
Comment le thérapeute fait ce qu'on lui dit de faire

Cotation d'entretiens &
Analyse de la technique du thérapeute

Mémoire en Psychologie

~

Présenté par Nathalie Gay
Directeur Yves de Roten
Expert Valentino Pomini

Remerciements

Je remercie très chaleureusement le Professeur Yves de Roten, mon directeur de mémoire qui me suit depuis plusieurs mois.

Tout d'abord, je le remercie de m'avoir permis d'intégrer un programme de recherche captivant, proposant une modalité d'investissement différente d'un mémoire littéraire plus classique. Je suis heureuse d'avoir pu m'impliquer dans un travail d'analyse, me permettant en parallèle la découverte d'un outil de cotation riche. L'apprentissage de la cotation m'a également apporté une certaine sensibilité à mes propres interventions et intentions dans la relation d'aide, ce qui constitue une plus value et un bagage précieux et valorisant pour la suite de mon parcours. De plus, me mettre dans la peau d'un «chercheur» a été une expérience enthousiasmante et inédite.

Je remercie également le Professeur Yves de Roten pour son implication, son soutien et sa bienveillance, ainsi que sa rapidité de réponse!

Je remercie également mes camarades de cotation ayant permis la formation et la sensibilisation à l'outil en question: Claudia Meystre, Valentin Offredi, Ava Veillon et Gregory Zecca.

Je remercie Monsieur Valentino Pomini, expert de ce travail, que j'ai également côtoyé en tant que professeur en Psychologie. J'ai apprécié son amabilité et la rapidité de sa mise à disposition.

Je remercie ma famille et mes proches pour leur intérêt à ma problématique, le temps qu'ils ont mis à disposition pour la relecture du travail et leur tendresse à mon égard.

Table des Matières

1. Problématique.....	1
2. Introduction Théorique.....	3
2.1 Fondements théoriques.....	3
2.2 Le but du travail.....	6
3. Matériel & Méthode.....	9
3.1 Données.....	9
3.2 Matériel.....	11
3.3 Protocole.....	14
3.3.1 Analyse des données.....	14
3.3.2 Traitement statistique.....	15
4. Résultats.....	16
4.1 Que fait le thérapeute dans les entretiens?.....	16
4.1.1 Occurrence des interventions.....	16
4.1.2 Adhérence.....	21
4.1.3 Interventions psychodynamiques.....	22
4.2 Quelle attitude adopte le thérapeute dans les entretiens?.....	23
4.2.1 Attitude active versus passive.....	23
4.2.2 Attitude technique versus facteurs communs.....	24
4.2.3 Harmonie de communication patient-thérapeute.....	25
4.3 Quelles sont les interventions caractéristiques de la réponse au traitement?.....	27
4.3.1 Le cas le plus adhérent.....	27
4.3.2 Un cas moins adhérent.....	37
4.3.3 Comparaison des deux cas.....	45

5. Discussion.....	47
5.1 Réponse aux hypothèses de départ.....	47
5.2 Mise en perspective.....	48
5.3 Limites.....	53
6. Conclusion.....	54
7. Bibliographie.....	56
8. Annexes.....	I
9. Résumé	

1. Problématique

Le présent travail prend corps autour d'une réflexion sur la manière dont le thérapeute dispense la thérapie indiquée auprès des patients. La question est de savoir comment le thérapeute fait ce que le manuel thérapeutique indique de faire.

Cette interrogation a pris forme après avoir suivi la formation à l'outil de cotation CPIRS¹ à l'Institut Universitaire de Psychothérapie (IUP) avec le professeur et psychologue Yves de Roten et quatre autres collègues de cotation dans le but de dépouiller plusieurs entretiens retranscrits. L'objectif est de coter les interventions du thérapeute pour observer ce qui est fait en séance avec les patients dépressifs intégrés dans le programme PPDH². Les données qui ont permis l'avènement de ce mémoire sont donc issues d'une recherche plus large de traitement de la dépression à l'hôpital, un traitement qui est imaginé sous forme de psychothérapie brève en douze séances dispensé par des thérapeutes entraînés.

Lors de cette formation, on a constaté une diversité des interventions pratiquées par le thérapeute dans les entretiens, des interventions de natures variées: psychodynamiques, cognitives, comportementales, systémiques et celles dites «de facteurs communs» à ces types de thérapie. Cette diversité est interpellante car c'est l'approche psychodynamique qui est dite privilégiée dans le programme PPDH.

Le questionnement est étoffé par le fait que ces différents types de thérapie ont chacun prouvé leur efficacité. Est-il possible que tous les chemins mènent à Rome? Autrement dit que toutes les thérapies aient la même efficacité? Ou serait-ce plutôt un même chemin qui est nommé différemment? Si le thérapeute emploie des thérapeutiques variées, et, si elles ont toutes prouvé leur efficacité,

¹ Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scale

² Programme pour patients dépressifs hospitalisés

peut-on dire du type de traitement qu'il est égal en thérapie? Pour éclairer cette interrogation, mon intérêt se porte sur les interventions du thérapeute, notion aussi appelée «technique du thérapeute». La technique du thérapeute informe sur le type de traitement délivré dans les entretiens du PPDH et également sur la manière dont le traitement est dispensé.

Un échantillon de dix patients a été sélectionné, dont la moitié est dite répondante à la thérapie tandis que l'autre moitié est dite non répondante à la thérapie, sans que la distribution n'ait été explicitée au départ, afin d'éviter les biais de cotation. L'objectif des analyses est de discerner s'il existe des interventions spécifiques aux entretiens répondants, autrement dit synonymes de réussite thérapeutique, et d'autres interventions spécifiques aux entretiens non répondants, autrement dit synonymes d'échec thérapeutique. En d'autres termes, le thérapeute dispense-t-il le même type de traitement dans les deux populations, ou existe-t-il une technique du thérapeute plus efficace dans le groupe de patients répondants par rapport à celle dispensée dans le groupe de patients non répondants?

C'est la réflexion qui anime ce travail et dont les analyses veulent fournir des explications.

2. Introduction Théorique

2.1 Fondements théoriques

Les déterminants du succès thérapeutique sont vastes et multiples. Leur définition a été l'objet de nombreux travaux, s'appuyant tantôt sur les aspects rattachés au patient, au thérapeute et à leur interaction, tantôt sur les approches thérapeutiques à disposition et leurs caractéristiques communes et spécifiques. Il y a trente ans déjà la question faisait débat au sein du monde scientifique:

One of the most lively debates in the recent literature reviews on psychotherapy research has to do with whether «specific factors» or «nonspecific factors» are the major determinants of outcome. (...) A third position is that patient variables are more significant determinants of outcome than therapist variables. (...) I suggest that one should not be discouraged by these contradictory findings and expressions of skepticism. They merely suggest that we do not yet know how successful outcome is determined, particularly with respect to the contribution of the therapist. I will argue that research on therapist technique should be improved before any conclusions are drawn about its importance (...).

(Schaffer, 1982, p.670)

Aujourd'hui encore, les avis des chercheurs sont partagés quant à la définition de ce qui fonctionne en thérapie (Trijsburg, Trent & Perry, 2004 ; Webb, DeRubeis & Barber, 2010)

Comme conseillé par Schaffer (1982), plusieurs études ont pris le parti d'évaluer les aspects rattachés au thérapeute et ceux rattachés au traitement prodigué: ils sont regroupés sous le terme de «technique du thérapeute» ou «intégrité du traitement».

La technique du thérapeute ou l'intégrité du traitement regroupe plusieurs notions:

- l'adhérence du thérapeute: le thérapeute suit ce qui est prescrit par la méthode;
- la compétence du thérapeute: la manière du thérapeute d'appliquer les règles de prescription et de proscription en accord avec la méthode thérapeutique;
- la pureté des interventions: dans quelle mesure est pratiqué uniquement ce qui est prescrit;
- la différenciation des interventions: dans quelle mesure ce qui est fait par la méthode est différent de ce que d'autres thérapies ont élaboré.

Jusqu'à présent, ce sont les notions d'adhérence et de compétence du thérapeute qui ont été privilégiées dans les études. Il y est constaté une difficulté de compréhension précise des processus à l'oeuvre dans la thérapie (Banon, Perry, Semeniuk, Bond, de Roten, Hersoug & Despland, 2012 ; Cuijpers, Clignet, van Meijel, van Straten, Li & Anderson, 2011 ; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999 ; Luborsky, Chandler & Bachrach, 1971 ; Webb et al., 2010) et une faiblesse des résultats dans la mise en lumière du lien entre la manière dont un traitement est dispensé, et son efficacité (Addis & Krasnow, 2000 ; Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1996 ; Butler, Henry & Strupp, 1995 ; Despland, Michel et de Roten, 2010 ; Ogrodniczuk & Piper, 1999 ; Trijsburg, Trent et al., 2004 ; Waltz, Addis, Koerner & Jacobson, 1993).

