



Quelle place pour la psychothérapie dans la psychiatrie publique ?

Rev Med Suisse 2010; 6: 1760-4

**J. Kramer
G. Ambresin
Y. de Roten
S. Fassassi
A. Hedjal
F. Herrera
S. Kolly
V. Pomini
M. Preisig
J.-N. Despland**

What place for psychotherapy in public psychiatry?

The question of the place of psychotherapy in psychiatric public care is posed in this article. We will address this question first by presenting two clinical and research programmes which were implemented in a clinical psychiatric unit, section Karl Jaspers (Service of General Psychiatry) of the Department of Psychiatry CHUV, in Lausanne with the collaboration of the University Institute of Psychotherapy. The first one puts forward psychodynamic psychotherapy of depressed inpatients; the clinical programme and the research questions on efficacy of this treatment are discussed. The second focuses on the early treatment of patients with Borderline Personality Disorder, in particular in its research question on the effect of the motive-oriented therapeutic relationship in this process. We conclude by underlining the convergences of the two programmes.

La question de la place de la psychothérapie dans la psychiatrie publique est posée dans cet article. Nous tentons de répondre à cette question en présentant deux programmes cliniques et de recherche implémentés dans une unité de soins, la section Karl Jaspers (Service de psychiatrie générale) en collaboration avec l'Institut universitaire de psychothérapie du Département de psychiatrie du CHUV, à Lausanne. Le premier s'intéresse à la psychothérapie psychodynamique des patients dépressifs hospitalisés; le programme clinique et les questions de recherche autour de l'efficacité de ce traitement seront discutés. Le second aborde l'investigation des troubles de la personnalité borderline, en s'intéressant particulièrement dans sa question de recherche autour de l'effet de la relation thérapeutique centrée sur les «motifs» dans ce processus d'investigation. Nous concluons par une discussion des points communs de ces deux programmes.

INTRODUCTION

L'objectif de cet article est de présenter deux programmes structurés de psychothérapie du Service de psychiatrie générale du Département de psychiatrie du CHUV, l'un à l'hôpital, l'autre à la polyclinique. Ces deux projets permettent d'illustrer les questions posées par la double référence médicale et psychothérapique du travail en psychiatrie. Pour contextualiser cette démarche, il nous est apparu utile de brièvement rappeler l'histoire du lien entre psychothérapie et psychiatrie en Suisse.

PSYCHIATRE ET PSYCHOTHÉRAPEUTE: UNE LONGUE HISTOIRE

Une première association de psychothérapeutes voit le jour en 1935.¹ Composée de médecins et de psychologues, elle butte sur un conflit majeur entre ces deux corporations. C. G. Jung estimant que les psychologues étaient mieux formés à cette discipline, il part fonder la Société suisse de psychologie pratique, qui existe toujours.

La première société médicale suisse de psychothérapie en Suisse remonte à 1948, mais c'est en 1960 que le double titre est voté par l'assemblée de la Société suisse de psychiatrie, suite à un intense débat. Depuis 1961, la pratique clinique des médecins est donc balisée par deux repères identitaires, et par deux formations, au moins: la psychiatrie comme branche de la médecine et la psychothérapie comme méthode thérapeutique.

Dans cette perspective, le travail clinique et le règlement de formation ont fait apparaître une locution censée exprimer cette double référence: «le traitement psychiatrique et psychothérapique intégré». Tout traitement psychiatrique peut être enrichi par une réflexion de type psychothérapique (psychopathologique ou relationnelle), voire par l'utilisation de techniques ou d'outils psychothérapiques (formulation de cas par exemple). Les deux programmes de psychothérapie présentés dans cet article peuvent être considérés comme une forme



de traitement psychiatrique et psychothérapique intégré tenant compte des exigences spécifiques de ces deux domaines.

