dépression anaclitique. En théorie, l'établissement d'une nouvelle relation peut amender les signes anxieux et dépressifs. Mais ce bénéfice est ici probablement contrebalancé par les inconvénients d'une relation amoureuse qui met à mal les défenses et la contenance émotionnelle de la patiente. Le nouveau compagnon peut être source de frustration car il est parfois autocentré, immature et imperméable aux demandes d'affections d'Adélaïde : les comportements du compagnon peut ainsi activer des fantasmes d'abandons chez la patiente et déclencher des débordements émotionnels incontrôlés ou bien une recrudescence des conduites anorexiques. Par ailleurs, la sexualité reste une dimension « en jachère » du travail thérapeutique de la patiente, point du tout abordée dans les séances (item 11 du PQS « sentiments et expériences sexuelles sont discutés » : moyenne de -1 sur un an) ; nous conjecturons que la complexité de l'intégration de ce domaine (psycho-traumatisme du viol en fin d'adolescence, relation amoureuse gênée par les angoisses d'intrusion d'autrui, la recherche de distance et le besoin de contrôle de la relation) ne l'autorise pas encore à l'évoquer. La présence d'un compagnon amoureux touche très certainement aux points d'ancrage des angoisses liées à la sexualité. En outre, nous pouvons nous interroger sur l'effet médiateur positif des changements dans la sphère amicale où Adélaïde trouve une plus grande satisfaction interpersonnelle et un peu de soutien. L'effet nous paraît au total assez modeste et il est difficile de ne pas le voir de façon circulaire avec des effets bidirectionnels et réciproques : les amitiés harmonieuses favorise une amélioration fonctionnelle et symptomatique mais l'amélioration symptomatique et fonctionnelle autorise la patiente à nourrir des relations amicales plus apaisées.

L'effet d'une maturation ne nous semble pas étayé par un quelconque élément chez la patiente. Certes, dans la relation interpersonnelle de la patiente avec sa grand-mère maternelle, la patiente a démontré progressivement un « détachement » de sa position de dépendance vis-à-vis de cette personne très signifiante pour elle (la grand-

mère maternelle a accompli affectivement une fonction de substitut maternel au cours de la dépression post-natale de la mère d'Adélaïde). Un argument en faveur d'un effet de la psychothérapie plus que d'un effet d'une maturation est que l'abord en séance des relations interpersonnelles a été constamment abordés sur un an et de façon prégnante (item 63 « les relations interpersonnelles du patient sont un thème majeur de la séance » ; moyenne de 3 sur un an, avec un score de 4 à 6 mois et 12 mois).

Quand on veut distinguer l'effet significatif d'un traitement (ici de la psychothérapie) de l'effet du hasard, ce dernier est habituellement écarté grâce à l'emploi de la statistique par l'application de techniques centrées sur les groupes. L'étude du cas singulier d'Adélaïde interdit ici ce type de démarche. En toute rigueur, l'effet du hasard comme explication des résultats d'Adélaïde ne peut être formellement écarté. Le moyen de sortir de cette impasse serait bien sûr de conduire une analyse statistique avec regroupement d'autres cas du réseau RRFPP.

Notre étude est de type observationnelle. Il faut donc rester prudent dans l'interprétation causale des résultats. Nous ne pourrions en tous cas être catégorique en écartant l'effet « placebo » associé à l'effet de la thérapie, ni éliminer l'effet du hasard comme hypothèse causale alternative. Dans l'introduction, nous avons longuement abondé dans le sens de l'intérêt et des avantages des études observationnelles en milieu naturel. Mais, les critiques à l'encontre des études observationnelles (opposées par les tenants de l'Evidence-Based Medicine) restent recevables : Sackett et la Collaboration Cochrane invoquent que les études observationnelles concluent fréquemment avec des résultats qui sont des faux positifs : on conclue à un effet bénéfique du traitement alors qu'il n'y a pas d'effet propre de celui-ci (126)

Ces précautions bien clarifiées et pour poursuivre notre discussion, nous allons dorénavant soutenir comme hypothèse de travail que la psychothérapie est le vecteur responsable (au moins en partie) de la majorité des changements constatés chez Adélaïde.

La psychothérapie d'Adélaïde, a-t-elle efficace (résultats de l'ESM et EFP) ? Croisement avec d'autres données de la littérature scientifique

Il serait intéressant de mettre en perspective l'évolution d'Adélaïde avec des données obtenues dans la littérature scientifique. L'étude d'un cas unique ne permet pas de comparer directement ses résultats à ceux d'études de groupe. Nous pouvons

malgré tout rappeler plusieurs résultats de la littérature concernant les patients borderline, pour situer Adélaïde dans la population très hétérogène constitués par les patients borderline. Intéressons-nous d'abord au pronostic du trouble borderline d'après des études de cohorte pour nous pencher ensuite sur les études d'efficacité sur les psychothérapies.

Les quinze dernières années de la recherche évaluative des troubles de personnalité borderline ont été marquées par de vastes études de cohorte longitudinales (l'étude « *Collaborative Longitudinal Personality Disorder Study* » menée par Gunderson ou CLPS ; la « *McLean Study of Adult Development* » ou MSAD) concernant des échantillons de patients borderline évoluant dans un cadre de soins en milieu naturel. Et leurs conclusions quant à l'histoire naturelle du trouble sous traitement ont atténué la vision antérieurement pessimiste du pronostic de ce trouble de personnalité. Dans l'étude CLPS (avec recrutement de patients ambulatoires ou hospitalisés, entre 18 et 45 ans), Gunderson (127) et collaborateurs estimèrent les taux de rémission (défini comme moins de deux critères DSM IV TR pendant les 12 derniers mois) à 10 ans de l'ordre de 85% parmi les patients borderline. En revanche, l'impact du trouble de personnalité borderline sur le fonctionnement social fut mesuré par l'Echelle Globale de Fonctionnement (EGF ou GAF : « Global Assessment Functioning », qui correspond au score global de l'ESM dans l'étude d'Adélaïde). Il resta très handicapant : la moyenne de l'EGF de l'échantillon au bout d'un an augmenta très légèrement de 53/100 à 57/100, suivie d'une relative stabilité pendant les neuf années suivantes. A 10 ans, seul un cinquième (20%) des patients borderline atteignit un score de rémission fonctionnelle (soit EGF supérieur à 70/100). Par ailleurs, le fonctionnement psychosocial a été évalué grâce un score global du Global Social Assessment et ses sous-échelles spécifiques (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation Subscales) pour mesurer le fonctionnement au niveau de l'emploi, du couple, de la capacité à être parent, des amitiés, des loisirs, de la satisfaction (ce qui équivaldrait aux échelles spécifiques de l'EFP, à la différence que le GSA et le LIFE sont moins précis : allant de 1 à 5, où 1 est un score normal et optimal et 5 un score très pauvre de fonctionnement). Les scores sont globalement passés de pauvres à moyens. Le score de fonctionnement dans le couple passe en moyenne de 3,20 à 2,51 (écart type de 1,29) à deux ans de suivi. Par rapport aux patients de l'échantillon de l'étude CLPS, Adélaïde se situe donc dans une fourchette « haute » en terme d'amélioration symptomatique (EGF) et fonctionnelle (EFP).

Si nous nous penchons maintenant sur les études d'efficacité des psychothérapies dans le trouble borderline, la plupart d'entre elles varient quant au choix des critères principaux d'efficacité (pour une revue systématique, cf. (128)). Les critères d'efficacité principaux pris en compte sont la diminution du pourcentage de patients hospitalisés en psychiatrie, la diminution du pourcentage de patients commettant des tentatives de suicides, la diminution du pourcentage de patients commettant des lésions auto-infligées (ou la diminution de leur nombre moyen sur l'échantillon traité). Il s'agit de critères axés sur une gravité symptomatique flagrante, oserions-nous dire. Les données épidémiologiques sur le trouble de personnalité borderline mentionnent son importante prévalence (1 à 2 % de la population générale (129)) et son surcroît de mortalité prématurée par suicide (le taux de suicide est compris autour de 4%-7,7% dans des études prospectives de suivis comme l'étude de la ville de Hamilton au Canada (130) – 7,7% à 7 ans de suivi – ou l'étude « McLean Study Adult Development » – 4% à 10 ans de suivi (131)).

Dans l'étude du cas Adélaïde ainsi que dans l'ensemble des cas du RRFPP, les critères d'efficacité habituellement utilisés dans la recherche évaluative (admission en psychiatrie, tentatives de suicide, lésions auto-infligées) ne sont pas spécifiquement pris en compte : l'accent dans notre cas est mis sur des mesures de l'efficacité plus fines et plus larges des effets de la psychothérapie. Cela peut se comprendre aussi par l'objectif conjoint qui est de mettre ces résultats dans la perspective des processus de changement. Nous pouvons les inférer à partir des transcriptions d'entretiens. La patiente avait été hospitalisée pour crise d'idéations suicidaires dans un centre de crise dans l'année précédant le début de la psychothérapie. Elle n'a pas réalisé (à la connaissance du thérapeute qui l'a suivie) d'autres tentatives de suicide au cours de l'année du traitement, malgré les idées suicidaires qui ont sporadiquement émaillées les consultations. Les lésions auto-infligées (plutôt rares antérieurement) se sont après 12 mois de suivi totalement amendées. En revanche, les comportements de restrictions alimentaires persistent et nous pouvons nous demander si elles ne sont pas à considérer comme des formes alternatives d'auto-agressivité.

Comment la psychothérapie a-t-elle été efficace (mise en relation des résultats de l'ESM, l'EFPP avec le PQS) ?

La psychothérapie d'Adélaïde a globalement une forme de psychothérapie psychodynamique comme le confirme l'analyse des items individuels du PQS, séance par séance. Ainsi, plusieurs items cotés ponctuellement très fort se rapproche

techniquement d'une psychothérapie psychodynamique (cf. item 90 « les rêves du patient ou ses fantasmes sont discutés » coté à 4 à 2 mois, item 91 « les souvenirs ou les reconstructions de l'enfance sont discutés » coté à 2 à 2 mois ; item 92 « les sentiments ou perceptions du patient sont reliés à des situations ou des comportements du passé » coté à 4 à 2 mois). En revanche, des techniques typiquement apparentées aux TCC sont souvent absentes des séances (item 30 « la discussion se centre sur des thèmes cognitifs comme des idées ou des systèmes de croyance » coté en moyenne à - 2,67 sur un an ; item 37 « le thérapeute se comporte comme un professeur – didactique » coté à - 1,33 en moyenne sur un an).

En revanche, un point à relever est que la technique de l'interprétation du transfert (item 100 du PQS « le thérapeute établit des liens entre la relation thérapeutique et d'autres relations », coté en négatif -3,7 ; item 98 : « la relation thérapeutique est un thème de discussion », moyenne de -1,33 sur un an) a été très peu utilisée au cours de la première année de la psychothérapie d'Adélaïde, alors même que l'interprétation est une technique très spécifique d'inspiration psychanalytique qui joue un rôle clé dans le processus de changement dans la théorie psychanalytique. Nous avançons deux hypothèses d'explication. Dans la phase initiale, l'accent est mis sur l'instauration d'une alliance, l'écoute et l'empathie envers la gravité symptomatique et le malaise subjectif du patient : comme dans une sorte de phase de contenance de la « crise » symptomatique. Or, les cotations du PQS montrent que Adélaïde demeure très symptomatique sur le plan des signes anxio-dépressifs (item 7 « patient anxieux » à 2,33 en moyenne ; item 71 « sentiment de culpabilité » à 1,67 en moyenne ; item 94 « patient triste » à 1,67 en moyenne). La relative absence de l'interprétation dans la première année de psychothérapie n'indique pas que cette technique serait sans importance par la suite. Ce n'est que dans un second temps (au-delà de la première année de psychothérapie) qu'elle serait utilisée par le psychothérapeute. Une hypothèse complémentaire serait que l'interprétation du transfert pourrait avoir un impact délétère sur l'alliance globale dans une phase précoce de la psychothérapie. Peut-être que l'acceptation d'interprétation sur le fonctionnement personnel ou la relation thérapeutique nécessiterait au contraire un insight plus développé du patient pour la recevoir sans dommage et qu'elle soit efficiente *in fine* en termes de changement.