La littérature révèle que les recherches combinant l'analyse de la technique du thérapeute et celle des résultats thérapeutiques sont relativement peu nombreuses (Barber et al., 1996 ; Webb et al., 2010). De plus, les travaux ayant combiné les deux analyses ont donné lieu à des résultats mitigés: deux études démontrent un lien positif entre adhérence et efficacité thérapeutique (O'Malley, Foley, Rounsaville, Watkins, Sotsky, Imber & Elkin, 1988 ; Schneider, Härter, Brand, Sitta, Menke, Hammer-Filipiak, Kudling, Heindl, Herold, Frommberger, Elmer, Hetgel, Witt, Wolfersdorf, Berger & Gaebel, 2005), alors que d'autres recherches ne parviennent pas à de tels résultats

(Barber et al., 1996 ; Luborsky & Barber, 1996 ; Ogrodniczuk & Piper, 1999) et mettent même en lumière une incidence négative de l'adhérence sur le traitement:

In an effort to follow the manual as closely as possible, therapists may take too many opportunities to implement prescribed interventions without due consideration of the appropriateness or consequences of the interventions. (...) An alternative explanation is that once a minimal, but sufficient, level of technique is provided, further adherence is not important. (Ogrodniczuk & Piper, 1999, p.152)

Certaines études mettent en avant le fait que la relation entre la technique du thérapeute et l'efficacité thérapeutique est modérée par d'autres variables.

Par exemple, Despland et al. (2010) démontrent que l'alliance thérapeutique tient un rôle médiateur. Hoglend & Piper (1995) quant à eux mettent en avant le rôle de la qualité de la relation à l'objet (QOR): « (...) Low QOR patient had significantly more favorable outcome at follow-up with less focused treatment in both studies, whereas high QOR patients tended to have more favorable outcome with a more focused treatment approach.» (p. 622-623) D'autres auteurs présentent également l'état initial du patient comme modérateur de son évolution « the healthier the patient is to begin with, the better the outcome - or the converse- the sicker he is to begin with, the poorer the outcome» (Luborsky et al., 1971, p. 148)

Au regard des paragraphes précédents, il semble que l'étude de l'incidence de la technique du thérapeute sur l'efficacité thérapeutique soit complexe, difficile et discutable. Ces divers constats incitent à la prudence quant à l'interprétation et la généralisation des conclusions. Les chercheurs eux-mêmes préconisent de plus amples recherches, avec pour objectif l'analyse de l'interaction des variables comme l'adhérence, la compétence, l'efficacité thérapeutique et, également, l'alliance thérapeutique (Hill, O'Grady & Elkin, 1992 ; Kramer, de Roten et Despland, 2005 ; Shapiro & Startup, 1992 ; Trijsburg, Trent et al.,

2004 ; Webb et al., 2010). Il est à préciser que cette dernière n'est pas l'objet de ce travail. Néanmoins, son importance dans l'efficacité de la thérapie a déjà été largement démontrée (Feeley et al., 1999 ; Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Cagnon, 1998 ; Luborsky et al., 1985 ; Ogrodniczuk & Piper, 1999 ; Webb et al., 2010) et sa possible influence sur les processus techniques étudiés ici ne doit pas être négligée.

Dans ce travail, la technique du thérapeute est observée au travers des interventions du thérapeute qui ont été cotées par le biais d'un outil de cotation, le CPIRS (Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scale) élaboré par des chercheurs hollandais (Trijsburg, Frederiks, Gorlee, Klouwer, den Hollander & Duivenvoorden, 2002; Trijsburg, Lietaer, Colijn, Abrahamse, Joosten & Duivenvoorden, 2004). Cet outil regroupe plusieurs interventions rattachées à l'approche psychodynamique-psychanalytique, cognitivo-comportementale, systémique, expérientielle, de groupe. Grâce à cet outil, les auteurs ont pu mettre en évidence le fait que chaque type de thérapie contient des aspects spécifiques dans la pratique clinique. Cela indique que le thérapeute ne dispense pas les mêmes interventions en fonction de l'approche qui est privilégiée en thérapie. L'outil de cotation permet également de coter des interventions dites de «facteurs communs», regroupant plusieurs aspects communs aux différents types de thérapies.

2.2 Le but du travail

Le présent travail se donne pour but l'observation de la technique du thérapeute et son influence sur le processus thérapeutique, au travers des interventions du thérapeute.

Ce travail poursuit deux objectifs. Premièrement, tenter de déterminer dans quelle mesure il existe des différences de technique du thérapeute entre les entretiens menés auprès de la population répondante et ceux menés auprès de la population non répondante. Deuxièmement, mettre en lumière une possible incidence du respect de la technique observé par le thérapeute sur les résultats

thérapeutiques. Le respect de la technique est considéré ici comme la capacité du thérapeute à se conformer à de hauts scores d'adhérence et d'interventions psychodynamiques. L'établissement d'une telle incidence informe de l'importance de la manière dont le thérapeute dispense le traitement indiqué dans la réussite du processus thérapeutique. Le présent travail prend ainsi corps autour de trois questions directrices:

1. Que fait le thérapeute dans les entretiens?

Hypothèse théorique : il existe des différences dans le type d'intervention utilisé par le thérapeute entre la population répondante et la population non répondante

Hypothèse empirique:

- plus le thérapeute est adhérent, plus la thérapie est efficace. On observera donc plus d'interventions de type psychodynamique dans le groupe de patients qui répondent au traitement par rapport au groupe de patients non répondants au traitement.

2. Quelle attitude adopte le thérapeute dans les entretiens ?

Hypothèse théorique: le thérapeute adopte une attitude différente avec la population répondante et avec la population non répondante

Hypothèse empirique:

- le thérapeute est plutôt actif auprès de la population répondante et plutôt passif auprès de la population non répondante;
- le thérapeute utilise plus fréquemment les interventions rattachées aux techniques thérapeutiques dans les entretiens menés avec la population répondante et adopte plus fréquemment des interventions de facteurs communs dans les entretiens menés avec la population non répondante;
- l'harmonie de communication entre patient et thérapeute est meilleure dans les entretiens de la population répondante par rapport à celle qui anime les entretiens de la population non répondante.

3. Quelles interventions sont caractéristiques de la réponse au traitement?

Il est question de la présentation de deux cas sélectionnés en fonction de leur qualité d'adhérence. Le premier cas est le plus adhérent de l'échantillon, on y constate également la richesse du travail effectué, l'intensité des échanges et l'agressivité de la patiente. Le second cas a un taux d'adhérence très faible, on y constate également la difficulté à réaliser un travail thérapeutique, le manque de profondeur dans les propos et le fort besoin de soutien de la patiente. L'exposition de certaines caractéristiques constituantes des deux cas permet la mise en lumière des interventions du thérapeute, de certaines particularités des deux patientes et de la force d'évolution du cas.

Les deux premières questions ont pour ambition de cibler la technique prodiguée par le thérapeute durant les séances. La dernière question autorise une attention plus exploratoire des échanges thérapeutiques afin de permettre une analyse riche des entretiens.

3. Matériel & Méthode

3.1 Données

Les données sur lesquelles se base le projet sont des entretiens thérapeutiques retranscrits selon des règles de transcription pré-établies. Les entretiens ont pris place dans le cadre du programme pour patients dépressifs hospitalisés (PPDH). Ce programme est constitué d'un volet clinique et d'un volet de recherche. Les entretiens ont été prodigués par des thérapeutes chevronnés et entraînés. L'approche thérapeutique pratiquée est la psychodynamique, combinant interventions psychodynamiques et interventions psychanalytiques.

Le PPDH prend en charge des patients souffrant d'un trouble dépressif sévère, récurrent, avec comorbidités ou non, qui se retrouvent en situation de crise nécessitant une hospitalisation. Le programme est né de la constatation qu'un traitement intense alliant pharmacothérapie et psychothérapie durant la phase aiguë de maladie améliore la guérison (Ambresin, de Coulon, de Roten et Despland, 2009 ; Ambresin, Despland, Preisig et de Roten, 2012 ; Conus, Despland, Chanachev, Eap, Mall, Ebbing & von Gunten, 2013 ; Kramer, Ambresin, de Roten, Fassassi, Hedjal, Herrera, Kolly, Pomini, Preisig & Despland, 2010). Pour la méthodologie, Kramer et al. (2010) apportent plus de précisions: «depuis deux ans , 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.» (p.76)

Durant le séjour hospitalier, les patients bénéficient donc d'une intervention psychodynamique brève dispensée en douze séances de quarante-cinq minutes à un rythme de trois séances hebdomadaires (Ambresin et al., 2009, p.78).