EXEMPLE 1 : PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE POUR LES PATIENTS DÉPRESSIFS ET HOSPITALISÉS

Dans ses formes les plus graves en termes de récurrence, de chronicité et de comorbidités, la dépression empêche parfois les patients de retirer les bénéfices des soins ambulatoires. Elle se distingue alors régulièrement par sa résistance au traitement. Une hospitalisation psychiatrique peut ainsi devenir nécessaire. Pour ces dépressions les plus invalidantes, un traitement psychopharmacologique et psychothérapique combiné est actuellement clairement recommandé en pratique ambulatoire,² mais les recommandations pour les traitements hospitaliers sont moins claires. En Allemagne, le traitement hospitalier comprend presque toujours un volet psychothérapique (pour 81,7% des patients) qui définit la durée d'hospitalisation. En Suisse, certains cantons alémaniques ont une pratique hospitalière similaire, avec des durées de séjour plus longues que celles que l'on connaît actuellement en Suisse romande.

Quelques données de la littérature scientifique soutiennent la supériorité de la psychothérapie débutée pendant la phase hospitalière en termes de rémission et d'adhérence au traitement. Schramm et coll.³ ont montré l'utilité de traiter intensivement la dépression pendant sa phase aiguë. Il semble donc qu'une place et un besoin existent actuellement pour un traitement psychothérapeutique bref de la dépression à l'hôpital.

Depuis deux ans environ, l'Unité hospitalière des troubles de l'humeur de la section Karl Jaspers et l'Institut universitaire de psychothérapie du Département de psychiatrie du CHUV développent un modèle formalisé de psychothérapie psychodynamique en douze séances pour des patients dépressifs. Pendant l'hospitalisation, le psychothérapeute situe son intervention auprès des patients sur la base de quatre organisateurs : 1) la thématique conflictuelle : crise, hospitalisation et interaction de transfert ; 2) la structure de personnalité ; 3) la psychopathologie du symptôme et 4) la brièveté de la psychothérapie. Ils vont encadrer le processus et lui conférer son originalité. Nous recrutons les psychothérapeutes (médecins et psychologues) parmi les cliniciens de nos services de psychiatrie publique.

Cliniquement, cette expérience montre que le dispositif, par la fréquence des séances à raison de trois rendez-vous par semaine, joue un rôle dynamisant, en particulier pour des patients souffrant de dépression grave. Ce dispositif permet également au psychothérapeute hospitalier de se trouver dégagé de la pression de la réalité externe. Par exemple, face à l'augmentation des idées suicidaires d'un patient, le psychothérapeute peut compter sur l'équipe hospitalière pour s'occuper du risque suicidaire actuel et de son intensité. Lorsque des mesures concrètes s'imposent, elles sont prises par cette équipe. La réalité « externe » (médicale, mais aussi professionnelle, sociale...) peut donc être abordée dans un espace thérapeutique

qui lui est propre. Ainsi, le contexte hospitalier dans lequel s'inscrit la psychothérapie contribue à maintenir ouvert (ou à préparer) un espace de pensée. Le psychothérapeute se trouve plus libre de penser et d'offrir au patient un espace psychique où celui-ci s'autorise à se raconter, à la rencontre de lui-même.

Une autre originalité de ce projet est de lier dès le départ l'intervention psychothérapeutique à une recherche randomisée et contrôlée qui vise à en évaluer l'efficacité et l'économicité. Elle compare le groupe bénéficiant du traitement multimodal habituel de l'hôpital (groupe contrôle) au groupe bénéficiant du traitement multimodal habituel de l'hôpital augmenté de la psychothérapie psychodynamique individuelle brève. Les instruments de recherche comprennent des mesures auto- et hétéro-évaluées de la symptomatologie dépressive (Montgomery and Asberg depression rating scale (MADRS), Quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), sous-échelle de dépression du Brief symptom inventory (BSI)), ainsi que du fonctionnement psychodynamique, social et interpersonnel du patient. Nous utilisons également deux instruments d'alliance thérapeutique, l'un avec le thérapeute, l'autre avec l'équipe soignante de l'hôpital, pour évaluer l'effet médiateur de l'alliance entre le traitement et les résultats.