Nous avons présenté dans le tableau 8, les facteurs potentiels de changement qui ont été constamment présents au cours de la phase « initiale » que représente la

première année de la thérapie. Nous y voyons, quel que soit la catégorie de ces facteurs (facteurs liés au thérapeute, facteurs liés au patient, facteurs liés à leurs interactions), les facteurs communs y sont prégnants sur les facteurs spécifiques. Cela est concordant avec des résultats sur le groupe dans l'étude préliminaire sur 15 patients borderline suivis en psychothérapie au sein du RRFPP. Thurin et collaborateurs (124) ont mené une analyse factorielle sur les 100 items du PQS : pour un item donné, une moyenne était obtenue sur les trois cotations (2 mois, 6 mois, 12 mois) ; l'analyse factorielle (menée sur les moyennes des 100 items, pour tous les patients) a conduit à identifier trois facteurs regroupant des items divers. Le facteur 1 expliquait la plus grande proportion de variance et correspondait à un ensemble d'items du PQS qui renvoie « aux facteurs communs » de la psychothérapie. C'est ainsi que la posture du psychothérapeute est empathique et à l'écoute des sentiments du patient (item 6 « le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, à son écoute; empathique »), sans condescendance (item inversé, coté en négatif à -3,3 « le thérapeute est hautain ou traite son patient avec condescendance »), ses interventions sont faites avec tact (item inversé coté en négatif -3,3 « le thérapeute manque de tact »). L'attitude du patient est active avec un engagement dans l'introspection (item « le patient est dans l'introspection, explore aisément des pensées et des sentiments internes »), le fait qu'il aborde des questions significatives (item 88 coté à « le patient aborde des questions et du matériel significatifs ») et qu'un dialogue soit maintenu sur un thème spécifique (item 23 « Le dialogue est maintenu sur un thème spécifique »). Par ailleurs, des sujets spécifiques sont abordés qu'il renvoie à des réalités internes (item 26 « le patient ressent et exprime un affect désagréable ou pénible (douloureux) ») ou externes (Item 63 « les relations interpersonnelles du patient constituent un thème central dans la séance »).

Il ne faudrait pas en conclure que les facteurs spécifiques n'interviennent pas du tout. Dans l'analyse de Thurin sur le groupe, des facteurs spécifiques (à la fois de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique et de types TCC) constituaient la deuxième composante principale expliquant une part non négligeable de la variance. Nous pouvons rappeler que certains auteurs reconnaissent un rôle prépondérant des facteurs communs à mesure que la psychothérapie se prolonge et que les changements attendus et recherchés concernent des modifications sans doute plus ardues à obtenir (comme des changements structurels ou de fonctionnement) et qui n'arrivent que dans des phases ultérieures selon le modèle par phase de la

psychothérapie de Howard (28). Nous proposons dans l'annexe 2 des compléments de réflexions sur le débat facteurs communs versus facteurs spécifiques dans le changement psychothérapique.

Même si l'efficacité de la psychothérapie d'Adélaïde peut être considérée comme satisfaisante, il reste des problèmes non résolus (certains symptômes, certains dysfonctionnements). Nous en abordons quelques-uns dans le paragraphe suivant.

Des problèmes non résolus chez la patiente (formulation de cas, PQS)

La principale problématique d'Adélaïde reste son inadaptation dans la vie relationnelle (vécus d'invasion ou d'abandon par l'autre). Cela constitue en quelque sorte le « cœur » de la pathologie du patient borderline (cf. les théorisations de cette structure de personnalité selon Kernberg dans l'introduction). Conformément au modèle par phase de la psychothérapie (28), nous avons vu que la psychothérapie d'Adélaïde a été corrélée à une réduction symptomatique et une réduction de la détresse subjective (première phase selon Howard), à une amélioration de l'humeur avec la persistance d'une dysphorie après amendement des critères de dépression caractérisée selon DSM 4 TR (« *remoralization* » de la deuxième phase du modèle de Howard). Cependant, la troisième et plus longue phase de la psychothérapie (consistant en un réaménagement du fonctionnement mental voire une sorte de « rééducation » psychique) est loin d'être achevée bien que la patiente (cf. formulation de cas à 12 mois) s'engage dans le travail « expressif » de la thérapie.

La deuxième problématique qui reste non résolue à l'issue de la psychothérapie à 12 mois a trait à la fragilité narcissique (comme le suggère la formulation de cas à 12 mois) ; elle est en partie corrélée au « syndrome d'identité diffuse » (cf. la théorisation de Kernberg dans l'introduction). En effet, l'image de soi (qui correspond à plusieurs items du PQS : item 35 : « l'image de soi est un sujet de discussion » ; item 59 : « le patient se sent inférieur » qui a eu une moyenne de 2 sur un an, soit caractéristique ; item 71 : « le patient s'auto-accuse, exprime de la honte ou de la culpabilité ») verbalisée dans le discours d'Adélaïde est sans doute fortement altérée par le clivage. Elle ne peut avoir une image pleinement intégrée d'elle-même dans ses composantes positives et négatives. Lorsque les items de l'image de soi apparaissent de façon prégnante sur le PQS (item 35 : l'image de soi est un sujet de discussion, coté comme « très caractéristique » à 2 mois et caractéristique à 6 mois), ils véhiculent

une connotation négative et dépréciée d'elle-même, de façon exagérée. Par exemple, Adélaïde est irritée contre elle-même et blâme ses comportements « d'adolescente » dans ses relations interpersonnelles (notamment amoureuse, familiale et professionnelle). Les aspects positifs qui pourraient revaloriser son image d'elle-même demeurent tacites (sa beauté, sa manière originale et soignée de se vêtir) ou s'ils sont verbalisés, ils ne sont pas utilisés pour réajuster dans le bon sens son image d'elle-même. Ainsi, Adélaïde est capable de citer un compliment reçu de sa mère qui la félicitait pour avoir mieux géré sa relation avec sa grand-mère maternelle ; Adélaïde peut exprimer la satisfaction d'un week-end où ses relations amicales furent harmonieuses ; mais jamais elle ne va pas dire explicitement que son image d'elle-même est bonne. En somme, dans l'image de soi, le négatif est exprimé de façon patente, le positif est latent. Sur le plan psychopathologique, il est aussi possible que l'effet de dépréciation du syndrome dépressif caractérisé (et la dépressivité chronique décrite chez les patients borderline) vienne assombrir d'une humeur basse l'image d'elle-même.

Des limites méthodologiques de cette étude

Sur la méthodologie, il peut être reproché que les transcriptions de séances se fondaient sur des notes extensives du thérapeute à la fin de la séance alors que dans la littérature d'autres études de cas utilisant le PQS (119,132) utilisaient volontiers des enregistrements vidéo ou audio. Des comparaisons entre les notes extensives et les transcriptions ont montré peu d'écart dans le discours verbalisé mais plus de difficulté pour retranscrire les incidents comportementaux (verbaux et non verbaux) ; comme dans d'autres études au sein des Practice Research Network (32), la faisabilité de l'étude avec des psychothérapeutes exerçant dans des conditions normales a été privilégiée.

Une autre limite méthodologique à l'étude du cas d'Adélaïde (et à la méthodologie du RRFPP en général) doit être relevée : les cotations de l'ESM et de l'EFP étaient réalisées de façon chronologique. En effet, l'évaluation n'est pas effectuée « à l'aveugle » pour le thérapeute : connaissant l'évolution chronologique de la thérapie qu'il mène lui-même, celui-ci ne peut manquer de deviner la datation de la séance qui sert de support à la cotation. Certes, comme un des objectifs de la recherche était d'intégrer le thérapeute dans un processus de recherche, il paraissait naturel (en terme de motivation et d'intérêt) que le thérapeute qui suit son patient évalue lui-même les effets de ses actions. Cependant, un effet d'allégeance du

thérapeute à son approche psychothérapeutique peut en partie biaisée l'évaluation des résultats d'efficacité. Wampold (6) en synthétisant les résultats de plusieurs méta-analyses estime que la taille d'effet de la variable allégeance du thérapeute au type de thérapie qu'il mène est responsable d'une taille d'effet dépassant constamment 0,65 et expliquant plus de 10 % de proportion de variance. Même de manière inconsciente, le thérapeute peut vouloir surcoter l'amélioration symptomatique et/ou fonctionnelle du patient dans les phases terminales de la psychothérapie. Une démarche complémentaire possible pour prévenir ce biais potentiel aurait été : premièrement, de faire coter par un groupe de pairs différent de celui prodiguant la thérapie des transcriptions de séances présentées dans un ordre aléatoire et sans indication de date au groupe de pairs contrôle ; secondairement, une mesure de concordance entre les deux cotations au moyen du calcul d'un coefficient de corrélation intraclasse.

Après cette discussion des résultats principaux de l'étude, nous souhaiterions maintenant ouvrir la discussion pour examiner les retombées potentielles de ce type de recherches en « milieu naturel ».

Discussion des retombées potentielles des études naturalistes et des réseaux de recherche en psychothérapie

Quelles retombées pour les praticiens psychothérapeutes ?

Nous avons précédemment rappelé combien les attitudes générales de méfiance sur la recherche en psychothérapie parmi les psychothérapeutes praticiens avaient un effet néfaste sur leur accès aux données de la littérature scientifique en les éloignant des consensus et des recommandations de bonnes pratiques, dans une perspective d'Evidence-Based Practice en psychologie. Plusieurs études qualitatives nous mettent en exergue des aspects positifs des études sur les réseaux de recherche sur la pratique en psychothérapie.

Au sein du Réseau de Recherches Fondées sur les pratiques Psychothérapeutiques, une étude qualitative (133) a été menée pour examiner les impacts de cette recherche sur les cliniciens participant. Au début de la recherche, les psychothérapeutes avaient la crainte d'exposer leurs travaux devant leurs pairs et d'être jugés par les autres psychothérapeutes. Les psychothérapeutes pensaient aussi que la recherche pouvait représenter un risque pour la psychothérapie. Mais

finalement la recherche eut un effet bénéfique sur le travail du thérapeute, offrant la possibilité d'une réflexion sur la pertinence des interventions et de leurs effets, en particulier les choix sur le type d'intervention en fonction du stade de la psychothérapie et des besoins du patient. Finalement, la recherche une fois vue dans un cadre clinique peut offrir l'opportunité d'un apprentissage et de développement surtout pour des praticiens exerçant dans une activité libérale privée avec très peu de soutien de leurs pairs. Un point est à noter : une des hypothèses que les chercheurs pensaient vérifier était que la seule participation des psychothérapeutes à l'étude changerait leur vision vis-à-vis de la recherche en psychothérapie (et donc réduirait automatiquement un peu du « fossé » entre science et pratique). Or, ici, les cliniciens ont rapporté que leur vision de la recherche n'avait pas fondamentalement changé, malgré la participation au Réseau RRFPP. Cependant, leur participation, selon certains cliniciens, leur a permis de soulever des questions théoriques sur la nature de la psychothérapie et le processus de changement.