Kramer et al. (2010) déclarent que «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.» (p.76)

Cette intervention psychodynamique brève prend place «dans un cadre hospitalier solide permettant la rencontre» (Conus et al., 2013, p.77), et se donne pour but de permettre la narration de la personne en souffrance afin de «remettre en mouvement une situation par la constitution (la reprise) d'une historicité psychique de l'épisode dépressif» (Ambresin et al., 2009, p.82). La narration permet également au patient de débiter un chemin «à la rencontre de lui-même» (Kramer et al., 2010, p.76).

De plus, cette «pré-thérapie» pose les fondements d'une possible implication dans un processus thérapeutique plus long, mais non obligatoire.

L'anonymat des patients a été préservé et aucune donnée démographique les concernant n'est connue: le sexe du patient se devine néanmoins au cours de l'échange.

L'échantillon nécessaire aux analyses est constitué de dix patients. La sélection des dix cas a veillé à l'équilibre de l'échantillon: cinq cas répondants et cinq cas non répondants à la thérapie, chaque groupe de patient étant constitué de quatre femmes et d'un homme. Chaque patient est traité par un thérapeute différent.

La réponse au traitement a été définie par rapport au score obtenu par le patient à l'échelle d'évaluation de la dépression MADRS³: le patient répondant a vu son score MADRS de départ diminué de 50% (pour plus de précisions, consulter Riedel, Möller, Obermeier, Schennach-Wolff, Bauer, Adli, Kronmüller, Nickel, Brieger, Laux, Bender, Heuser, Zeiler, Gaebel & Seemüller, 2010)

³ Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

Pour chaque cas, deux séances sur les douze prodiguées ont été analysées: une séance se situant en début de traitement (deuxième séance) et une autre se situant à la fin de la thérapie (onzième séance). Cette découpe temporelle n'est pas due au hasard et découle d'une théorisation précise:

« [en délimitant le temps d'intervention en douze séances sur quatre semaines] (...) nous définissons des bornes temporelles ainsi qu'une succession de phases - initiale, intermédiaire, terminale - plus ou moins reconnaissables et intriquées, de la psychothérapie. (...) La première phase permet d'observer une modification symptomatique comme preuve tangible d'un effet de l'interaction de crise. (...) La période de calme relatif qui suit cette première phase permet de continuer à mieux comprendre l'hypothèse de crise et ses éventuelles ouvertures. L'approche de la fin fixée d'avance amène le patient à récapituler, à sa manière, l'ensemble des questions qui se sont ouvertes au cours de l'intervention. Cet horizon temporel s'accompagne d'un nouveau mouvement symptomatique, la seconde phase de tempête, qui, une fois élaborée, permet de terminer l'intervention de crise.» (Ambresin et al., 2009, p.79)

L'attention portée sur deux séances du même cas rend possible la mise en évidence de son éventuelle évolution. Et la distinction entre population répondante et non répondante permet la mise en lumière des hypothétiques divergences de procédures techniques dispensées par le thérapeute.

3.2 Matériel

La cotation des interventions se base sur un outil bien précis: le «Comprehensive Psychotherapeutic Intervention Rating Scale» (CPIRS) élaboré en 2002 par Trijsburg, Frederiks, Gorlee, Klouwer, den Hollander et Duivenvoorden. La validité de sa construction et la pertinence de ses élaborations ont été prouvées et démontrées (Trijsburg, et al., 2002 ; Trijsburg, Lietaer et al., 2004). Cet outil répertorie huitante et une interventions du

thérapeute classées en quinze catégories, énoncées ci-dessous (liste détaillée en annexe):

[1] Facilitant	[9] Procédures expérientielles
[2] Soutien fiable	[10] Interventions psychanalytiques
[3] Coaching	[11] Approche psychodynamique
[4] Processus directifs	[12] Approche stratégique
[5] Structurant	[13] Interventions dynamiques de groupe
[6] Approche comportementale	[14] Interventions systémique (de groupe)
[7] Approche cognitive	[15] Autres interventions
[8] Approche expérientielle	

Les auteurs ont également fourni un manuel explicatif de chaque intervention, le contexte dans lequel elle doit être cotée et les erreurs de confusion auxquelles il est nécessaire d'être attentif.

Pour une meilleure compréhension de la méthode de cotation, plusieurs exemples d'interventions psychodynamiques sont présentées ici. Dans les exemples ci-dessous le thérapeute est donc adhérent à l'approche délivrée dans le programme PPDH:

- *P: ... et puis comme j'avance pas du tout c'est d'autant plus dur (pleure)*

T: est-ce que l'on pourrait dire alors que d'un côté il y a cette envie d'avancer cette envie de pas montrer hein de de garder bonne figure et de l'autre alors cette cette fatigue et puis cette envie de baisser les bras: et de plus lutter [55: Pointer l'attention sur des sentiments inacceptables]⁴

- *T: mhm mhm pis en même temps je me disais que c'était une façon aussi de, je me disais finalement que c'était un peu comme ce que vous me racontiez en début de séance hein par rapport au besoin de pouvoir gérer par vous même les choses un peu aussi*

⁴ code CPIRS de l'intervention après consensus

les informations de s'assurer que vous puissiez gérer un petit peu garder un certain contrôle sur ce qui vous arrive [58: Interprétation des défenses]

- *P: je comprends pas bien justement ce risque potentiel d'être une menace*

*T: mhm mhm*⁵

P: donc je suis aussi, d'un autre côté je, je me bride un peu -

(...)

T: donc il faut surtout pas ressentir que vous puissiez être une menace? [61: Confrontation]

- *T: mhm. Si-si je peux me permettre, par rapport à la séance euh la première séance qu'on a eu euh vous aviez à peu près le même sentiment euh- en tout cas vous décrivez un peu le même sentiment par rapport à la- au début de l'âge adulte ou à l'adolescence hein +ou*

P: mhm⁺⁶

T: effectivement vous disiez euh aimer les femmes

P: mhm

T: les séduire

P: mhm

T: mais qu'il y avait quelque chose qui- qui bloquait qui- du côté de la sexualité

P: mhm

T: est-ce que c'est quelque chose que vous avez toujours un peu vécu? un certain décalage entre les relations affectives et la-la sexualité? [63: Patterns dans les relations, vaut pour l'entier de l'interaction, cotée comme une seule intervention du thérapeute]

- *P: je sais pas il me dit j'ai un cancer foudroyant bon il y a le secret médical, donc moi je sais pas ce qu'il a mais - ça me fait de la peine quoi avoir une fin comme ça ça doit être horrible -*

⁵ les «mhm mhm» ne sont pas cotés s'ils ne constituent pas une réponse à ce qui a été précédemment dit par le patient ou une demande d'explicitation des propos

⁶ le «+» indique que le patient et le thérapeute ont parlé en même temps

T: mhm mhm mais ce qui me semblait relié à quelque chose dont on avait parlé c'est le fait que vous réagissiez, que vous êtes en colère [64: Lier les hypothèses de manière descriptive]

3.3 Protocole

La première phase de travail a été la lecture des cas et la cotation des interventions du thérapeute selon le CIPRS. La cotation était réalisée en individuel et subissait ensuite une correction collective lors de séances de consensus régulières, durant lesquelles cinq intervenants supplémentaires prenaient part à la discussion, dont le Professeur Y. de Roten. Le consensus a ainsi d'abord consisté en une formation à l'outil en question. Après cotation des interventions, celles-ci ont été transcrites dans un fichier Excel pour une meilleure visibilité.

Puis, le travail a consisté à ressortir des interventions ou des catégories d'interventions présentes dans un ou plusieurs cas. La fréquence et la présence de certaines interventions dans un type de population ont été comparées avec la fréquence et la présence des interventions présentes dans l'autre population. Une éventuelle incidence de la fréquence d'une catégorie d'intervention sur les résultats thérapeutiques est ainsi mise en lumière.

3.3.1 Analyse des données

Afin de dépouiller les entretiens et de pouvoir en tirer des informations concernant l'adhérence du thérapeute à la méthode, la présence des interventions psychodynamiques et la présence de toutes autres catégories d'interventions constitutives des entretiens recueillis, plusieurs calculs ont été établis: pourcentage des interventions par catégories CIPRS; pourcentage des interventions adhérentes ; pourcentage des interventions psychodynamiques ; pourcentage des autres types d'interventions ; nombre d'interventions globales ; pourcentage de certains types d'intervention particulière ; nombre de chevauchements dans le tour de parole entre patient et thérapeute

Les entretiens des patients du programme PPDH se sont vu attribuer une numérotation afin de les reconnaître. Pour la présentation des tableaux de résultats, ces nombres ont été simplifiés. Néanmoins, la correspondance est notée ici:

1003 = R1 1103 = R2 1106 = R3 1118 = R4 1181 = R5
1127 = NR1 1150 = NR2 1176 = NR3 1178 = NR4 1230 = NR5

3.3.2 Traitement statistique

Le programme SPSS a permis d'effectuer deux tests statistiques afin de comparer l'échantillon et d'établir la validité des résultats:

- U de Mann Whitney : test non paramétrique réalisé dans le but de déterminer s'il existe une différence significative entre population répondante et population non répondante. Le seuil de significativité du test est de $p < .05$ / tendance entre $p > .05$ et $< .10$
- W de Wilcoxon : test non paramétrique réalisé dans le but de déterminer s'il existe une différence significative dans les entretiens entre la séance de début et la séance de fin. Egalement utilisé afin de déterminer s'il existe une différence significative au sein de la même population, entre séance de début et séance de fin. Le seuil de significativité du test est de $p < .05$ / tendance entre $p > .05$ et $< .10$

4. Résultats

4.1 Que fait le thérapeute dans les entretiens?

4.1.1 Occurrence des interventions

Le *tableau 1* présente le pourcentage d'interventions par catégories CIPRS pour chaque cas de la population répondante et non répondante à la psychothérapie. Ceci permet une vue d'ensemble de ce qui a été observé dans les entretiens menés avec les patients du programme PPDH.