Les résultats préliminaires de la recherche sur 46 patients (21 dans le groupe expérimental avec psychothérapie et 25 dans le groupe contrôle sans psychothérapie) ne montrent pas de différences entre les deux groupes à la sortie de l'hôpital. Cependant, lors de la catamnèse à trois mois, une différence significative apparaît sur toutes les mesures de dépression. La différence est également significative en termes de réponse (diminution de plus de 50% de la symptomatologie dépressive, 55% vs 29%) et de rémission (MADRS < 10, 42% vs 20%). Très nettement, les symptômes continuent de décroître de manière linéaire dans le groupe avec psychothérapie, alors que les améliorations obtenues durant l'hospitalisation sont au mieux maintenues dans le groupe contrôle. Les patients continuent à s'améliorer après leur sortie de l'hôpital et se montrent mieux à même de faire face aux situations qui provoquent des affects dépressifs.

Nous ne sommes cependant pas en mesure de déterminer avec précision si cet effet est dû spécifiquement à l'exploration dynamique effectuée, au cours de la psychothérapie, de certains conflits en lien avec l'expérience dépressive ou s'il est dû à l'effet non spécifique d'une attention plus grande portée au patient durant l'hospitalisation. Par ailleurs, l'effet n'est pas lié à une différence de prise en charge au cours des trois mois de catamnèse. Les premières données à douze mois sur 24 patients, à prendre avec toutes les précautions du fait de la faiblesse de l'échantillon, tendent à indiquer que la différence d'effet se maintient.

EXEMPLE 2 : PROGRAMME TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ BORDERLINE

Le trouble de la personnalité borderline est un trouble de l'axe II du DSM-IV parmi les plus fréquents, pour lequel les recommandations cliniques sont univoques : les traite-



ments médicamenteux peuvent être utiles lors de crises ou en cas de comorbidité et la psychothérapie constitue le traitement de choix. Gaebel et Falkai⁴ recommandent des psychothérapies au long cours, spécifiquement adaptées à la psychopathologie du trouble de la personnalité borderline. Peu de recherches se posent la question de savoir *comment* ces traitements développent leurs effets, donc très peu de recherches qui se focalisent sur le processus de changement.

Le rôle des premières séances dans le traitement de ce trouble est une autre question qui a peu été abordée, alors que l'on sait qu'une alliance thérapeutique est particulièrement difficile à construire avec ces patients.⁴ A ce propos, Gaebel et Falkai⁴ recommandent que la relation thérapeutique centrée sur les «motifs»^{5,6} soit utilisée en début de traitement. Les «motifs» (en anglais *motive*) de l'individu sont liés à la satisfaction de ses besoins humains primaires. Cette attitude relationnelle, indépendante de toute école psychothérapeutique et compatible avec différents *settings*, met l'accent sur la complémentarité de l'action relationnelle du thérapeute et des motifs de base de son patient, telles qu'elles sont activées en séance. Il s'agit donc d'une attitude qui est à définir et à reconstruire moment par moment dans l'interaction et de manière différenciée pour chaque patient, à l'aide de la méthode de la formulation de cas de l'Analyse de Plans.⁶

Pour l'instant, l'impact spécifique de cette méthode en début de traitement avec les patients souffrant de troubles de la personnalité n'a pas encore été étudié. Une étude corrélationnelle de Caspar et coll.⁷ a montré l'importance pour le résultat thérapeutique des aspects non verbaux de l'attitude relationnelle du thérapeute centrée sur les «motifs». Une autre étude non publiée de notre équipe a présenté des résultats similaires, notamment pour un sous-échantillon de patients souffrant de troubles de la personnalité.

L'objectif général de ce programme dédié aux troubles de la personnalité est de pouvoir répondre de façon optimale à une demande élevée pour des traitements ambulatoires du trouble de la personnalité. Le travail clinique avec ces patients nous a appris qu'il s'agit là très rarement de demandes de psychothérapie dignes de ce nom; même s'il s'agit du traitement de choix, les patients formulant une demande lors d'un premier entretien ne sont pas prêts à s'engager dans un processus thérapeutique si exigeant.