Une étude qualitative (72) a également été menée au sein d'un autre réseau de recherche sur la pratique (le « *Pennsylvania Psychological Association Practice Research Network* » ou PPA-PRN, (134)). A la question de savoir ce que les thérapeutes avaient trouvé de plus intéressant, ceux-ci répondaient : le sentiment de participer à une recherche dont le but était de réduire l'écart entre la science et la pratique, de participer à une recherche qui serait utile pour les psychothérapeutes, l'apprentissage de diverses méthodologies de recherche, faire partie d'un groupe collaboratif qui est soudé par un but commun, échanger avec d'autres collègues et en rencontrer de nouveaux. D'autres thérapeutes relevaient l'utilité de coucher sur le papier leurs idées après les sessions, ce qui les aidait à consolider les problèmes et à mettre en avant les points principaux ; l'utilisation d'un outil (le HAT ou « *Helpful Aspects of Therapy* ») leur donnait un retour à chaque session des besoins des patients qui le remplissaient eux-mêmes, fournissant ainsi une auto-évaluation « honnête » et moins biaisée que si cela avait été le thérapeute qui leur demandait directement. Ce procédé s'intègre tout à fait dans le courant de recherche de la psychothérapie fondée sur le retour d'information. A partir de ces résultats, Castonguay conclut que, au sein des réseaux de recherche sur la pratique en psychothérapie, il fallait construire une forte alliance entre les chercheurs et les psychothérapeutes et favoriser un sens de possession partagée de la recherche pour diminuer la résistance assumée des thérapeutes à la recherche et lutter contre

« l'impérialisme empirique » (consistant selon lui à des situations d'études où un chercheur - qui a peu ou pas d'activité de thérapeute et qui est peu en lien avec les questions et problèmes posés par la routine en psychothérapie - impose à des thérapeutes de réaliser des questionnaires sur leur patients et de collecter des données sans que les thérapeutes aient été consultés pour la sélection ou l'administration de ces instruments).

Quelles retombées pour les connaissances théoriques ?

Le développement de ces corpus de connaissances permettra sans aucun doute des réaménagements (validations, corrections, innovations) des connaissances théoriques dans des domaines tels que la psychopathologie et des théories du changement psychothérapique. Nous donnons deux exemples à ce sujet.

Nous avons déjà évoqué l'étude FEST (115,116) est une étude contrôlée randomisée qui a comparé les effets d'une psychothérapie psychodynamique selon deux modalités d'administration : avec utilisation modérée d'interprétations du transfert (dans la relation entre le thérapeute et le patient) ou sans interprétation. Les deux groupes de patients étaient comparables et constitués par distribution aléatoire. Elle a conclu à l'absence de différence dans l'efficacité des traitements. Cependant, en examinant le modérateur « moindre maturation des relations d'objets » chez les patients, il a été montré que l'interprétation du transfert améliorait plus les patients qui avaient une histoire de relations d'objets moins mature que les autres patients. Ce résultat va un peu à l'encontre des intuitions ou de certains dogmes entretenus sans fondement réels. Nous voyons parfaitement ici dans quelle mesure ces résultats d'études naturalistes pourraient conduire à des réaménagements théoriques et également pratiques vis-à-vis des indications de certaines techniques spécifiques pour certains patient. Nous entrons dans des connaissances répondant aux questions de types : « **qu'est-ce qui marche ? Pour quels patients ? Dans quels contextes ?** ».

Nous pouvons aussi citer brièvement les travaux que Enrico Jones et Stuart Ablon a mené à partir d'études intensives de cas individuels (132,135,136). Ces résultats expérimentaux lui ont servi pour la construction d'une théorie de l'action psychothérapeutique basé sur ce qu'il a appelé des « interaction structures » ou « structures d'interaction entre le patient et le thérapeute, spécifique à chaque dyade unique et dont le repérage et la compréhension (et vice versa la non prise en compte), notamment par la technique de l'interprétation ont un impact causal sur l'issue la thérapie en termes d'amélioration ou d'échec relatif. Nous renvoyons le lecteur à

l'introduction et à la discussion de notre mémoire de DES (123) pour une revue de ces résultats.

Quelles retombées pour les connaissances pratiques ?

Nous resterons brefs sur les implications de ces études naturalistes. Mais il nous semble évident qu'elles vont constituer de plus en plus des vecteurs de « recherche translationnelle » pour employer un terme un peu à la mode qui désigne bien la capacité des chercheurs à renforcer les applications en pratique quotidienne de recherches plus fondamentales. Dans le domaine qui nous intéresse, plusieurs résultats pratiques des Réseau de recherches sur la pratique ont été évoqués dans l'introduction (p.32). Nous avons également produit une revue de la littérature des principaux réseaux qui se résume à un tableau inclus dans notre mémoire de DES (123). Plusieurs résultats d'études menées dans ces réseaux de recherches sur la pratique y sont compilés.

L'implémentation dans la pratique quotidienne d'outils permettant de suivre le changement (avec un « monitoring » à la séance près) nous paraît être un des résultats dont la translation est la plus urgente à mener. Nous avons abondamment cité les résultats de l'équipe de Lambert. Nous pouvons aussi citer ceux de l'équipe de de Scott Miller (137) qui a par exemple montré dans une étude que les retours d'information aux psychothérapeutes amélioreraient les taux de patients en amélioration clinique (avant feedback 33% versus après feedback 47%) tout en réduisant les taux de patients qui se dégradent (19% avant feedback versus 8% après feedback).

Après tout, es médecins infectiologues mesurent plusieurs fois par jour la température de leurs patients infectés pour évaluer l'efficacité clinique d'une antibiothérapie probabiliste en attendant les confirmations microbiologiques. Qu'est-ce qui empêcherait les psychiatres et les psychologues de mesurer pareillement les progrès et la satisfaction de la psychothérapie du patient séance par séance de façon objective par une méthode quantitative ?

Enfin un point qu'il nous semble primordiale d'aborder est celui des taux de dégradation de patients sous psychothérapie. Nous avons rappelé dans l'introduction que l'échec thérapeutique concernerait ainsi environ 5-10 % des patients adultes contre 15 à 24% des adolescents (48–50). Ces chiffres sont très importants et leur non prise en compte (voire tout simplement leurs méconnaissances par les psychothérapeutes) peut avoir des effets dommageables à la prise en charge des patients. Il est naturel et éthiquement souhaitable que les médecins indiquent à leurs

patients les risques des médicaments qu'ils leur prescrivent. A l'avenir, nous pensons que les psychothérapeutes devraient communiquer clairement à ce sujet avec leurs patients comme le font les médecins dans d'autres domaines sur les effets indésirables et sur les aléas thérapeutiques. Par ailleurs, dans une vaste étude (138) impliquant plus de 700 psychothérapeutes prenant en charge au moins une dizaine de patients chacun, un outil de mesure de l'évolution clinique des effets de la thérapie (le « Treatment Outcome Package » ou TOP ; le « Reliable Change Index » ou RCI) l'efficacité clinique (« effectiveness ») des thérapeutes ont été évaluées. L'étude a conclu à l'existence de trois types de psychothérapeutes quant à leurs résultats généraux : « efficaces », « inclassables » « nocifs » (« harmful »). Le plus intéressant est que même pour les thérapeutes parmi les plus efficaces, leurs compétences étaient spécifiques à un domaine et que cette expertise ou compétence n'étaient pas généralisables à d'autres domaines. Là encore, il nous semble que chaque psychothérapeute devrait rigoureusement affiner sa propre évaluation pour pouvoir définir les patients et les pathologies pour lesquels il est compétent (et formé pour). Il en va de la sécurité des patients.

Quel vécu personnel de la participation à un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques ?

Une fois abordés ces différents apports potentiels, nous souhaitons témoigner ici de notre expérience personnelle d'avoir participé à ce travail.

Dans l'avant-propos, nous avons expliqué comment notre curiosité avait été dirigée vers le courant des recherches d'efficacité des psychothérapies. Nous croyons que, dans notre cas, le *primum movens* de cette démarche a été une forme d'engagement qui prenait son origine dans un triple constat : un mouvement nécessaire vers plus de rigueur dans l'évaluation, une conviction de l'utilité des psychothérapies et la crainte d'un délaissement possible de celles-ci. La motivation était sans doute portée par une question de sens et de conviction que ce travail serait utile pour les patients et les thérapeutes. Mais cette raison est commune à tous les types de recherches cliniques et à ceux qui décident de s'y engager.

Notre opinion est que tout étudiant développe son système de croyances, de représentations et de valeurs en s'imprégnant des rencontres, des découvertes, des transmissions qu'il a connu au cours de ses études, en complément de sa trajectoire antérieure. Aussi nous pensons que la formation scientifique (cursus principal de

médecine³⁹ et en parallèle - maîtrise de sciences biologiques, master de recherche) que nous avons reçue au cours de notre cursus médical (cf. les évolutions des études médicales abordées dans la première partie) nous a marqué en instillant des aspirations vers plus de rigueur et de recul sur ce que nous « faisons » avec les patients. De plus, notre sentiment était que notre responsabilité en tant que professionnel de la santé mentale nous conduisait à critiquer tout emploi de la psychothérapie « sans conscience ». Nous avons naturellement été confronté au doute sur les limites de nos soins ou de prises d'initiatives. Nous avons par exemple fait l'habituelle expérience des limites de notre conception naïve de la toute-puissance médicale et tâché de tirer une plus grande clairvoyance de ces erreurs. Malgré toutes les lectures et quelques années d'expériences cliniques, au cours de l'externat puis de l'internat de spécialité, nous avons été décontenancé voire culpabilisés bien des fois par les effets indésirables attenants à certaines de nos initiatives. Nous conservons le vif souvenir de ce patient trentenaire incarcéré, rencontré dans un service médico-psychologique régional, aux traits de personnalité protéiformes et inclassables (mélange d'histrionisme, de psychopathie, d'abandonnisme, d'impulsivité) pour lequel nous avons conçu, peut-être plus qu'un autre, une empathie et un désir d'assistance. Une « simple séance de relaxation » faite de relâchement musculaire et de techniques de respiration (couplée plus loin à un abord très périphérique et superficielle de ses liens de filiation et surtout d'expériences de maltraitances materno-infantiles qui avaient spontanément surgi) nous avait en fin de journée d'abord grandement satisfait, après trois semaines de grande réticence du patient à tout travail introspectif. Nous étions persuadé que la simple évocation même très vague d'expériences psycho-traumatiques aurait à terme un effet thérapeutique. Quelle grande ne fut pas notre déception lorsque le lendemain matin nous apprîmes que notre cher patient, qui avait selon nous « si bien répondu à la relaxation », avait été transféré pour évacuation d'hématome extradural en neurochirurgie, au décours de traumatismes crâniens qu'il s'était infligé à lui-même en se tapant la tête contre les murs de sa cellule pénitentiaire, le soir même de notre dernier entretien.

Parallèlement, notre vécu a été celui d'un écart grandissant entre les corpus de

³⁹ Nous devons reconnaître aussi l'influence de l'enseignement reçu à la Faculté de Médecine de Rouen dont le cursus utilise abondamment les apprentissages par problèmes ou « *problem based learning* », en petits groupe d'étudiants, depuis 1992. Cette méthode d'enseignement a été importée du Canada. Elle a été développée justement à l'Université McMaster (139) par Sackett et ses compères à partir des années 1970 et propage une philosophie en lien direct avec l'Evidence-Based Medicine.

connaissances (psychanalyse, thérapie cognitive, systémique, psychiatrie phénoménologique) aux méthodes épistémologiques « plus hétérodoxes » face à des corpus de connaissances très dynamiques par leur expansion actuelle (neuroscientifiques, statistiques ou pharmacologiques). Or notre position (commune à d'autres internes de spécialité de la même génération) était que ces corpus aux origines et développements plus anciens présentaient un grand intérêt pour décrire et expliquer de façon plus globale et générale le fonctionnement psychique des individus et des familles que nous rencontrions à l'hôpital ou en consultation. Soumis dans son quotidien à la nécessité d'inscrire un diagnostic et comptabiliser les actes de soins sur le système du PMSI, un interne en psychiatrie peut se trouver un peu décontenancé dans l'exercice de lister des critères qui lui permettrait inscrire le patient dans une catégorie. Nous avons bien conscience que la finalité du DSM 4 TR était notamment d'apporter une clarification nosologique sur de grands groupes de patients mais son emploi nous laisse insatisfait de par les carences dont il souffrait logiquement : c'est-à-dire être capable de décrire l'idiosyncrasie d'un individu, apporter une « théorie globale » de l'histoire naturelle de sa maladie. Il y avait comme une lutte pour réfréner l'élan personnel de vouloir sacrifier sur un « lit de Procuste » nosologique et statistique l'unicité d'un individu. Si notre conviction était que l'usage des psychothérapies constituait une pièce maîtresse dans le dispositif de soins aux patients, la crainte - sans aucun doute - excessive était que des pans entiers de connaissances en psychothérapie disparaîtraient purement et simplement par manque d'emploi comme traitements de choix dans un contexte de réduction budgétaire et de gestion des dépenses de santé. Lors d'une discussion avec des psychologues hollandais rencontrés au cours d'une formation à l'étranger en psychothérapie basée sur la « mentalisation » chez l'enfant, nous avons été surpris d'apprendre d'eux que les Pays-Bas avaient retiré les psychothérapies d'inspiration psychanalytique de la liste des traitements remboursables par l'assurance maladie au profit de psychothérapies dont l'efficacité empirique étaient mieux établies (et dont faisait partie la « mentalisation »). Aux Etats-Unis, dans l'Etat de Washington, des notes sont attribuées depuis 2005 aux services de soins en fonction des bons résultats en termes d'emploi extensif des « traitements soutenus empiriquement » et du « bénéfice prouvé » au client ; ces notes en définitive influencent les décisions de couverture par les assurances (38). Pareillement, en 2003, l'Etat de l'Oregon a ordonné que les « traitements soutenus empiriquement » soient utilisés dans les services de santé

mentale (38).