Tableau 1. Pourcentage des interventions par catégories CIPRS pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Catégories CIPRS	F	Sf	C	Pd	Str	Cp	Cog	Exp	Pa	Po	A
Répondants											
R1	32.8	2.3	21.3	12.1	0.0	0.0	1.1	4.0	1.1	6.9	18.4
R2	26.3	1.3	28.9	10.5	0.0	0.0	3.9	2.6	0.0	0.0	26.3
R3	15.7	0.8	26.8	8.7	0.0	1.6	0.0	4.7	1.6	4.7	35.4
R4	19.8	8.1	29.1	2.3	1.2	0.0	1.2	3.5	2.3	1.2	31.4
R5	36.0	3.0	17.7	4.9	0.0	0.0	0.6	2.4	1.2	4.3	29.9
Total R	27.6	2.9	23.4	7.9	0.1	0.3	1.1	3.5	1.3	4.1	27.6
Non Répondants											
NR1	31.8	0.0	13.1	2.8	0.0	0.0	0.0	2.8	15.9	1.9	21.8
NR2	27.7	1.5	12.3	3.1	0.8	0.0	2.3	3.8	10.8	2.3	35.4
NR3	22.4	1.5	26.1	7.5	0.0	0.0	0.0	0.7	0.0	0.7	41.0
NR4	23.0	0.9	8.6	1.8	0.0	0.0	0.0	45.5	1.4	0.5	18.5
NR5	25.9	7.9	20.1	8.6	0.0	0.0	0.7	5.0	0.0	2.9	28.8
Total NR	25.5	2.3	5.3	4.5	0.1	0.0	0.5	15.9	4.6	1.5	9.5
Total	26.5	2.6	14.3	6.2	0.1	0.1	0.8	9.7	2.9	2.8	18.5
U	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Note:

- F facilitant ; Sf soutien fiable ; C coaching ; Pd processus directifs ; Str structurant ; Cp comportemental ; Cog cognitif ; Exp expérientiel ; Pa interventions psychanalytiques ; Po psychodynamique ; A autres
- les catégories d'interventions CIPRS n'étant pas apparues dans les entretiens ont été supprimées des tableaux de résultats: procédures expérientielles ; stratégique ; interventions dynamiques de groupe ; interventions systémiques

Le *tableau 1* indique qu'il n'y a pas de différence dans l'occurrence des catégories d'interventions CPIRS entre les entretiens menés auprès de la population répondante et ceux menés auprès de la population non répondante.

Pour la suite des analyses, plusieurs regroupements de catégories proches ont été établis (voir légende du *tableau 2*) afin de permettre des analyses plus riches et également de clarifier la présentation des résultats.

Le *tableau 2*, qui reprend les informations du *tableau 1* en procédant aux regroupements annoncés, met en évidence le fait qu'il n'y a aucune différence entre la population répondante et la population non répondante au niveau de l'occurrence des interventions.

En revanche, il existe une différence concernant les deux temps de l'intervention thérapeutique pour les catégories «info» et «Pdyn». Il s'avère que, au sein de la population non répondante, le thérapeute utilise le plus souvent les interventions ayant trait à des demandes d'information durant la séance de début (W .043).

Il s'avère également que le thérapeute a tendance à utiliser le plus souvent les interventions psychodynamiques en séance de fin (W .051) dans les deux populations.

Tableau 2. Pourcentage des interventions par catégories CPRIS pour les cas répondeurs et non répondeurs à la psychothérapie

Catégories CPRIS	Séance début							Séance fin							U												
	S	D	TCC	Exp	PDyn	Info		S	D	TCC	Exp	PDyn	Info		S	D	TCC	Exp	PDyn	Info		S	D	TCC	Exp	PDyn	Info
Répondeurs																											
R1	38.6	25.3	2.4	2.4	6.0	25.3		21.9	40.7	0.0	5.5	9.9	12.1		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
R2	16.3	38.8	6.1	4.1	0.0	34.7		48.1	40.7	0.0	0.0	0.0	11.1		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
R3	12.5	41.7	0.0	5.6	1.4	38.9		21.8	27.3	3.6	3.6	12.7	30.9		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
R4	32.1	34.0	1.9	3.8	0.0	28.3		21.2	30.3	0.0	3.0	9.1	36.4		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
R5	41.0	23.0	1.0	1.0	6.0	28.0		35.9	21.9	0.0	4.7	4.7	32.8		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Total R	30.2	31.3	1.9	3.0	3.4	30.5		31.1	32.2	0.7	4.0	8.1	23.7		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Non Répondeurs																											
NR1	34.8	16.7	0.0	3.0	13.6	31.8		26.8	14.6	0.0	2.4	24.4	31.7		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
NR2	32.2	14.9	2.3	5.7	8.0	36.8		23.3	18.6	2.3	0.0	23.3	32.6		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
NR3	27.9	25.0	0.0	1.5	0.0	45.6		19.7	42.4	0.0	0.0	1.5	36.4		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
NR4	21.7	7.8	0.0	44.2	0.8	25.6		26.9	14.0	0.0	47.3	3.2	8.6		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
NR5	32.9	24.7	1.4	2.7	5.5	32.9		34.8	33.3	0.0	7.6	0.0	24.2		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Total NR	28.8	16.3	0.7	15.8	4.9	33.3		26.5	24.9	0.3	16.1	7.8	24.3		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Total	36.7	21	1.2	2.7	9.8	28.55		24.35	27.65	0	3.95	17.15	21.9		ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Note:

- S soutien (combinaison facilitant, soutien fiable) ; D direction (combinaison coaching, processus directs, structurant) ; TCC (combinaison comportementale, cognitif) ; Exp (expérientiel) ; PDyn psychodynamique (combinaison interventions psychanalytiques, psychodynamique) ; Info informations (autres interventions)
- Total (moyenne des interventions par catégories pour la séance)

Le *tableau 3* met en lumière une distinction concernant la catégorie «direction» en séance de début (U .032): le thérapeute est plus directif chez les répondants en début de thérapie par rapport aux non répondants. Cette différence ne se retrouve plus en séance de fin; le thérapeute est tout aussi directif dans les deux populations en fin de traitement.

On remarque également dans le *tableau 3* que les écarts-types sont élevés, indiquant une faible homogénéité de la distribution de l'échantillon, ceci étant dû à la petite taille de cet échantillon, les résultats sont donc à observer avec prudence.

Tableau 3. Moyenne et écart-type des interventions par catégories CPIRS pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Catégories CPIRS		S	D	TCC	Exp	PDyn	Info
Répondants							
S début	M	10.7	7.4	1.1	2.2	1.2	21.8
	s	12.9	8.4	1.3	1.0	1.8	6.0
S fin	M	8.4	5.8	0.2	2.2	2.2	12.8
	s	9.2	6.4	0.6	1.9	2.6	6.8
Non Répondants							
S début	M	12.2	4.6	0.3	13.4	3.4	28.2
	s	11.9	5.0	0.7	24.4	3.8	5.3
S fin	M	8.2	5.1	0.1	10.0	1.1	15.0
	s	7.5	6.4	0.3	19.1	1.3	5.8
U		ns	.032	ns	ns	ns	ns

Note:

- S soutien (combinaison facilitant, soutien fiable) ; D direction (combinaison coaching, processus directifs, structurant) ; TCC (combinaison comportemental, cognitif) ; Exp (expérientiel) ; PDyn psychodynamique (combinaison interventions psychanalytiques, psychodynamique) ; Info informations (autres interventions)
- S début (séance début) ; S fin (séance fin)
- M (moyenne) ; s (écart-type)

Ces divers constats signifient que le thérapeute utilise les interventions du CPIRS de manière similaire dans les deux populations: seule la catégorie « direction » est plus présente en séance de début chez les répondants. Ceci peut signifier qu'en début de traitement, le thérapeute ressent plus le besoin de recadrer la discussion et de guider les patients du groupe répondant qui sont peut-être moins «dociles» à l'introspection et au processus thérapeutique que

les patients du groupe non répondant, ces derniers ayant peut-être des mécanismes défensifs moins vigoureux. A la fin du traitement, les échanges directifs sont similaires dans les deux groupes.