De ce fait, le plan de traitement ambulatoire dans ce programme suit un modèle en deux phases: 1) une phase d'investigation faite à l'unité, suivie par une pose d'indication et 2) une phase de traitement psychothérapeutique proprement dit, qui est conduite dans la majorité des cas à l'extérieur de l'unité. La suite de notre présentation se focalise sur la première phase. Suivant les principes de Gunderson,⁸ elle dure environ dix séances et se termine par un bilan avec le patient; si nécessaire, une hospitalisation de brève durée peut être organisée durant cette phase.

L'objectif spécifique de la recherche, menée parallèlement à ce programme se focalisant sur la phase d'investigation, est d'étudier l'effet d'une investigation centrée sur les «motifs». Cette recherche est menée en collaboration

avec l'Université de Berne. Deux groupes de patients sont comparés dans un dispositif d'étude randomisée et contrôlée: 1) le patient reçoit une investigation classique et 2) le patient bénéficie d'une procédure d'investigation centrée sur les «motifs». Pour ces dernières situations cliniques, le thérapeute doit établir une «analyse de plans», sous la supervision d'un expert dans la méthode. Il doit corrélativement adapter la relation thérapeutique en se fondant sur l'analyse des dits «motifs». Il s'agit ici de la seule différence entre les deux groupes étudiés.

Les instruments principaux sont l'Outcome Questionnaire-45 (OQ-45⁹) et le Working alliance inventory (WAI¹⁰). Le premier est administré au début et à la fin de l'investigation et mesure le changement symptomatique, avec trois sous-échelles évaluant le niveau symptomatique, les problèmes interpersonnels et le rôle social. Le deuxième questionnaire rapporte la qualité de l'alliance thérapeutique, mesurée par le patient et le thérapeute après chaque séance.

Les premiers résultats de cette recherche montrent qu'il n'y a pas d'effet global au niveau du changement symptomatique (N=25, quatorze sujets dans le groupe de comparaison, onze dans le groupe bénéficiant de la procédure évaluée). Par contre, en analysant les sous-échelles de l'OQ-45, les patients ayant bénéficié de la procédure d'investigation étudiée voient le niveau de leurs problèmes interpersonnels diminuer de manière plus importante que le groupe de comparaison. Par ailleurs, la relation thérapeutique centrée sur les «motifs» semble aussi avoir un impact positif sur l'alliance thérapeutique (WAI), qui est plus élevée dans ce groupe. Ces résultats sont encourageants et montrent qu'une relation thérapeutique centrée sur l'analyse des «motifs» est particulièrement utile en début de traitement face aux patients avec un trouble de la personnalité borderline.

DISCUSSION

Les programmes cliniques que nous présentons s'adressent à des patients qui souffrent de troubles dépressifs ou de troubles de la personnalité borderline, pathologies souvent graves et invalidantes. Pour ces raisons, le traitement psychothérapeutique combiné à des traitements pharmacologiques représente le traitement de choix pour les deux types de patients. Dans les deux cas de figure, la réponse que nous avons développée passe par l'introduction d'un programme structuré qui comprend: 1) des dispositifs psychothérapeutiques spécifiques et 2) intégrés dans des unités de soins dont la mission est le traitement de patients souffrant de troubles psychiatriques graves. Ces dispositifs renvoient inévitablement à la question de la meilleure articulation possible entre les différents éléments du soin dans une institution de psychiatrie publique.

Notre expérience clinique montre que la nature structurée des programmes permet un mouvement de décondensation, de clarification et de réappropriation des composantes psychiatrique et psychothérapeutique par les différents intervenants. Elle est vécue par ceux-ci comme une aide à penser l'accueil et le traitement du patient, plutôt que comme une contrainte supplémentaire, pouvant



susciter des réactions de rejet du programme clinique.

Ces deux programmes s'accompagnent d'un effort important d'encadrement et de formation clinique des assistants, médecins et psychologues, ainsi que de l'équipe pluridisciplinaire. Pour le programme de psychothérapie de la dépression à l'hôpital, un séminaire de supervision est organisé régulièrement, animé par des psychothérapeutes expérimentés. Les psychothérapeutes en formation sont tenus de présenter les situations qu'ils suivent dans le cadre du programme. Ce séminaire peut être validé dans le cadre de leur cursus de formation à la psychothérapie. Ils bénéficient également d'une supervision individuelle. Des présentations de cas impliquant l'ensemble de l'unité de soins sont également organisées de manière régulière.