L'expérience de la participation au Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques nous a été bénéfique à plus d'un titre. Pour le jeune interne de spécialité en cours de formation que nous étions, il a été passionnant d'échanger sur les pratiques en psychothérapie avec d'autres confrères bien plus expérimentés. L'échange avait pour innovation principale son intensité : plusieurs rendez-vous réguliers de deux heures tous les quinze jours se sont étalés sur plusieurs mois pour achever l'étude d'un cas. Dans la formation académique théorique ou pratique (en stage) d'un interne de spécialité, nous n'avions jamais ce loisir. Accéder directement aux verbatim des séances nous a offert une richesse que nous ne connaissions pas. En effet, ces verbatim nous fournissait à chacun des membres du groupe un support de référence au déroulé de la psychothérapie, vers lequel nous nous tournions sans cesse lors des dissensus qui émergeaient dans la discussion. Nous pensions que cet aller-retour incessant nous protégeait de l'écueil d'élaborations hasardeuses et éloignées du matériel premier de la clinique. Une telle méthode validait pour nous la production de données probantes. Dans ce processus, nous gagnâmes beaucoup d'une transmission de savoirs pratiques et même théoriques (dans l'application de la psychanalyse par exemple) de nos confrères plus âgés. Mais l'avis des deux autres confrères du groupe de pairs nous a assuré de la réalité d'une transmission à double sens : selon eux, notre formation et notre « culture » plus récentes sur des approches plus « orthodoxes » employées dans la recherche expérimentale (l'outil de la statistique, l'outil informatique) ainsi que nos lectures de revues anglo-saxonnes dans le domaine des recherches de processus - résultat en psychothérapie leur avaient été bénéfiques en proposant un point de vue qui leur étaient peu connu, alors même qu'ils avaient eu accès à des expériences ou des pratiques personnelles en recherche en psychologie.

Nous devons aussi insister sur le fonctionnement au sein du groupe de pairs et de la cohésion apportée par la méthode de recherche du consensus. Nous revenions sur les dissensus sous la forme d'une discussion pour aboutir à un consensus où chacun émet son point de vue et surtout ses arguments. La démarche était plus rationnelle (puisqu'argumentative) que l'établissement d'une simple moyenne sur trois cotations différentes, laquelle aurait fait l'économie d'une réflexion plus approfondie. Cette démarche fournissait aussi une méthode et des moyens supplémentaires pour se prémunir contre certains biais qui nous affectent d'habitude en tant que thérapeute

(par exemple, la tendance à la surévaluation des cotations d'efficacité, montrée par exemple chez des thérapeutes impliqués dans des situations cliniques très complexes et longues aux améliorations inexistantes). Dans une échelle d'intensité symptomatique ou de gravité de fonctionnement (familial, intellectuel), l'effet de groupe pouvait l'amener à s'interroger sur ses propres interprétations. En somme, par cette « confrontation » avec la vision de l'autre, il en ressortait une valeur plus probante des données. Il est à noter aussi l'importance qu'un membre du groupe de pair soit lui-même le thérapeute : il pouvait donner un ressenti de première main sur la relation par exemple qui n'apparaît pas forcément dans un verbatim de séance. Fort de sa vision globale, il pouvait corriger et donner un plan plus large du patient et de la thérapie, qui éclairait les conclusions parfois hâtives de deux thérapeutes extérieurs, figés dans la seule lecture du verbatim.

La satisfaction ressortait aussi du sentiment d'être au cœur du « processus » de la pratique et de son aspect appliqué tandis que la théorie psychothérapique ou psychanalytique (qui vient souvent dicter la vision et l'interprétation de la pratique, démarche souvent source d'erreurs ou d'aveuglement et de biais) était mise au second plan pour examiner et observer avec une plus acuité et objectivité le processus de psychothérapie qui se déroulait sous nos yeux.

Notre expérience est que le dispositif de recherche (recueil de données brutes par les verbatim, établissement d'échelles, discussions périodiques organisées entre chercheurs et cliniciens) vient s'atteler au dispositif habituel d'une psychothérapie sans l'altérer. De l'adjonction de la recherche (sous la modalité des études intensives de cas) sur le terrain de la pratique naît un changement de la perception du clinicien. Nous avons peu à peu eu l'impression d'endosser volontairement une position double ou triple : nous sommes à la fois clinicien et à la fois une sorte de « clinicien - avide de recherche », un « clinicien éclairé » ou « informé par la recherche » (« clinicien - chercheur » serait excessif) qui met encore plus l'accent sur le déroulé du processus, le clinicien tâchant de le recueillir avec rigueur (c'est-à-dire en cherchant à se tenir à distances de divers biais) pour une exploitation ultérieure à vocation de recherche. Et pour faire notre l'idée de Castonguay (140), il arriva un moment où nous ne savions plus très bien si dans la collecte des données par exemple la finalité première était de viser une compréhension plus approfondie et entière du patient et du processus de psychothérapie ou d'apporter du matériel utile pour la recherche.

Il est à noter que l'organisation du réseau était propre à des apprentissages

multilatéraux. Les échanges se déroulaient à trois niveaux : premièrement, entre membres du groupe de pairs, secondairement, entre notre groupe de pairs et d'autres groupes de pairs, troisièmement, entre notre groupe de pair et les chercheurs en psychothérapie.

La participation à ce travail nous a conduit à l'adhésion à une société savante (*Society for Psychotherapy Research*) ainsi qu'à l'abonnement de ses publications dans une revue internationale à comité de lecture sur les recherches en psychothérapies (*Psychotherapy Research*). L'intégration dans le réseau RRFPP stimule la consultation régulière de son site internet qui offre non seulement une plateforme d'informations aux travaux du réseau tout en cultivant une veille bibliographique sur la recherche évaluative internationale. La conjugaison de ces deux sources (et d'autres) facilite notre exercice quotidien de la psychothérapie. Elles favorisent une actualisation permanente à propos de connaissances transposables dans la pratique. Elles nous aident à nous sentir « impliqué » et « concerné » par une pratique basée sur les preuves et par l'utilisation de preuves basées sur la pratique. La participation à ce travail de recherche sur les psychothérapies nous a donné « le goût » de lire la littérature scientifique du domaine, en dépassant le discrédit dont celui-ci peut souffrir auprès de praticiens (cf. le fossé entre science et pratique évoqué plus haut), pour la simple raison que nous y avons nous-mêmes participé et l'avons vécu « de l'intérieur ». Il serait très utopique d'imaginer que tous les professionnels ayant une pratique psychothérapique participent un jour à ce type d'études sur les psychothérapies. Mais pour ceux qui ont pu jouir de cet accès, ce type d'étude naturaliste catalyse une réduction du décalage existant entre des connaissances actualisées (validées par la recherche en psychothérapie) et les connaissances datées, réellement détenues et appliquées comme telles par les praticiens. Malheureusement, comme le rappelait à regret Kazdin dans un entretien (141) les connaissances délivrées aux praticiens dans les écoles de psychothérapie au cours de leur formation initiale ne sont parfois pas congruentes à l'état actuel de la recherche. Le ton de son interview était délibérément provocant⁴⁰ (« *Nous devrions avoir plus de*

⁴⁰ L'opinion de Kazdin délivrée dans cette interview a été jugée « extrémiste » et inexact par beaucoup (par exemple par Steven J. Reiser a répondu dans un commentaire sur le site du Time). Scott Miller, quant à lui, tout en reconnaissant (142) que beaucoup de thérapeutes (« au-delà de 50 ans – comme moi » invoqués par Kazdin dans son interview) n'ont pas eu la formation sur l'ensemble des études qui démontrent l'intérêt de monitorer le suivi et l'efficacité de la psychothérapie tout au long du processus, nuance le propos de Kazdin, en disant qu'on trouve bien assez de thérapeutes former pour délivrer les bons traitements. Scott Miller parle ainsi avec conviction de son expérience pendant quinze ans de formateur et d'animateur d'atelier à destination des psychothérapeutes pour les sensibiliser à l'approche

recommandations de bonnes pratiques – ce qui offusquerait la profession, mais bénéficierait au public. Je fais du prosélytisme mais il faut que quelqu'un regarde l'inertie en face »). Et de poursuivre : « Jusqu'à maintenant (..), à travers le pays [les Etats Unis d'Amérique], pour une personne qui reçoit un traitement supportés empiriquement, il y en a huit ou neuf autres qui ne reçoivent rien du tout. La querelle n'est pas au sujet de la psychothérapie et ses effets. Mais, la psychothérapie individuelle est le mode dominant de délivrance d'un traitement psychologique et ne peut pas [actuellement] atteindre la plupart des gens qui en ont besoin » (141).

Nous conjecturons aussi que les praticiens impliqués dans ce type de travail ont un important rôle de prosélytes à jouer en diffusant au sein de leur profession l'existence de ce type d'entreprise. Cela peut évidemment intéresser tout praticien concerné par l'efficacité et les mécanismes de changement. Etant donné la nature même de ces recherches effectuées en milieu naturel et dotées d'une meilleure utilité clinique, la présentation de leurs méthodes et de leurs résultats peut aider à accorder un plus grand crédit aux recherches sur les psychothérapies en général. A ce propos, nous avons eu la chance de présenter le vécu de notre groupe de pairs face à cette expérience lors d'un congrès national de psychiatrie⁴¹, nous faisant ainsi les témoins directs de ces travaux.

Quelles retombées pour les usagers de soins et les politiques de santé ?

En première analyse, les retombées d'études naturalistes et de ce type de réseau de recherche ne nous apparaissent que positives. L'établissement de connaissances complémentaires à celles déjà acquises par les essais contrôlés randomisés, favorisent une meilleure adéquation avec la réalité quotidienne des soins. Cela pourrait à terme aider à mieux identifier les techniques et les configurations psychothérapeutiques (caractéristiques propres au patient au contexte socio-professionnel et autres modérateurs) qui sont les plus efficaces. Dans un article sur l'évaluation des psychothérapies, Daniel Widlöcher parlait de sa préférence pour un « sur-mesure » plutôt qu'un « prêt-à-porter qui ne serait pas de luxe », en filant une métaphore comparative entre « une psychothérapie ajustée » - sur-mesure - versus

du FIT (feedback-informed therapy, qui monitorise l'avancement de la psychothérapie à l'aide d'outils comme l'Outcome Rating Scale et la Session Rating Scale) promue par le consortium du ICCE (International Center for Clinical Excellence) qu'il a fondé.