Au sein de la population non répondante, le thérapeute a recours à de plus nombreuses demandes d'informations lors de la séance de début. Une clé de lecture de ce phénomène serait d'attribuer au thérapeute le sentiment d'avoir manqué d'informations et de vouloir clarifier le discours du patient. Discours qui, en fin de traitement, aurait gagné en clarté pour parvenir à expliciter avec plus de précision les problématiques du patient.

4.1.2 Adhérence

L'adhérence du thérapeute se caractérise par le fait que le thérapeute adopte une certaine attitude afin de suivre ce qui est prescrit par la méthode et de ne pas suivre ce qui est proscrit. Dans le PPDH, la méthode prescrit l'utilisation des interventions rattachées aux facteurs communs, à la psychodynamique et à la psychanalyse.

Le *tableau 4* indique que le thérapeute est adhérent dans tous les entretiens menés auprès des deux populations, en séance de début comme en séance de fin. Il n'y a pas de différence significative dans la qualité d'adhérence entre les deux groupes de patients.

En revanche, au sein de la population non répondante, il existe une différence dans les deux temps de l'intervention thérapeutique: le thérapeute est plus adhérent en séance de fin dans ce groupe de patients ($W .043$). Ceci signifie que le thérapeute est tout aussi adhérent avec l'une et l'autre des populations, cependant, le thérapeute devient encore plus adhérent en fin de traitement chez les non répondants par rapport à la séance de début.

Tableau 4. Pourcentage d'interventions adhérentes et non adhérentes au modèle PPDH pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Cas	Séance début		Séance fin		Total	
	AD	U	AD	U	AD	U
Répondants						
R1	69.9		82.4		76.4	
R2	55.1		88.9		67.1	
R3	55.5		61.8		58.2	
R4	66.0		60.6		63.9	
R5	70.0		62.5		67.0	
Total R	64.4	ns	71.5	ns	67.5	ns
Non répondants						
NR1	65.1		65.8		65.4	
NR2	55.2		65.1		58.4	
NR3	52.9		63.6		55.9	
NR4	30.2		44.0		36.0	
NR5	63.0		68.2		65.4	
Total NR	50.1	ns	59.2	ns	53.9	
Total	57.2	ns	65.3	ns	60.7	ns
U	ns		ns		ns	

Note: AD adhérence du thérapeute

4.1.3 Interventions psychodynamiques

Les interventions psychodynamiques se rattachent à ce que l'on nomme aussi la pureté d'un cas. Elle est calculée ici en fonction de l'occurrence des interventions psychodynamiques et psychanalytiques et détermine dans quelle mesure le thérapeute a adopté une technique pure.

Le *tableau 2* démontre qu'il n'y a pas de différence concernant l'occurrence des interventions psychodynamiques au sein des deux populations. Cependant, comme indiqué plus haut, le thérapeute utilise plus souvent les interventions psychodynamiques en séance de fin ($W .051$).

Cela signifie que le thérapeute utilise une technique toute aussi pure avec l'une et l'autre des populations: cette technique devient d'ailleurs plus pure en fin de traitement dans les deux populations.

4.2 Quelle attitude adopte le thérapeute dans les entretiens ?

L'analyse des interventions du thérapeute révèle un respect similaire de la technique dans les deux populations: seule la «direction» est plus présente au début chez les répondants. Qu'en est-il des attitudes du thérapeute?

4.2.1 Attitude active versus passive

Le caractère actif ou passif du thérapeute a été établi en fonction du nombre d'interventions présentes dans les entretiens. Plus le nombre est élevé, plus le thérapeute est dit actif. Plus le nombre est petit, plus le thérapeute est dit passif.

Tableau 5. Nombre et pourcentage des interventions du thérapeute pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Cas	Séance début		Séance fin		Total
	n	%	n	%	Inter n
Répondants					
R1	83	47.7	91	52.2	174
R2	49	64.4	27	35.5	76
R3	72	56.7	55	43.3	127
R4	53	61.6	33	38.3	86
R5	100	60.9	64	39.7	164
Total R	357	56.9	270	43.0	627
Non répondants					
NR1	66	61.6	41	38.3	107
NR2	87	66.9	43	33.1	130
NR3	68	50.7	66	49.2	134
NR4	129	58.1	93	41.9	222
NR5	73	52.5	66	47.5	139
Total NR	423	57.8	309	42.2	732
Total	780	57.4	579	42.6	1359
U	ns	ns	ns	ns	ns

Note: Inter interventions du thérapeute

Le tableau 5 démontre qu'il n'y a pas de différence dans l'attitude active-passive du thérapeute entre les deux populations. Néanmoins, le thérapeute a tendance à être plus intervenant en séance de début qu'en séance de fin pour les deux populations ($W .091$). Ceci signifie que le thérapeute adopte un niveau d'implication similaire dans les deux populations: ce niveau est diminué en fin de traitement, cela peut être dû à l'amélioration de la clarté du discours des patients ou à la meilleure explicitation des problématiques en cours de thérapie.

4.2.2 Attitude technique versus facteurs communs

L'attitude «technique» signifie que le thérapeute utilise les interventions rattachées aux techniques thérapeutiques, c'est à dire «TCC», «expérientiel» et «psychodynamique». L'attitude «facteurs communs» signifie que le thérapeute utilise les interventions se rattachant aux catégories communes aux diverses approches thérapeutiques, c'est à dire «soutien», «direction» et «info».

Tableau 6. Pourcentage d'interventions rattachées aux techniques thérapeutiques et d'interventions rattachées aux facteurs communs pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Cas	Séance début		Séance fin		Total	
	Tch	Fc	Tch	Fc	Tch	Fc
Répondants						
R1	10.8	89.2	15.4	74.7	12.9	81.9
R2	10.2	89.8	0.0	100.0	5.1	94.9
R3	7.0	93.1	19.9	80.0	13.4	86.5
R4	5.7	94.4	12.1	87.9	8.9	91.1
R5	8.0	92.0	9.4	90.6	8.7	91.3
Total R	8.4	92.4	12.9	87.0	10.5	89.7
Non répondants						
NR1	16.6	83.3	26.8	73.1	21.7	78.2
NR2	16.0	83.9	25.6	74.5	20.8	79.2
NR3	1.5	98.5	1.5	98.5	0.7	98.5
NR4	45.0	55.1	50.5	49.5	47.7	52.3
NR5	9.6	90.5	7.6	92.3	8.6	91.4
Total NR	21.5	78.5	24.3	75.7	22.9	77.1
Total	14.9	85.4	18.6	81.2	16.7	83.4
U	ns	ns	ns	ns	ns	ns

Note: Tch interventions rattachées aux techniques thérapeutiques ; Fc interventions rattachées aux facteurs communs

Le cas présentant le plus haut taux d'utilisation des techniques thérapeutiques est le cas NR4 (47.7). Ceci est dû à la forte présence dans l'entretien de «ouais» et de «oui» rattachés à la technique «expérientielle», présence qui est plutôt faible dans les autres entretiens. La cotation de ces nombreuses interventions aurait pu biaiser les analyses, mais après vérification, ce n'est pas le cas.

Le *tableau 6* indique qu'il n'y a pas de différence entre population répondante et non répondante concernant l'utilisation de ces interventions. Ceci signifie que le thérapeute adopte une attitude similaire au sein des deux populations.

4.2.3 Harmonie de communication patient - thérapeute

L'appréciation de l'harmonie communicationnelle entre patient et thérapeute a été établie sur la base du respect du tour de parole du patient et du thérapeute. Dans les entretiens, il est apparu de nombreuses fois que l'un ou l'autre coupait la parole à son interlocuteur. Ces chevauchements dans la parole ont été comptabilisés et présentés dans le *tableau 7*.

Tableau 7. Nombre de chevauchements dans le tour de parole entre patient et thérapeute pour les cas répondants et non répondants à la psychothérapie

Cas	Séance début	Séance fin	Total
	ChvP	ChvP	ChvP
Répondants			
R1	5	0	5
R2	1	1	2
R3	5	0	5
R4	1	3	4
R5	1	0	1
Total R	13	4	17
Non répondants			
NR1	7	5	12
NR2	46	18	64
NR3	7	0	7
NR4	21	21	42
NR5	13	15	28
Total NR	94	59	153
Total	107	63	167
U	..008	..056	..008

Note: ChvP chevauchements dans le tour de parole

Le nombre de chevauchements dans la parole le plus élevé se retrouve dans le cas NR2 en séance de début (46) et le nombre de chevauchement dans la parole le plus bas est détenu par plusieurs cas: R1 (0), R5 (0), NR3 (0), tous trois en séance de fin.