Last but not least, ces deux programmes sont structurellement liés à un projet de recherche. Parallèlement à ses ambitions scientifiques, celui-ci a été conçu dans l'idée de faciliter le développement des programmes cliniques, plutôt que d'être vécu comme une charge ou un surplus de travail. La formalisation du protocole de recherche, de même que les efforts de formation requis par l'étude des effets de la psychothérapie, ont été pensés pour la clinique, plutôt que l'inverse. Projets de recherche, programmes cliniques spécialisés et formation centrée sur l'articulation du double titre de psychiatre et psychothérapeute peuvent ainsi avancer de concert.

Dans cette perspective, le traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré n'est pas assimilé à une activité mixte ou indifférenciée, mais à une articulation complexe qui permet à chacun de ces deux modèles identitaires de fonctionner à la fois dans l'altérité et la complémentarité. La recherche augmente certainement la complexité de cette relation, mais à certaines conditions elle peut aussi fonctionner comme un partenaire fédérateur. ■

Implications pratiques

- > La dépression se traite par des traitements de brève durée à l'hôpital psychiatrique, en se référant à un modèle psychodynamique; les effets de ces traitements apparaissent avant tout en tant que différence au niveau de l'évolution après le traitement hospitalier, en comparaison à un traitement contrôle
- > Les troubles de la personnalité se traitent par des interventions au long cours, mais une phase d'investigation est importante pour «préparer» le patient; cette phase a des effets thérapeutiques, qui peuvent être maximisés si le thérapeute utilise la relation thérapeutique centrée sur les motifs
- > Ces observations sont des arguments en faveur d'une articulation riche et créative des pratiques psychothérapeutiques et psychiatriques au sein d'une unité clinique

Adresses

Drs Ueli Kramer, Gilles Ambresin, Yves de Roten et Valentino Pomini

Pr Jean-Nicolas Despland

Institut universitaire de psychothérapie

Drs Sylfa Fassassi, Ahmed Hedjal et Fabrice Herrera

Pr Martin Preisig

Service de psychiatrie générale

Département de psychiatrie

CHUV, Site de Cery

Bâtiment Les Cèdres, 1008 Prilly

ueli.kramer@chuv.ch

gilles.ambresin@chuv.ch

yves.deroten@chuv.ch

valentino.pomini@chuv.ch

jean-nicolas.despland@chuv.ch

sylfa.fassassi@chuv.ch

ahmed.hedjal@chuv.ch

fabrice.herrera@chuv.ch

martin.preisig@chuv.ch

Dr Stéphane Kolly

Service de psychiatrie générale

Département de psychiatrie CHUV

Consultations de Chauderon

1004 Lausanne

stephane.kolly@chuv.ch

Bibliographie

- 1 Füssinger C. Formation des psychiatres et psychothérapies: regards croisés sur la situation suisse et française. *PSN Psychiatre – Sciences humaines – Neurosciences* 2005;14:193-206.
- 2 * Driessen E, Cuijpers P, de Maat CM, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2009; 30:25-36.
- 3 * Schramm E, Van Calker D, Dykierk P, et al. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: Acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007;164: 768-77.
- 4 * Gaebel W, Falkai P. *Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Steinkopf Verlag, 2009.
- 5 Grawe, K. Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf, & J. C. Brengelmann (Eds.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Röttger-Verlag, 1992;215-44.
- 6 * Caspar F. *Plan Analysis*. Handbook of psychotherapy case formulations. Second Ed. New York: T. D. Eells (Ed.), 2005;221-89.
- 7 Caspar F, Grossmann C, Unmüßig C, Schramm E. Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns and therapeutic effects. *Psychother Res* 2005;15:91-105.
- 8 Gunderson JG. *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001.
- 9 Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V, et al. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 1996;3: 249-58.
- 10 Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol* 1989;36:223-33.

* à lire

** à lire absolument