⁴¹ Lors du Congrès Français de Psychiatrie de Langue, le 28 novembre 2012, à Paris.

une « cure psychanalytique » - prêt-à-porter - (dont le modèle est sensée être plus « rigide » dans son cadre thérapeutique) (11). Un meilleur ajustement des thérapeutes tendrait dans l'idéal vers des recommandations spécifiant au mieux quels types de psychothérapies sont les plus à même de produire un changement chez un patient donné, ayant certains types de pathologies, avec une personnalité donnée. A terme, ces connaissances pourraient intégrer les corpus d'enseignements (en formation initiale et en formation continue) dans les facultés et les instituts de formation aux psychothérapies avec une plus-value qualitative qui ne peut que profiter aux usagers sur la fiabilité des soins qu'ils sollicitent. Nous pouvons d'ailleurs rappeler à ce sujet qu'en France, le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques est soutenu par l'Inserm et la Direction Générale de la Santé. Le RRFPP s'inscrit à la politique d'accréditation de la Haute Autorité de Santé en intégrant son programme « d'Evaluation des Pratiques Professionnelles » ayant trait à la psychothérapie. Citons les mots de l'HAS à ce propos : « *L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins* » (143).

L'ultime conjecture que nous pouvons faire est de se demander : quels impacts les résultats d'études naturalistes et des organisations en réseau de recherche peuvent avoir sur les politiques de santé ? Dans le fond, ces études naturalistes ont le pouvoir d'informer les pouvoirs publics en leur exposant un aperçu fidèle des psychothérapies telles qu'elles sont délivrées à la population générale. A travers ces études naturalistes, une mission de santé publique peut aussi être remplie, comme répondre aux questions suivantes : Quels types de soins recouvrent exactement les psychothérapies ? Quelles sont leurs efficacités relatives ? Dans quels contextes sont-elles délivrées ? La volonté d'intégrer ces retours d'information depuis la « base » (soit une trajectoire « *bottom-up* » de l'information, diraient les anglo-saxons) guiderait utilement certains choix de la Politique de la Santé et, incidemment, certains arbitrages budgétaires. Sans vouloir se cacher derrière l'adage « l'absence de preuve n'est pas la preuve de l'absence » pour justifier l'absence relative d'études évaluatives en psychothérapies psychanalytiques, il est important de prendre en compte les résultats d'efficacité d'études en milieu naturel, qui émergent peu à peu (cf. l'étude sur 50 cas de psychothérapies d'enfants autistes, (144)). Quant à l'avenir des guides de recommandations de bonnes pratiques, ces études naturalistes devraient y figurer en

bonne place, à côté des revues systématiques et autres méta-analyses qui trouveraient en elles une bien serviable compagnie. Ces guides de recommandation de bonnes pratiques n'en seraient alors que plus démocratiques, non ? Un nouveau souffle dans la recherche évaluative en psychothérapie est en marche.



CONCLUSION

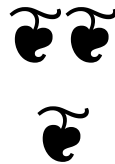
En guise de conclusion, nous avons cherché à montrer que la nécessité d'une recherche évaluative en psychothérapie s'inscrivait naturellement dans une évolution sociale (prise de pouvoir de patients plus acteurs de leurs et mieux informés, remise en question de l'autorité médicale, rationalisation de la médecine) mais surtout dans son évolution scientifique.

Une maturation des approches de recherche conduit aujourd'hui à une complémentarité de paradigmes « expérimentaux » (essais contrôlés randomisés) et « non expérimentaux » (étude intensive de cas en milieu « naturel ») sur la façon d'évaluer une psychothérapie. A côté de la « médecine factuelle » symbolisée par les essais contrôlés randomisés, le paradigme de la pratique fondée sur les preuves en psychologie et le paradigme orienté par la pratique en psychologie apportent une certaine légitimité quant à la validité externe et l'utilité clinique aux études en milieu « naturel ».

L'illustration de la psychothérapie du cas d'Adélaïde, patiente souffrant de trouble borderline, nous a permis de présenter un exemple d'étude intensive de cas individuel intégré dans un réseau de recherches fondé sur les pratiques psychothérapeutiques. Si l'efficacité stricto sensu de la psychothérapie ne peut être ici démontrée, l'étude de cas fournit des faits et des indices d'une efficacité clinique (« effectiveness ») dont la compilation avec d'autres cas permettrait une analyse statistique de significativité. L'apport le plus intéressant est sans doute la mise en évidence de facteurs de changement psychothérapeutiques potentiels pour la patiente avec une prégnance constante des facteurs communs de la psychothérapie par rapport aux facteurs spécifiques qui, pris individuellement, joue un rôle dans la séance mais peut-être de façon plus ponctuelle.

Nous avons proposé plusieurs apports bénéfiques à l'approche de l'étude intensive de cas. Il nous semble que ce dispositif, organisé en réseau, peut participer de la réduction du fossé séparant la science et la pratique. Plus concrètement, ce mouvement peut s'incarner tout d'abord chez des cliniciens qui pratiquent leur psychothérapie avec un regard plus affûté par des considérations de recherche de la preuve et des données probantes ; et chez des cliniciens qui œuvrent dans le sens

d'une évaluation personnelle de leur pratique et mieux éclairés pour identifier les facteurs les plus susceptibles d'apporter un changement chez leurs patients. Mais ce mouvement peut aussi se matérialiser chez les chercheurs en psychothérapie et les aiguiller vers des questions plus pratiques et à même d'intéresser les cliniciens. En définitive, cette réduction du fossé entre science et pratique matérialisées par ces études naturalistes pourraient offrir une importante « banque de données » aux chercheurs et aux cliniciens. Cet investissement pour l'avenir constituerait un matériau primordial pour la révision des théories existantes et l'élaboration ultérieure d'autres théories psychopathologiques ou abordant dans les psychothérapies le domaine des processus de changement.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol.* avr 2008;63(3):146-59.
2. Ward A. David Sackett, doctor, 1934-2015. *Financial Times.* 29 mai 2015;
3. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA.* 1 oct 2008;300(13):1551-65.
4. Alves de Oliveira D. Compte rendu du congrès de la Society of Psychotherapy Research (SPR) à Berne – Juin 2011. *Pour Rech.* sept 2011;(70):14-6.
5. Molinié M, Gausset M-F, Alves de Oliveira D. Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : Réflexions d'un groupe de pairs. *Pour Rech.* déc 2013;(79).
6. Wampold BE Imel, Zac. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings (Counseling and Psychotherapy: Investigating Practice from Sc)* 1st by Wampold, Bruce E., Imel, Zac (2001) Paperback. 1^{re} éd. Routledge;
7. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse.* Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 523 p.
8. Lézé S. *L'autorité des psychanalystes.* 1^{re} éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2010.
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Psychothérapie : Trois approches évaluées* [Internet]. Les éditions Inserm; 2004. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/146>
10. Haute Autorité de Santé (dir.). *Recommandation de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent* [Internet]. 2012 mars. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent
11. Widlöcher D. Prêt-à-porter ou sur-mesure ? Evaluation et standardisation. In: Fischman G, éditeur. *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse : Fondements et enjeux.* Masson; 2009. p. 67-75.
12. Spitzer RLMD, American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Third Edition.* 3th éd. American Psychiatric Association; 1981.
13. Doron R, Parot F. *Dictionnaire de psychologie.* 3e édition. Paris: Presses

- Universitaires de France - PUF; 2011. 768 p.
14. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 4 nov 1992;268(17):2420-5.
 15. Popper KR, Monod J, Thyssen-Rutten N, Devaux P. *La logique de la découverte scientifique*. Editions Payot. Paris: Payot; 2007. 480 p.
 16. Atkins D, Briss PA, Eccles M, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: pilot study of a new system. *BMC Health Serv Res*. 23 mars 2005;5(1):25.
 17. Phillips B, Ball C, Sackett DL, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. *Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence* (produit en 1998, mis à jour par Jeremy Howick en 2009). Oxford; 2009.
 18. Sackett DL. Cochrane Collaboration. *BMJ*. 3 déc 1994;309(6967):1514-5.
 19. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
 20. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*. 2 sept 1992;268(9):1111-7.
 21. Vray M, Bouvenot G. Il faut faire des essais pragmatiques. *Presse Med*. 1995;(24).
 22. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*. juill 2004;130(4):631-63.
 23. O'Leary KD, Borkovec TD. Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *Am Psychol*. sept 1978;33(9):821-30.
 24. Mueller TI, Leon AC, Keller MB, Solomon DA, Endicott J, Coryell W, et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1000-6.
 25. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol*. févr 1986;41(2):159-64.
 26. Kopta SM, Howard KI, Lowry JL, Beutler LE. Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. oct 1994;62(5):1009-16.
 27. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol*. déc 1995;50(12):965-74.
 28. Howard KI, Lueger RJ, Maling MS, Martinovich Z. A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *J Consult Clin Psychol*. août 1993;61(4):678-85.

29. Newman DL, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA. Comorbid mental disorders: implications for treatment and sample selection. *J Abnorm Psychol.* mai 1998;107(2):305-11.
30. Kessler RC, Stang PE, Wittchen HU, Ustun TB, Roy-Burne PP, Walters EE. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* sept 1998;55(9):801-8.
31. Zimmerman M, McDermet W, Mattia JI. Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* août 2000;157(8):1337-40.
32. Castonguay LG. Psychotherapy, psychopathology, research and practice: pathways of connections and integration. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* mars 2011;21(2):125-40.
33. Goldfried MR, Wolfe BE. Psychotherapy practice and research. Repairing a strained alliance. *Am Psychol.* oct 1996;51(10):1007-16.
34. Morrow-Bradley C, Elliott R. Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *Am Psychol.* févr 1986;41(2):188-97.
35. Beutler LE, Williams RE, Wakefield PJ, Entwistle SR. Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *Am Psychol.* déc 1995;50(12):984-94.
36. Lambert MJ. Michael Lambert on Preventing Treatment Failures (and Why You're Not as Good as You Think) [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.psychotherapy.net/interview/preventing-treatment-failures-lambert>
37. Stewart RE, Chambless DL. Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *J Clin Psychol.* 1 mars 2007;63(3):267-81.
38. Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA, Deltour J. L'essence du changement : Utiliser les facteurs communs aux différentes psychothérapies. Bruxelles: De Boeck; 2012. 621 p.
39. Thurin J-M, Thurin M. Evaluer les psychothérapies : Méthodes et pratiques. Dunod; 2007.
40. Goldfried MR, Wolfe BE. Toward a more clinically valid approach to therapy research. *J Consult Clin Psychol.* févr 1998;66(1):143-50.
41. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: comments and perspectives. *J Clin Child Psychol.* juin 1998;27(2):217-26.
42. Kazdin AE, Weisz JR. Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *J Consult Clin Psychol.* févr 1998;66(1):19-36.
43. American Psychological Association. Evidence-Based Practice in Psychology, Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice [Internet]. 2005. Disponible sur:

<http://www.apa.org/practice/resources/evidence/index.aspx>

44. Institute of Medicine (dir.). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century [Internet]. p.147 p. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/10027/crossing-the-quality-chasm-a-new-health-system-for-the>
45. Sackett DL. The fall of « clinical research » and the rise of « clinical-practice research ». *Clin Investig Med Médecine Clin Exp.* déc 2000;23(6):379-81.
46. Castonguay L, Michael Barkham, Lutz W, Andrew McLeavey. Practice-oriented research : approches and applications. In: Lambert MJ, éditeur. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change.* 6th éd. Wiley; 2004. p. 85-120.
47. Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW. Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol.* juin 2010;78(3):298-311.
48. Cannon JAN, Warren JS, Nelson PL, Burlingame GM. Change trajectories for the Youth Outcome Questionnaire self-report: identifying youth at risk for treatment failure. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2010;39(3):289-301.
49. Warren JS, Nelson PL, Burlingame GM, Mondragon SA. Predicting patient deterioration in youth mental health services: community mental health versus managed care settings. *J Clin Psychol.* janv 2012;68(1):24-40.
50. Nelson PL, Warren JS, Gleave RL, Burlingame GM. Youth psychotherapy change trajectories and early warning system accuracy in a managed care setting. *J Clin Psychol.* sept 2013;69(9):880-95.
51. Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J Clin Psychol.* févr 2005;61(2):155-63.
52. Walfish S, McAlister B, O'Donnell P, Lambert MJ. An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychol Rep.* avr 2012;110(2):639-44.
53. Czernichow P, Chaperon J, Coutour XL. *Epidémiologie.* Paris: Editions Masson; 2001. 464 p.
54. Lambert MJ, Harmon C, Slade K, Whipple JL, Hawkins EJ. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *J Clin Psychol.* févr 2005;61(2):165-74.
55. Kazdin AE. *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings* by Kazdin, Alan E. (1982) Paperback. Oxford University Press; 1707.
56. Thurin M. Evaluer les psychothérapies en pratique clinique. Poser un diagnostic approfondi : établir une formulation de cas. In: Thurin J-M, Thurin M, éditeurs.