Le *tableau 7* démontre qu'il existe plusieurs différences entre les deux populations concernant le respect du tour de parole du locuteur. En effet, on dénombre plus de chevauchements de la parole dans la population non répondante comparé à la population répondante, que ce soit en séance de début (U .008) ou en séance de fin (U .056).

De plus, on note également une différence concernant les deux temps de l'intervention thérapeutique ($W = .091$). En effet, on dénombre une diminution des chevauchements en séance de fin dans les deux groupes de patients.

Ces constats indiquent que le rythme langagier est plus souvent mal adapté chez les non répondants. On observe également une similarité d'évolution de l'harmonie communicationnelle dans les deux populations. Il apparaît donc que, si la qualité de l'harmonie de communication est améliorée dans les deux groupes de patients en fin de traitement, celle-ci reste cependant plus mauvaise chez les non répondants.

4.3 Quelles interventions sont caractéristiques de la réponse au traitement?

L'analyse quantitative de la technique et des attitudes du thérapeute dans les entretiens met en avant une conduite similaire de celui-ci dans les deux populations: seule la «direction» et l'harmonie de communication patient-thérapeute sont différentes d'une population à l'autre.

Dans cette partie du travail, l'éclairage sur les attitudes du thérapeute se centre sur une description qualitative, c'est pourquoi elle est enrichie par des parties de retranscription constituant des «moments importants» représentatifs. Au travers de cette analyse qualitative, il est question de mettre en lumière s'il existe des interventions caractéristiques de la réponse au traitement, ou, au contraire, des interventions caractéristiques de l'échec du processus thérapeutique.

4.3.1 Le cas le plus adhérent

Tableau 8. Nombre et pourcentage des interventions présentes dans le cas R 1003

Catégories CPIRS	Séance début		Séance fin		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 Empathie	1	2.4	1	1.0	3	1.7
3 Implication	29	34.9	24	26.4	53	30.4
5 Rapport	0	0.0	1	1.1	1	0.5
6 Collaboration	1	1.2	2	2.2	3	1.7
9 Reformulation du problème	0	0.0	1	1.1	1	0.5
13 Guidance explicite	17	20.4	11	12.1	28	16.1
14 Contrôle actif	0	0.0	5	5.5	5	2.8
15 Conseils et guidance	0	0.0	4	4.4	4	2.3
17 Dévoilement	0	0.0	7	7.7	7	4.0
19 Explication de la direction donnée à la séance	0	0.0	1	1.1	1	0.5
21 Challenging	4	4.8	9	9.8	13	7.4
40 Chercher des explications alternatives	2	2.4	0	0.0	2	1.1
44 Mettre l'emphase sur les sentiments	2	2.4	3	3.2	5	2.8

Catégories CIPRS	Séance début		Séance fin		Total	
	n	%	n	%	n	%
46 Interventions se référant à des signaux non verbaux	0	0.0	1	1.1	1	0.5
51 Utiliser la relation thérapeutique pour expliquer des réactions	0	0.0	1	1.1	1	0.5
54 Silence	1	1.2	0	0.0	1	0.5
57 Lier le présent et le passé (de manière descriptive)	0	0.0	1	1.1	1	0.5
61 Confrontation	3	3.6	5	5.5	8	4.6
62 Patterns dans le comportement ou l'expérience	1	1.2	1	1.1	2	1.1
64 Lier les hypothèses (de manière descriptive)	0	0.0	2	2.2	2	1.1
78 Demander davantage d'informations ou à élaborer	14	16.8	6	6.6	20	11.5
79 Clarification, reformulation dans d'autres mots	7	8.4	5	5.5	13	7.4

Le cas R 1003 détient la meilleure qualité d'adhérence de l'échantillon de patients (76.4) ainsi qu'un taux élevé d'interventions psychodynamiques (8.0).

Le sujet est une femme en dépression depuis quatre ans, qui s'est faite violer à l'âge de sept et quatorze ans par un oncle: elle dit avoir réglé cette histoire avec un précédent thérapeute. Elle dit être douée au travail, un domaine qu'elle investit beaucoup, mais avoir beaucoup de problèmes dans son couple dont elle critique la routine. Elle a par ailleurs de bonnes relations avec ses enfants. Durant la séance de début, elle dit souffrir d'un manque d'amour maternel, sa mère ayant été rarement à la maison selon elle. La patiente semble peu connectée avec son versant émotif. Dans la séance de fin, il est question de sa difficulté à imposer des limites à un résident de l'hôpital très envahissant. Elle exprime très fortement sa colère contre cet homme ainsi que contre le thérapeute, deux personnes empiétant son espace intime. La patiente est actuellement internée à l'hôpital.

Travail réflexif

A la lecture des séances constitutives des deux cas, plusieurs moments de travail réflexif sont à dénombrer. Certains étant plus intenses que d'autres, une catégorisation en deux sections a été nécessaire: les moments de travail réflexif

difficiles et les moments de travail réflexif plus concluants. Avant chaque extrait, une brève note situe le passage dans son contexte pour faciliter la compréhension du lecteur. Il est encore à préciser que, pour chaque section, les dialogues exposés suivent l'ordre chronologique des séances. Ainsi, il est possible de percevoir l'évolution du discours et de l'échange entre patiente et thérapeute d'un entretien à l'autre.

Travail réflexif difficile

La patiente explique pourquoi elle est en colère contre son camarade d'hôpital, mais s'emmêle dans les thématiques et rebondit sur le fait que sa mère ne l'appelle pas à l'hôpital.

P: si j'essaie de m'endormir un petit peu bon c'est très rare que j'essaie de rester debout le plus possible la journée, je sursaute parce que soit j'écoute de la musique ou soit je suis en train d'écrire non c'est, par rapport à lui, bon par rapport à moi-même ben elle est là la rage - j'avais rendez-vous avec l'aumônier ce matin

T: mhm mhm⁷

P: j'avais besoin de lui parler -- est-ce qu'elle se sent tellement coupable de ce qu'elle a fait qu'elle n'ose plus m'appeler je sais plus ---

T: faut dire qu'il est assez intrusif ce monsieur Touran?

P: mhm

T: ben venir dans votre vous toucher ou offrir des fleurs? [79 : clarification, reformulation en d'autres mots, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]⁸

P: toucher mes affaires

(p.4, séance de fin)

Dans cette séquence, les deux acteurs de la thérapie ne sont pas à l'unisson. D'ailleurs, il semble que la patiente elle-même soit confuse dans les sujets à aborder (sa mère, M. Touran). Cependant, le thérapeute, assez directif, revient

⁷ les «mhm mhm» ne sont pas cotés s'ils ne constituent pas une réponse à ce qui a été précédemment dit par le patient ou une demande d'explicitation des propos

⁸ code CPIRS attribué à l'intervention du thérapeute après consensus

sur le sujet de manière plutôt empathique afin de lui apporter son soutien dans la situation qu'elle rencontre avec son camarade.

Il faut également noter que la patiente fait rapidement une nuance entre le fait que M. Touran touche à ses affaires et non pas à elle-même. Cette dissociation intellectuelle n'est par ailleurs pas ressentie comme telle: en effet, elle ressent une grande colère due à ce comportement, car cela touche effectivement à son intimité, au delà de la réalité matérielle qu'elle semble mettre en priorité. Cette sphère privée avait également été bafouée lors de ses viols étant petite. Il semble donc que la protection de cet espace intime représente un enjeu important dans l'économie psychique de la patiente.

Travail réflexif plus concluant

Le thérapeute désire que la patiente et lui-même soient d'accord sur le fait que la patiente retienne ses émotions.

T: donc c'est plutôt heu le moment où on peut reconnaître qu'il y en a mais que vous les gardez puis peut-être ce sur quoi on peut s'interroger c'est pourquoi dans un moment avec ou qu'est-ce qui fait qu'est-ce qui vous passe dans la tête qui fait que à un moment où il y a autant d'émotion, hein, alors que c'est un moment qui est votre moment, hein ça on le partage ensemble mais on est là pour vous, eh ben vous le partagez pas -- [61 : confrontation]

(...)

T: là vous avez juste évoquez la méfiance

P: mhm

T: pis la méfiance ça peut être par rapport aux émotions, mais aussi par rapport à l'autre ou par rapport à la psychothérapie [62: patterns dans le comportement ou l'expérience, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: je ne suis pas quelqu'un qui se livre facilement

T: mhm mhm

P: je j'ai toujours eu tendance à - à tout garder pour moi pis chercher les solutions, analyser pis voir ce qui est le mieux ou pas. C'est vrai j'ai jamais eu heu l'occasion ou ou pas l'envie de partager. Je le reconnais --- c'était peut-être la vie qui m'a rendue comme ça chais pas. Chais pas nager les mains dans le dos donc - malgré tout c'est un beau parcours - pas de regrets, pas de / c'est

déjà pas mal. Et puis c'est aussi que je me méfie de dire - qu'est ce que le médecin il va penser (p.11-12, séance de début)

Dans cet échange, le thérapeute donne plusieurs informations sur ses ressentis par rapport aux problématiques de la patiente. Il met en place un cadre collaboratif avec la patiente («on peut reconnaître qu'il y en a») et se place dans une position rassurante en se présentant comme une personne empathique et compétente. Cette approche plutôt soutenante a comme effet d'assouplir les positions défensives de la patiente qui accepte le constat du thérapeute, mais de manière encore très intellectualisée⁹ (j'ai toujours eu tendance à analyser ; malgré tout pas de regrets), sans pour autant prendre conscience de la portée de ce type de comportement sur son état dépressif.

Le thérapeute a tenté de faire comprendre à la patiente qu'elle semble suivre une certaine logique qui influence le fait qu'elle puisse ou non exprimer sa colère. De plus, il met en mots la probabilité que la patiente soit déprimée lorsqu'elle ressent de l'amour et de la haine envers la même personne. Après ce constat, la patiente continue ainsi:

P: je peux vous regarder

T: oui [3 : implication]

P: de toute façon j'ai pas le choix ---- c'est un psy qui pense (rire) ça arrive

T : et? [13 : guidance explicite]

P: pardon

T : ça vous fait rire? [46 : intervention se référant à des signaux non verbaux]

P: oui justement vous partez dans vos -- dans vos rêves non c'est pas des rêves, on dit dans vos réflexions

T: mhm - oui [3 : implication]

P: oui oui ---

T : tout comme vous [17 : dévoilement]

P: pardon?

T: je dis tout comme vous, tout comme vous [3 : implication]

⁹ intellectualisation: «les éléments cognitifs restent conscients, mais la tonalité émotionnelle est amoindrie» (Despland et al., 2010, p.110)

P: tout comme moi c'est-à-dire?

T: ben vous êtes dans vos réflexions

P: mhm

T: celles dont on pourrait parler justement [6 : collaboration, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: pardon?

T: celles dont on pourrait parler justement [3 : implication]

P: ben je vous écoute

T: ben non parce que moi je sais pas ce que vous pensez [17 : dévoilement]

P: de quoi? alors là j'ai rien compris

T: j'ai dit ha non parce que je sais pas ce que vous êtes en train de penser vous savez ce que vous êtes en train de penser [6 : collaboration]

P: que j'étais en train de penser à quelque chose - ben tout comme vous

T: oui ben peut-être pas à la même chose [21 : challenging]

P: ben moi rien d'intéressant

T: au contraire [21 : challenging]

P: et toc (rire)

T: au contraire, je pense que tout ce qui se passe par la tête pendant que vous êtes ici sont des choses intéressantes [17 : dévoilement]

P: mais j'ai pas envie de vous dire

T: alors ça c'est autre chose [17 : dévoilement]

P: pardon?

T: c'est autre chose ça que vous ayez pas envie de le dire, ben c'est pas comme si vous aviez pas de pensées [21 : challenging]

P: non mais j'ai pas envie de le dire - j'aime bien mes petits secrets aussi

T: mhm mhm

P: j'ai un petit coin où j'ai une petite boîte

T: mais oui - c'est votre intimité [5 : rapport]

P: exactement ---

(p.9-10, séance de fin)

Après l'interprétation du thérapeute, la patiente semble sur la défensive et préfère interpeller le thérapeute directement plutôt que d'élaborer les propos de celui-ci. Le dialogue se poursuit par un bras de fer musclé entre la patiente et le thérapeute au terme duquel la patiente perd en agressivité et en assurance pour

avouer sa fragilité et ses limites. Le thérapeute quant à lui, employant un mode exploratoire, est assez défensif lui aussi et donne du répondeur à cette patiente plutôt provocante. A l'image des propos des Despland et al. (2010) «la tâche aveugle du thérapeute se révélera moins par une surdité sélective, ou des interprétations déplacées, tronquées ou fausses, que par sa difficulté à se laisser faire par l'interaction de crise sans se sentir maltraité, envahi ou détruit». Durant la thérapie, le thérapeute a pu se sentir envahi par l'agressivité et l'anxiété de la patiente, et son mécanisme de protection se révèle peut-être en filigrane dans cet extrait. Le dialogue s'adoucit peu à peu et les deux acteurs de la thérapie trouvent une résonance réciproque sur le thème de l'intimité.

Patiente contrôlante

Durant les entretiens, on remarque de nombreux comportements défensifs chez la patiente qui démontrent une volonté de contrôle sur la thérapie et, par extension, sur le thérapeute lui-même. Ce contrôle exercé sur le cadre thérapeutique a-t-il pour fonction de démontrer au thérapeute qu'elle ne perd pas pied et, pour elle-même, d'éviter d'être prise au dépourvu. Les quelques exemples ci-joints en sont une belle illustration:

- *T: ouais -- [3 : implication]*

P: qu'est-ce que vous voulez savoir d'autre?-- (p.4, séance de début)

- *T: mhm mhm*

*P: ou des fois elle était malade ou très souvent --- /// fou rire (rit)
--- quoi d'autre ? vous faites tellement sérieux que ça me fait marrer (p.9, séance de début)*

- *P: aujourd'hui c'est vous qui vous marrez*

T: pardon? [78 : demander davantage d'informations ou à élaborer]

P: aujourd'hui c'est vous qui vous marrez

T: oui [3 : implication]

P: au début c'est moi quand je vous regardais, vous me déstabilisiez et pis maintenant c'est vous, enfin plutôt moi (p.3, séance de fin)

Mouvements défensifs

Le thérapeute tente de modifier la perspective de la patiente à propos de la nécessité d'enfermement de son camarade d'hôpital. Ainsi, il veut combattre le sentiment de culpabilité qu'elle ressent en exprimant sa colère, parce que celle-ci entraîne ensuite l'enfermement en chambre de M. Touran.

T: non je pensais au fait qu'il soit mis en chambre, vous dites, enfin je l'ai dit pour vous mais c'est une punition mais est-ce qu'on pourrait voir ça autrement qu'une punition? [14 : contrôle actif, cotée 14 et non 13 (guidance explicite) après les nombreuses tentatives déjà faites précédemment]

P: ho mais j'en sais rien - vous me compliquez là, qu'est-ce que vous voulez me faire dire?

T: que peut-être on peut voir ça autrement qu'une punition [14 : contrôle actif]

(...)

P: alors là c'est pas à moi de le dire

T: oui c'est à vous parce qu'on parle de comment vous vous percevez les choses [14 : contrôle actif]

P: ben moi ça me fait chier euh qu'il aille en chambre parce que c'est une punition quelque part même si elle dure que dix minutes (..)

T: ouais -- d'accord mais ce que je veux dire c'est qu'il y a pas qu'une seule interprétation, vous avez aussi dit ce qui vous allait pas face à quelqu'un qui souffre d'une maladie psychiatrique lourde et qui dont le fait d'être en chambre de soin fait partie de son soin de son traitement, c'est pas une punition ---- [9 : reformulation du problème]

P: ouais --

T: qu'est-ce qui vous touche là? [44 : mettre l'emphase sur les sentiments]

P: que chaque année que je viens, je le vois de plus en plus dégradé et je me dis que peut-être si une fois il y a une rechute ben je le verrais plus

T: mhm mhm --- donc d'une certaine manière vous y êtes attachée? [79 : clarification, reformulation en d'autres mots]

P: oui très attachée --- (...)

(p.6-7, séance de fin)

Dans ce passage, le thérapeute fait preuve d'une insistance qui ne paye guère durant un certain temps, mais ne lâche pas prise. Ce contrôle exercé sur la

discussion crée un moment de travail assez intense qui met en lumière de forts mouvements défensifs de la patiente. Cet acharnement finit par débloquer une sensation chez elle, ceci semble lié au fait qu'elle est rassurée par ce «guide» (beaucoup de 14: contrôle actif) qui lui fait découvrir un nouveau chemin de réflexion.

Concernant la patiente, au début de l'échange, celle-ci devient vulgaire («chier») à force d'être ainsi poussée dans ses retranchements. Il est intéressant de noter qu'une fois l'intensité de l'interaction retombée, elle prend le ton de la confiance afin de signifier au thérapeute les raisons de sa crainte d'exprimer de la colère (s'il meurt, je m'en voudrais de l'avoir disputé car je tiens à lui). Une culpabilité plus personnelle que celle mise en avant auparavant (si je me fâche, il va en chambre). On constate ici une évolution de la qualité de l'échange entre patiente et thérapeute.