- Evaluer les psychothérapies : Méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007. p. 135-214.
57. Fishman DB, Messer SB. Pragmatic case studies as a source of unity in applied psychology. *Rev Gen Psychol.* 2013;17(2):156-61.
58. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy [Internet]. Disponible sur: <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>
59. Ridley CR, Kelly SM. Multicultural considerations in case formulation. In: Eells TD, éditeur. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation, Second Edition.* 2^e éd. New York: The Guilford Press; 2006. p. 33-64.
60. Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the health-sickness rating scale. *Bull Menninger Clin.* sept 1975;39(5):448-80.
61. Høglend P, Bogwald K-P, Amlo S, Heyerdahl O, Sorbye O, Marble A, et al. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res.* 2000;9(4):190-9.
62. Jones EE. *Manual for the psychotherapy process Q-set.* University of California, Berkeley; 1985.
63. Jones EE. Appendix: The Psychotherapy Process Q-sort (PQS) Coding Manual. In: [(Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy)]. Jason Aronson Inc. Publishers; 2000. p. 315-61.
64. Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin J-M, Ablon JS. Le Psychotherapy Process Q-set. Questionnaire de configuration psychothérapeutique (cent items), traduction française. *Pour Rech.* juin 2009;(61).
65. Zarin DA, Johnson JL, West JC. Challenges to evidence-based medicine: A comparison of patients and treatment in randomized controlled trials with patients and treatments in the APA practice research network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;(40):27-35.
66. Borkovec TD, Echemendia RJ, Ragusea SA, Ruiz MA. The Pennsylvania practice research network and future possibilities for clinically meaningful and scientifically rigorous psychotherapy research. *Clin Psychol Sci Pract.* 2001;(8):155-68.
67. Ruiz MA, Pincus AL, Borkovec TD, Echemendia RJ, Castonguay LG, Ragusea SA. Validity of the inventory of interpersonal problems for predicting treatment outcome: an investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *J Pers Assess.* déc 2004;83(3):213-22.
68. Thurin M, Thurin J-M. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. Point sur le pôle Autisme. *Pour Rech.* juin 2008;(57).
69. Thurin M, Thurin J-M. Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques. Point sur le pôle Borderline. *Pour Rech.* sept 2011;(58).

70. Robert P. Réseau de recherche Fondées sur les pratiques psychothérapeutiques. Point sur le pôle Alzheimer. *Pour Rech.* déc 2008;(59).
71. Thurin J-M. Conférence internationale de Rome (Mai 2011). *Pour Rech.* juin 2011;(68-69).
72. Castonguay LG, Nelson DL, Boutselis MA, Chiswick NR, Damer DD, Hemmelstein NA, et al. Psychotherapists, researchers, or both? A qualitative analysis of psychotherapists' experiences in a practice research network. *Psychotherapy.* sept 2010;47(3):345-54.
73. Shedler J, Beck A, Fonagy P, Gabbard GO, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry.* sept 2010;167(9):1026-8.
74. Asso AP. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Editions Masson; 2003. 1064 p.
75. Gunderson JG. Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *Am J Psychiatry.* mai 2009;166(5):530-9.
76. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* déc 1998;155(12):1733-9.
77. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* avr 1989;146(4):490-5.
78. Schwartz M, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *J Disord.* 1990;4:257-272.
79. Stone M. *The fate of borderline patients.* New York: Guilford; 1990.
80. Fossati A, Madeddu F, Maffei C. Borderline Personality Disorder and childhood sexual abuse: a meta-analytic study. *J Personal Disord.* 1999;13(3):268-80.
81. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr.* oct 2003;8(10):737-54.
82. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütger E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res.* 15 avr 2005;134(2):169-79.
83. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2012;9(11):e1001349.
84. Fonagy P. Playing with reality: the development of psychic reality and its malfunction in borderline personalities. *Int J Psychoanal.* févr 1995;76(1):39-44.
85. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am.* mars 2000;23(1):103-22,

vii - viii.

86. Fonagy P, Alison E. What is mentalization ? The concept and its foundations in developmental research. In: Midgley N, Vrouva I, éditeurs. *Minding the Child: Mentalization-Based Interventions with Children, Young People and their Families*. New York: Routledge; 2012. p. 11-45.
87. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. déc 1991;48(12):1060-4.
88. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry*. déc 1991;148(12):1647-58.
89. Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. déc 2000;41(6):416-25.
90. Amad A, Ramoz N, Thomas P, Jardri R, Gorwood P. Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev*. mars 2014;40:6-19.
91. Ruocco AC, Amirthavasagam S, Zakzanis KK. Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Res*. 31 mars 2012;201(3):245-52.
92. Nunes PM, Wenzel A, Borges KT, Porto CR, Caminha RM, de Oliveira IR. Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Personal Disord*. août 2009;23(4):333-45.
93. Buchheim A, Roth G. Neurobiology of borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *Swiss Archiv of neurology and psychiatry*. *Swiss Arch Neurol Psychiatry*. 2013;164(4):155-22.
94. Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod. Paris: Dunod; 1997. 286 p.
95. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. mai 2009;166(5):505-8.
96. Lantéri-Laura G. La notion de structure en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2002;160(1):43-53.
97. Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC-Psychiatr*. 2004;1(2):128-49.
98. Widlöcher D. Les états-limites : discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. *Perspect Psychiatr*. 1979;(70):7-11.
99. Organizations A of P. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders; 2006.

100. Shedler J, Westen D. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): bridging the gulf between science and practice. In: *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Interdisciplinary Council on Developmental & Learning Disorders; 2006.
101. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part I: developing a clinically and empirically valid assessment method. *Am J Psychiatry*. févr 1999;156(2):258-72.
102. Westen D, Shedler J. Revising and assessing axis II, Part II: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry*. févr 1999;156(2):273-85.
103. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal*. juin 2008;89(3):601-20.
104. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. 1^{re} éd. Oxford: OUP Oxford; 2006. 208 p.
105. Luborsky L. *Principles Of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual For Supportive-expressive Treatment*. New York: Basic Books; 2000. 304 p.
106. Jones EE. Supportive approaches : the uses and limitations of being helpful. In: *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson Inc. Publishers; 2000. p. 209-49.
107. Luborsky L. A guide to the CCRT method. In: *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. 2^e éd. Washington, DC: American Psychological Association Books; 1998. p. 15-42.
108. Luborsky L, Barrett MS. The Core Conflictual Relationship Theme. A basic Case Formulation Method. In: *Handbook of psychotherapy case formulation*. 2^e éd. New York: The Guilford Press; 2007. p. 105-35.
109. Gunderson JG, Links PS. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2nd Revised edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008. 350 p.
110. Dawson D, McMillan H. *Relationship Management and the Borderline Patient*. New York: Brunner/Mazel; 1993.
111. Kendall P, Holmbeck G, Verduin T. Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. In: Lambert MJ, éditeur. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th éd. John Wiley & Sons; 2004. p. 85-120.
112. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1976;33(6):766-71.
113. Bachrach H, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1991;(39):871-916.

114. Falissard B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie. Elsevier Masson; 2005. 388 p.
115. Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøgwald K-P, Sørbye O, Sjaastad MC, et al. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. oct 2006;163(10):1739-46.
116. Høglend P, Hersoug AG, Bøgwald K-P, Amlø S, Marble A, Sørbye Ø, et al. Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *J Consult Clin Psychol*. oct 2011;79(5):697-706.
117. Lapeyronnie B, Thurin J-M, Thurin M, Briffault X. Choisir les instruments adaptés à une recherche. In: Thurin J-M, Thurin M, éditeurs. *Evaluer les psychothérapies : Méthodes et pratiques*. Dunod; 2007.
118. Bogwald K, Dahlbender R. Procedures for testing some aspects of the content validity of the psychodynamic functioning scales and the global assessment of functioning scale. *Psychother Res J Soc Psychother Res*. 14(4):453-68.
119. Schneider C, Midgley N, Duncan A. A « Motion Portrait » of a Psychodynamic Treatment of an 11-Year-Old Girl: Exploring Interrelations of Psychotherapy Process and Outcome Using the Child Psychotherapy Q-Set. *J Infant Child Adolesc Psychother*. 23 sept 2010;9(2/3):94.
120. Thurin M, Thurin J-M, Schneider C. Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ), questionnaire de configuration du processus psychothérapique, version enfant. Traduction française. *Pour Rech*. sept 2010;(66).
121. Stephenson W. *The study of the behavior : Q-technique and its methodology*. Chicago: University Chicago Press; 1953.
122. Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the Psychotherapy Process Q-set to psychotherapy research. *Res Psychother*. 2011;14(1):14-48.
123. Alves de Oliveira D. *Etudes intensives de cas de patients borderline : résultats du suivi sur un an (Mémoire de DES de Psychiatrie - Université de Médecine Lille 2 Warembourg)*. 2015.
124. Thurin J-M. *Psychothérapies de 15 patients borderline. Modalités du changement*. *Pour Rech*. déc 2013;(79):5-6.
125. Shadish WR, Cook T, Campbell D. *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference*. 2 edition. Boston: Wadsworth Publishing; 2001. 656 p.
126. Cochrane Collaboration (dir.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://handbook.cochrane.org/>
127. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch*

- Gen Psychiatry. août 2011;68(8):827-37.
128. Lana F, Fernández-San Martín MI. To what extent are specific psychotherapies for borderline personality disorders efficacious? A systematic review of published randomised controlled trials. *Actas Esp Psiquiatr*. août 2013;41(4):242-52.
129. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet Lond Engl*. 31 août 2004;364(9432):453-61.
130. Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and Axis II comorbidity. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. avr 1998;43(3):265-70.
131. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand*. mars 2008;117(3):177-84.
132. Jones EE. *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson Inc. Publishers; 2000. 381 p.
133. Thurin J-M, Thurin M, Midgley N. Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians ? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Couns Psychother Res*. sept 2012;12(3):187-93.
134. Castonguay LG, Boswell JF, Zack SE, Baker S, Boutselis MA, Chiswick NR, et al. Helpful and hindering events in psychotherapy: a practice research network study. *Psychotherapy*. sept 2010;47(3):327-44.
135. Pole N, Jones E. The Talking Cure Revisited: Content Analyses of a Two-Year Psychodynamic Psychotherapy. *Psychother Res*. 1 mai 1998;8(2):171-89.
136. Jones EE, Pulos SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol*. avr 1993;61(2):306-16.
137. Feasible RA, Miller SD, Duncan BL, Brown J, Sorrell R, Chalk MB. Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome.
138. Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA. Therapist effectiveness: implications for accountability and patient care. *Psychother Res J Soc Psychother Res*. mai 2011;21(3):267-76.
139. Leeder SR, Sackett DL. The medical undergraduate programme at McMaster University: learning epidemiology and biostatistics in an integrated curriculum. *Med J Aust*. 4 déc 1976;2(23):875, 878-80.
140. Castonguay LG, Pincus AL, McAleavey AA. Practice research network in a psychology training clinic: building an infrastructure to foster early attachment to the scientific-practitioner model. *Psychother Res J Soc Psychother Res*. 2015;25(1):52-66.
141. Kazdin A. Question and Answer: A Yale Psychologist calls for radical change in

- therapy. 2011.
142. Miller SD. Psychologist Alan Kazdin needs help: please give. www.scottmiller.com. 2011.
 143. Haute Autorité de Santé (dir.). Évaluation des pratiques professionnelles [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_711453/fr/evaluation-des-pratiques-professionnelles
 144. Thurin J-M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études de cas. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mars 2014;62(2):102-18.
 145. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: « At last the Dodo said, "Everybody has won and all must have prizes" ». *Am J Orthopsychiatry.* 1936;(6):412-5.
 146. Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. Is it true that « everywon has one and all must have prizes »? *Arch Gen Psychiatry.* août 1975;32(8):995-1008.
 147. Horowitz MJ, Eells TD. Configurational Analysis. States of mind, Person Schemas and the Control of Ideas and Affect. In: Eells TD, éditeur. *Handbook of Psychotherapy Case Formulation, Second Edition.* 2^e éd. The Guilford Press; 2006. p. 136-63.
 148. Eells TD, Lombart KG, Salsman N, Kendjelic EM, Schneiderman CT, Lucas C. Expert reasoning in psychotherapy case formulation. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* 2011;21(4):385-99.
 149. Eells TD, Lombart KG, Kendjelic EM, Turner LC, Lucas C. The quality of psychotherapy case formulations : A comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists (English). *J Consult Clin Psychol.* 2005;(73):579-89.
 150. Thurin M. Qu'est-ce qu'une formulation de cas et comment devient-elle une donnée probante ? psydoc-france.fr. 2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Evidence-Based Medecine : Hiérarchie des niveaux de preuve en fonction des types d'études

Le paradigme de l'Evidence-Based Medecine repose sur une hiérarchie des preuves en fonction de la qualité méthodologique des études. Nous en présentons ici un exemple. Dans l'échelle de hiérarchie de design proposée par l'Oxford Centre for Evidence-Based Medecine (17), les niveaux de preuve vont décroissant d'une qualité de preuve maximale (niveau 1) à un niveau de preuve très faible (niveau 5). Ce document « Niveaux de preuves 1 » de l'OCEBM définit « *une approche pour systématiser le processus de l'Evidence-Based Medecine* » (17). Il existe des échelles selon la typologie du type d'interventions ou de décisions dans le domaine médical : pronostic, diagnostic, diagnostic différentiel, analyse médico-économique. Nous présentons dans le tableau suivant celle qui a trait aux traitements et à la prévention.

Tableau 9 : Niveaux de preuves en fonction des designs d'études (selon l'Oxford Centre for Evidence-Based Medecine) (17)

Niveau de preuve décroissant	Designs d'études	
1 : (très haute qualité)	1 a	Revue systématique (avec homogénéité ⁴²) et méta-analyse d'essais contrôlés randomisés
	1 b	Essai contrôlé randomisé avec intervalle de confiance étroit
	1 c	Tous ou aucun ⁴³
2 :	2 a	Revue systématique (avec homogénéité) d'études de cohorte
	2 b	Etude de cohorte (incluant des essais randomisés contrôlés de faible qualité, c'est-à-dire d'un suivi inférieur à 80 %)
	2 c	Recherche sur les résultats (« Outcomes » research) ; Etudes écologiques
3	3 a	Revue systématique d'études cas-témoins (avec homogénéité)
	3 b	étude cas-témoin individuelle
4		Série de cas (et étude cas-témoin individuelle ou étude de cohorte, de faible qualité)
5 : (faible qualité)		Opinion d'expert sans évaluation critique explicite ou Raisonnement déductif basé sur la physiologie

⁴² L'**homogénéité** désigne « une revue systématique dépourvu de variations inquiétantes dans la direction et les degrés des résultats entre les études individuelles »(17).

⁴³ Critère rencontré « quand tous les patients mourraient avant que la radiothérapie ne fussent disponibles mais certains d'entre eux survivent maintenant ; ou quand certains patients moururent avant que la radiothérapie ne devint disponible mais aucun patient ne meure plus sous elle »(17).

A partir de cette typologie de niveaux de preuve des designs d'étude, il peut être proposé des niveaux de preuve de recommandation (17), décrites dans le tableau 10 suivant.

En contrepied de cette annexe sur les hiérarchies de niveaux de preuve, nous souhaiterions offrir une traduction libre des propos de Michael Rawlins⁴⁴ (cité in (46)) qui - malgré sa fonction à la tête de la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) depuis son inauguration en 1999 – disait en 2008 :

« *La notion que la preuve peut être de façon fiable classée selon des hiérarchies est illusoire. Les hiérarchies place les essais contrôlés randomisés sur un piédestal non mérité car (...) bien que cette technique ait des avantages elle a aussi ses inconvénients* ».

Tableau 10 : Grades de recommandations selon l'Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (17)

Grade (de niveau décroissant en qualité)	Description
A	Etudes de niveaux 1 (cf. tableau 9) cohérentes
B	Etudes de niveaux 2 ou 3 cohérentes ou extra-polations ⁴⁵ issues d'études de niveau 1
C	Etudes de niveau 4 ou extra-polations à partir d'études de niveau 2 ou 3
D	Etudes de niveau 5 ou bien incohérence troublante / études non conclusive de tout niveau

⁴⁴ Rawlins, M. D. (2008). De testimonio: On the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. The Harveian Oration of 2008. Royal College of Physicians. Reprinted in *The Lancet* (2008), 372, 2152–2161. Reese, R. J., Norsworthy,

⁴⁵ **Une extra-polation** se définit comme « lorsque des données sont utilisées dans une situation qui présente des différences cliniquement importantes par rapport à la situation d'origine » (17).

Annexe 2 : Facteurs communs versus facteurs spécifiques intervenant dans l'efficacité d'une psychothérapie

Les études sur les psychothérapies sont parcourues tout au long de leur histoire par une problématique : le processus de changement en psychothérapie repose-t-il essentiellement sur des facteurs spécifiques à chaque courant de psychothérapie ? Ou bien ce processus de changement repose-t-il majoritairement sur des facteurs communs à tous les courants de psychothérapies ? Deux points de vue se sont donc opposés : d'une part, les défenseurs de l'uniformité de l'efficacité des psychothérapies entre elles ; d'autre part, les tenants d'un point de vue prônant une pluralité des mécanismes d'action menant à l'efficacité et liés à des techniques différentes et spécifiques selon les types de psychothérapies.

Le premier point de vue a été postulé dès 1936 par Rosenzweig (145) qui suggéra que les facteurs communs étaient responsables de l'efficacité apparente des psychothérapies existantes. Rosenzweig cite un épisode du roman *Alice aux Pays des Merveilles* de Lewis Carroll où à la fin d'une course l'oiseau dodo prononce ce verdict : *"everyone has won, and all must have prizes"* (« *tout le monde a gagné et tous doivent recevoir un prix* »). Depuis cet article inaugural de Rosenzweig, « **l'effet Dodo bird** » (« *Dodo bird effect* ») désigne donc le résultat d'études comparatives qui concluent à l'uniformité des effets des psychothérapies entre elles (équivalence d'efficacité des thérapies d'inspiration psychanalytiques, TCC, humanistiques, etc.). Un synonyme de l'effet Dodo bird serait donc le « **principe d'équivalence de l'efficacité des psychothérapies** ». Par la suite, ce point de vue a été un peu oublié ou mis au second plan (38) par d'autres courants de recherche qui mettaient majoritairement en exergue l'efficacité d'une psychothérapie par rapport à une autre dans une compétition sévère, au risque que les auteurs tombassent dans un biais d'allégeance au type de psychothérapie qu'ils professaient. Ce n'est que plus tard, à partir de 1975, à l'occasion d'une publication de **Luborsky** et collaborateurs (146) (concluant à nouveau à un « **Dodo bird verdict** » devant les résultats d'une revue comparative), que la controverse sur le « *Dodo bird effect* » redevint extrêmement prégnante.

Plus récemment, le développement des méthodologies des méta-analyses a permis d'apporter d'autres arguments dans le débat. Une **méta-analyse** est un moyen systématique de synthétiser des résultats provenant de multiples études, de tester des hypothèses, et d'estimer quantitativement les tailles d'effet. La taille d'effet est une mesure fournissant un indice quantitatif de la force de relation entre des variables. Elle est utile pour conduire une méta-analyse permettant de comparer des résultats issus d'études scientifiques variées. Par exemple, le *d* de Cohen (114) est un type de taille d'effet qui caractérise la magnitude d'un effet associé dans une population donnée par rapport à une hypothèse nulle. Par convention, les tailles d'effet, à partir du *d* de Cohen, sont considérés comme allant de faibles ($d=0.2$), moyennes ($d=0.5$) à fortes ($d=0.8$).

Dans son ouvrage de synthèse *The Great Psychotherapy Debate*, Wampold (6) résume les résultats de méta-analyses cherchant à mesurer les effets respectifs de variables dans le processus de changement. Le tableau 11 illustre son propos. Tout d'abord, il apparaît que les psychothérapies sont globalement très efficaces avec une taille d'effet de 0.80. A partir de ces chiffres, Wampold se fait un fervent partisan de la position de ceux qui pensent que les effets de la psychothérapie sont **majoritairement liés à des facteurs communs** parmi lesquels l'effet placebo (taille d'effet de $d=0.40$, et expliquant une proportion de variance à 4 %), l'alliance de travail (taille d'effet de $d=0.45$ et expliquant une proportion de variance à 5 %), l'allégeance du psychothérapeute (taille d'effet de $d=0.65$ et expliquant une proportion de variance jusqu'à 10 %), la compétence du psychothérapeute (taille d'effet de $d= [0.50.6]$ et expliquant une proportion de variance comprise entre 6 % et 9 %). Là où le propos de l'auteur peut sembler plus polémique est quand Wampold avance que les **facteurs spécifiques seraient d'une taille d'effet nulle** ($d=0.00$, avec une proportion de variance à 0%).

Certes, l'argumentation de Wampold et son étayage par des mesures quantitatives issues des preuves méta-analytiques (les méta-analyses constituent le niveau de preuve le plus élevé dans la médecine fondées sur les données probantes) a probablement beaucoup fait avancer les débats autour de la problématique posées par Rosenzweig entre effets communs et effets spécifiques. Cependant, une limite notable que nous pourrions lui opposer et que bien souvent les troubles psychopathologiques présentés par les patients sont complexes, comorbides les uns

avec les autres. Les psychothérapies qui sont habituellement prodiguées aux patients s'inscrivent nécessairement dans la durée (longues de plusieurs années, supérieures à trois ans dirons-nous) alors que les méta-analyses qu'il cite s'appuient le plus souvent sur des études de psychothérapies courtes en durée. Tous ces éléments nous amène à examiner un point de vue alternatif à celui de Wampold défendu par les partisans (par exemple Thurin, Jones) (56,132) des effets spécifiques comme complémentaires aux effets communs. L'argumentaire de leur position alternative repose essentiellement sur les éléments suivants :

- (a) les implications du modèle de psychothérapie par phase de Howard (28),
- (b) la courte durée des psychothérapies habituellement évaluées dans les ECR,
- (c) la sélection drastique dans l'inclusion des candidats patients aux ECR sous forme de patients souffrant de troubles mentaux « pur » et dénués de complexité (par exemple une complexité liée à une imbrication de troubles comorbides),
- (d) le nivellement de la variabilité résultant de l'idiosyncrasie de chaque tandem « psychothérapeute – patient » par une analyse centrée sur le groupe et la taille d'effet moyenne.

Le modèle de psychothérapie par phase postule que les objectifs des phases initiales de la psychothérapie sont (entre guillemets) plus faciles à atteindre car s'y déroulent une « simple » amélioration symptomatique et une « remoralization » ou amélioration de l'humeur. Au contraire, les phases finales de la psychothérapie ont trait aux changements les plus difficiles à obtenir car il s'agit d'une véritable « rééducation » du fonctionnement mental avec des réaménagements que seules des techniques bien spécifiques, acquises par des psychothérapeutes compétents et formés pourraient obtenir. Dit autrement, pour les tenants d'une place à part entière des facteurs spécifiques dans le changement, c'est précisément dans cet effort de rééducation psychologique que l'expertise du thérapeute dans un type de psychothérapie donnée et son degré de maîtrise technique (ce qui constitue la spécificité d'une psychothérapie donnée) qui constitue le levier premier du changement bien plus que les facteurs communs.

Ainsi de l'élément (a) il découle que l'élément (b) réduit l'évaluation de l'efficacité d'une psychothérapie à ses phases initiales où l'effet plein des techniques spécifiques ne peut s'exercer et où l'effet des facteurs de changement communs de la psychothérapie seraient surreprésentés. C'est comme si l'évaluation de la

psychothérapie s'en trouvait tronquée. De l'élément (c) de « réductionnisme de la clinique » en quelque sorte à des cas de patients « purs », dénués de complexité, il résulte que les psychothérapeutes ne peuvent exprimer toute leur compétence. Enfin de l'élément (d), il résulte que

En somme, les pourfendeurs du principe d'équivalence des psychothérapies considèrent que les résultats concluant à partir de méta-analyses d'ECR seraient ainsi erronés par l'inadéquation d'une méthodologie qui n'est pas destinée et formatée pour décrire précisément le processus de changement psychothérapeutique et sa nature. Les méta-analyses seraient une mauvaise utilisation (en l'occurrence tenter de poursuivre l'objectif de chercher à extrapoler la causalité et la nature d'un changement psychothérapeutique) d'un bon outil (qui peut par ailleurs servir utilement à définir l'efficacité en choquant la validité interne de l'étude).

Tableau 11 : Effets de la psychothérapie selon plusieurs variables (d'après Wampold B.E, (6) p. 205)

Origine de l'effet	Description ou phénomène	Taille d'effet ⁴⁶	Proportion de variance	Commentaires
Effets de la psychothérapie	Efficacité absolue	0.80	13 %	Point d'estimation. Bien établi sur les effets des psychothérapies
Traitements	Efficacité relative	[0.00 - 0.20]	[0 – 1 %]	0.00 de taille d'effet est la meilleure estimation ; 0.20 prend en compte les hypothèses les plus libérales, et est un résultat gonflé ainsi dans le cas où l'effet du thérapeute est négligé
Ingrédients spécifiques	Effets spécifiques	0.00	0 %	Faible niveau de preuve retrouvé pour des effets spécifiques à partir de designs (« component, mediating, moderating »)
Facteurs communs	Effet placebo	0.40	4 %	
	Alliance de travail (« working alliance »)	0.45	5 %	
	Allégeance du thérapeute	Jusqu'à 0.65	Jusqu'à 10 %	Estimation bien établie à partir de méta-analyse ; les design d'études privilégiés sont : corrélation allégeance-résultat ou les différences entre traitement
Effet du Thérapeute	Compétences, personnalité, etc.	[0.5 – 0.6]	[6 – 9 %]	

⁴⁶ La **taille d'effet** dans une méta-analyse (regroupement de plusieurs autres études) « est basée sur la taille de l'effet produit par chaque étude. (...) La taille d'effet est égale à la différence entre la moyenne de l'échantillon du groupe ayant reçu le traitement et la moyenne de l'échantillon du groupe contrôle divisée par la mise en commun de la déviation standard (écart type) des groupes traitement et témoin ». ((6) p. 47)

Pour l'interpréter, nous pouvons retenir qu'une taille d'effet d'environ 0,2 est faible, 0,5 elle est modérée à moyenne, 0,8 elle est forte.

Annexe 3 : Formulation de cas en psychothérapie : méthode employée dans le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques

Il existe une pluralité d'approche pour établir une formulation de cas psychothérapeutique (psychanalytique, cognitivo-comportementale, éclectique, etc.). Mais pour obtenir un « label » de formulation de cas fondée sur des preuves (Evidence-Based Case Formulation), toutes ces formulations de cas doivent suivre une démarche systématique. La formulation peut ainsi être établie par étapes successives (par exemple, dans la méthode proposée par Horowitz et Eels (147) dite « d'Analyse Configurationnelle » qui va rechercher d'abord à saisir des phénomènes cliniques puis construire par inférences successives des états d'esprit – « *state of mind* », puis des schémas de soi, des autres et des relations). Il sera important que le thérapeute évite certains biais (par exemple une erreur fréquente est le « biais de saillance » où le thérapeute est trop pris par un élément très marquant et finit par négliger d'autres détails importants ; pour un développement de biais fréquent dans ce type de méthodologie lire le chapitre très détaillé de Ridley sur des stratégies « débiaisantes » (59)).

Il est intéressant de noter la perfectibilité et l'effet de l'expérience dans l'établissement dans une formulation de cas. Dans une étude quanti-qualitative (148) sur l'expertise dans les compétences psychothérapeutiques, Eels et collaborateurs ont soumis à deux groupes six cas cliniques : un groupe était constitué de psychothérapeutes experts ayant plus de dix ans de pratique, l'autre groupe était constitué d'étudiants novices (niveau master de psychologie clinique). Les deux groupes étaient constitués de de thérapeutes experts ou novices provenant soit d'une approche psychanalytique, soit d'une approche cognitivo-comportementaliste. Les formulations des experts était qualitativement différentes en ce sens qu'elle contenait beaucoup plus de raisonnements de type inférentiels, de descriptions diagnostiques, d'information sur la planification du traitement comparées à celles des novices qui faisaient plus appel à raisonnement déductifs. Selon une précédente étude de Eells et collaborateurs (149), les experts fournissent des formulations de cas de qualité supérieure à celles des novices dans plusieurs dimensions : degré d'exhaustivité, d'élaboration, de complexité de la formulation, niveau de preuve que le thérapeute suit bien un processus systématique dans l'établissement de la formulation de cas.

Dans un contexte de suspicion ou de délaissement des explications causales dans les principales classifications nosologiques (CIM 10, DSM 4 TR, cf. le chapitre « facteurs scientifiques » dans l'introduction), la formulation de cas permet de « remettre en scène » un diagnostic psychopathologique du patient dans un but à la fois heuristique et pragmatique, en l'espèce, guider les stratégies psychothérapeutiques.

Lambert recommande d'intégrer une multiplicité des sources d'information pour établir une formulation de cas : les instruments psychométriques, le processus de la psychothérapie et les résultats de la recherche, la description psychopathologique et les résultats épidémiologiques (148). Comme le rappelle Monique Thurin, des sources complémentaires (de valeur « probante » inégale) peuvent être utilisées. C'est le cas de l'intuition du thérapeute dont les assomptions peuvent aussi être testées. C'est encore le cas des expériences antérieures du thérapeute vis-à-vis d'autres suivis de patients ou bien d'autres séances antérieures avec le même patient. Subséquemment, M. Thurin décrit un continuum de preuves (150) dérivant de sources multiples d'information. Nous retraçons ici sa délimitation d'une extrémité « forte en preuve » à une autre extrémité « faible en preuve ». *« À la première extrémité, on placerait des résultats convaincants des traitements soutenus empiriquement, bien démontrés, les mécanismes généraux sous-tendant les formes de psychopathologie, les données épidémiologiques fortement prédictives ou des résultats bien documentés et reproduits sur les processus psychologiques de base. À l'autre extrémité, on pourrait placer les intuitions du thérapeute qui apportent des indications précieuses pouvant être testées, mais ne sont pas des données décrites par la plupart des observateurs comme probantes. Entre ces deux points pourraient être incluses les données de résultats de tests psychologiques, les expériences de cas similaires, le récit d'un épisode de relation d'un patient ou le récit d'un rêve, etc. »*

En partant du recueil des données des trois premiers entretiens du patient (pour avoir un matériau suffisamment significatif) lors de son inclusion dans l'étude, Monique Thurin (56) propose ainsi de déterminer les éléments suivants pour une formulation de cas des patients au sein du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques :

Tableau 12 : Eléments à déterminer dans une formulation de cas psychothérapique (d'après Monique Thurin (56))

<p style="text-align: center;">Problèmes actuels Fonctionnement psychologique Contexte de vie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Symptômes et problèmes - Evénements stressants et événements précipitants, contexte (notamment social, professionnel, etc.) - Relations interpersonnelles, - Utilisation des capacités, - Autonomie, - Conflits
<p style="text-align: center;">Facteurs non dynamiques Vulnérabilité</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédent de maladie somatique ou mentale (exemples : maladie génétique, déficience mentale, épilepsie, etc.) - Evénement de vie ou stress prédisposant
<p style="text-align: center;">Intégration des données</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse fonctionnelle - Hypothèses explicatives (causes, facteurs précipitant, facteur de maintien)
<p style="text-align: center;">Objectifs Stratégies</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs de la Psychothérapie - Stratégies thérapeutiques (par exemple : définir une temporalité d'utilisation des facteurs ou techniques spécifiques, etc.)

Bien évidemment, la formulation de cas psychothérapique est une **construction évolutive** que le thérapeute va progressivement affiner en fonction des nouvelles données probantes recueillies au cours du suivi et de l'évolution (aggravation, stagnation, amélioration) de l'état du patient et de son fonctionnement. Elle pourra être établie autant de fois que nécessaire après la formulation initiale et dès que le thérapeute se sentira en difficulté et qu'il ressentira le besoin de réévaluer ses hypothèses explicatives.



AUTEUR : Nom : ALVES DE OLIVEIRA

Prénom : Diogo

Date de Soutenance : 23 septembre 2015

Titre de la Thèse : Intégrer science et pratique dans la psychothérapie des troubles de personnalité : l'expérience des études intensives de cas de patients borderline au sein d'un réseau national de recherche sur les pratiques psychothérapeutiques.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Psychiatrie (psychothérapie)

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : trouble de personnalité borderline – recherches évaluatives en psychothérapie – psychanalyse – psychothérapie d'inspiration psychanalytique – étude intensive de cas – étude naturaliste – psychothérapie (étude de processus – résultats)

Résumé :

Contexte :

La recherche évaluative des psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) fait débat. Peu de PIP spécifiques à un trouble sont reconnues « traitements supportés empiriquement », définis comme efficaces à l'issue d'essais contrôlés randomisés. Or, plusieurs scientifiques et praticiens pointent les limites de tels essais (faibles validité externe et utilité clinique). D'où le développement progressif d'étude de cas unique naturaliste en psychothérapie.

Méthode :

Le cas d'une patiente avec trouble de personnalité borderline (selon le DSM 4 TR) a été suivi au cours d'une PIP d'un an. La méthode est celle d'une étude intensive de cas intégrée dans un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques (le RRFPP). Une formulation de cas ainsi que des échelles psychométriques de symptomatologie (Echelle santé maladie ou ESM), de fonctionnement mental (Echelle de Fonctionnement Psychodynamique ou EFP) et d'évaluation du processus psychothérapeutique (Psychotherapy Process Q-set ou PQS) ont été utilisés de façon longitudinale (à 0, 2, 6, 9, 12 mois) pour mesurer l'efficacité du traitement et analyser les processus de changement.

Résultats :

L'ESM a montré une amélioration significative au score global (+15 : 50 à 65/100) dont les sous échelles d'autonomie (+15), symptômes (+15), détresse subjective (+12). L'EFP a montré une amélioration modérée au global (+8,1 ; 56,7 à 64,6/100). Les affects anxio-dépressifs restent élevés mais la tolérance aux affects négatifs s'est améliorée (sous échelle EFP : +13 ; 47 à 60/100). Le PQS ressort les items constamment les plus caractéristiques : alliance thérapeutique de qualité, ajustement du thérapeute (empathie), engagement et participation du patient (expression des affects, dans l'introspection, travail sur les relations interpersonnelles). Malgré une psychothérapie bien de type psychodynamique, les techniques d'interprétation du transfert sont peu utilisées au cours du suivi précoce (1 an) de la patiente borderline.

Plusieurs apports de ce type d'étude et l'organisation en réseau sont discutés. Sa portée potentielle principale est de permettre de réduire le fossé entre science et pratique dans les psychothérapies.

Composition du Jury :

Président : Pr. Pierre Thomas

Assesseurs : Pr. Guillaume Vaïva, Pr. Olivier Cottencin, Pr. Renaud Jardri