Durant les entretiens, une tendance défensive particulière émerge chez la patiente. En effet, elle se réfère souvent au corps médical (précédents thérapeutes, corps soignant, série télévisée américaine). Pour elle, seuls les médecins ont un intérêt pour sa cause (note: ce ne serait donc pas un hasard si la patiente a déjà fait plusieurs thérapies). De plus, elle a recours à de nombreux «pardon? pardon?» après les interventions du thérapeute, comme si leur signification était difficile à entendre, au sens littéral comme au sens figuré.

Conclusion du cas le plus adhérent

La sélection de ce cas est établie sur la base de sa qualité d'adhérence et également sur son intensité, comprise comme la richesse interprétative du thérapeute, ainsi que sur la base des puissants mouvements défensifs identifiés chez la patiente. Ce n'est pas un cas facile, c'est son côté très «mouvementé» qui le rend justement très intéressant.

Le thérapeute est souvent très guidant et questionnant (nombre élevé de 13: guidance explicite et de 21: challenging). Il est aussi interprétatif à de

nombreuses reprises (nombre élevé de 61: confrontation, présence de l'intervention 62: patterns dans le comportement et 64: lier les hypothèses).

En début de séance de fin, on découvre une patiente qui s'exprime davantage sur le versant émotionnel. On observe donc une évolution de la problématique émotionnelle, même si les raisons de ces ressentis restent encore floues pour la patiente. Il est vrai que si un travail d'introspection et de mise en sens est à continuer, le processus thérapeutique semble avoir porté ses fruits concernant cet aspect émotionnel tout du moins. L'entretien se termine dans une forte tension entre la patiente et le thérapeute et s'arrête abruptement sur consigne du thérapeute.

4.3.2 Un cas moins adhérent

Tableau 9. Nombre et pourcentage des interventions présentes dans le cas NR 1150

Catégories CPIRS	Séance début		Séance fin		Total	
	n	%	n	%	n	%
1 Empathie	2	2.2	1	2.3	3	2.3
3 Implication	23	26.4	8	18.6	31	23.8
5 Rapport	1	1.1	1	2.3	2	1.5
7 Rassurance directe	1	1.1	0	0.0	1	0.7
8 Responsabilité à l'extérieur du patient	1	1.1	0	0.0	1	0.7
10 Encouragement visant le soutien	0	0.0	1	2.3	1	0.7
13 Guidance explicite	8	9.2	6	13.9	14	10.7
14 Contrôle actif	1	1.1	0	0.0	1	0.7
21 Challenging	3	3.4	1	2.3	4	3.0
22 Déterminer et suivre l'ordre du jour de la séance	1	1.1	0	0.0	1	0.7
31 Thèmes cognitifs	1	1.1	0	0.0	1	0.7
40 Chercher des explications alternatives	1	1.1	1	2.3	2	1.5
44 Mettre l'emphase sur les sentiments	2	2.3	0	0.0	2	1.5
48 Reconnaître et nommer des sentiments non exprimés	3	3.4	0	0.0	3	2.3
54 Silence	3	3.4	0	0.0	3	2.3
55 Pointer l'attention sur des sentiments inacceptables	3	3.4	4	9.3	7	5.4
59 Interprétation de souhaits, de sentiments ou d'idées refoulées	0	0.0	1	2.3	1	0.7
60 Interprétation de transfert	0	0.0	3	6.9	3	2.3
63 Patterns dans les relations	1	1.1	0	0.0	1	0.7
64 Lier les hypothèses (de manière descriptive)	0	0.0	2	4.6	2	1.5
78 Demander davantage d'informations ou à élaborer	21	24.1	6	13.9	27	20.7
79 Clarification, reformulation dans d'autres mots	11	12.6	6	13.9	17	13.0

Le cas NR 1150 est caractérisé par une qualité d'adhérence plutôt basse comparé au reste de l'échantillon de patients (58.4) et un taux d'interventions psychodynamiques très bas (0.7).

Le sujet est une femme qui souffre de fortes douleurs dans le dos pour lesquelles elle s'est faite opérer. Mais il semble que le chirurgien ait oublié des

vis, ce qui la faisait énormément souffrir, c'est pourquoi elle a dû se faire réopérer. Lors de la séance de début, la thématique du travail est abordée abondamment, car la patiente vient de subir deux licenciements (elle combinait deux travaux) à cause de ses arrêts maladies répétés. Elle accuse le chirurgien d'être responsable de tous ses maux. Lors de la séance de fin, la thématique de la réciprocité est longuement discutée au travers de plusieurs exemples relationnels: sa coiffeuse, son médecin traitant et ses collègues de travail. La patiente est actuellement internée à l'hôpital.

Travail réflexif

Travail réflexif difficile

Le thérapeute demande à la patiente de lui narrer les conditions de son licenciement. Le thérapeute tente de lui faire comprendre que la situation est douloureuse parce que son emploi prenait place dans un environnement qui s'apparentait plus à celui de la vie familiale qu'à celui de la vie professionnelle, et qu'elle ne s'est plus sentie bienvenue.

T: est-ce que- parce que finalement hein, vous décrivez comme ça un investissement assez important dans cette entreprise et : aussi vis-à-vis peut-être du- du patron, hein, de- de- de l'entreprise euh à [79 : clarification, reformulation en d'autres mots]

P: y a jamais eu de familiarité, donc je veux dire. jamais il m'a tutoyée, jamais +je l'ai tutoyé, je veux dire. on est très proche voilà

T: mais en même temps hein, vous dites, vous vous êtes arrangée pour+ votre opération, qui est quand même quelque chose d'important, hein

P: ouais

T: pour euh, vous parliez même de sacrifices hier hein

P: mhm mhm

T: pour euh, pour que ça rentre un petit peu dans les- pas votre plan à vous!

P: mais lui

T: mais les plans, quelque part, de l'entreprise (+:00:07:45)

P: ouais. mais j- moi cette

T: et [79 : clarification, reformulation en d'autres mots, vaut pour les interventions précédentes, cotées comme une seule intervention]

P: entreprise, c'est co -moi j'y travaille comme si c'était à moi

T: ouais [3 : implication]

P: (pleure) j'aimais cette entreprise (p.5, séance de début)

Dans cet extrait, qui intervient en début de séance, la patiente est assez fragile, elle est très vite submergée par l'émotion. Le thérapeute tente d'interpeller les réflexions de la patiente concernant son investissement affectif dans l'entreprise, car c'est celui-ci qui transparait à travers l'investissement matériel si souvent mis en avant par la patiente par la narration des tâches effectuées, du nombre d'heures exécutées, de la charge de travail, etc. C'est cet investissement affectif, qu'elle ne met pas encore clairement en mots, qui semble avoir été affecté et qui l'a fait beaucoup souffrir.

La patiente parle de son médecin principal qu'elle apprécie beaucoup en lequel elle place une confiance absolue, elle fait part de sa manière de travailler.

P: et puis euh, et puis, oui, je sais que lui il fait toujours un petit rapport, quand- chaque fois que je vais chez un médecin. Donc, ben ça c'est- pour moi c'est- c'est comme je vous dis, je- je et je lui ai dit, et que j'ai une entière! confiance en lui, et puis que, vraiment, et ben je le remerciais de tout ce qu'il faisait pour moi et que- que- ouais que toutes les décisions qu'il a prises jusqu'à présent, ben elles ont été- elles ont été les bonnes. voilà

T: vous posez votre confiance absolue [79 : clarification, reformulation en d'autres mots]

P: ah! complète!

T: sans réserve? [21 : challenging]

P: ah ouais! bon, c'est toujours ce que je fais (p.4, séance de fin)

Dans cet échange, la patiente semble idéaliser les figures masculines de pouvoir de son entourage (médecin, patron) contre lesquelles elle peine à avoir un recul critique. Il n'y a pas d'évolution chez la patiente dans sa manière de concevoir la sphère relationnelle: faite de tout ou rien, elle n'est pas enrichie de son ambivalence naturelle (bienfaits et frustrations). Le thérapeute, assez interpellant, tente de mettre en lumière le caractère dichotomique des relations de la patiente.

Travail réflexif plus concluant

La patiente parle de son hospitalisation et du fait que c'est très dur pour elle d'être internée, mais que c'est un mal nécessaire, car elle en a besoin pour comprendre comment elle en est arrivée là.

T: mais vous dites quand même, à l'occasion du licenciement, y a quelque chose qui s'est quand même un peu ébranlé, hein, dans la vision que vous avez, hein, du monde, hein. c'est-à-dire que -- ben habituellement lorsqu'on donne sans compter, on s'attend à, aussi un retour peut-être sans compter non? [40 : chercher des explications alternatives]

P: ben j'ai peut-être ce que j'ai- j'ai pensé. je- ben je pense que tout le monde est comme moi.

T: mhm mhm, mhm mhm

P: je pensais que tout le monde é- était comme moi, que je- je fais,

T: ouais [3 : implication]

P: alors pourquoi les autres ils font pas comme moi? mais: apparemment, ben je me suis trompée sur toute la ligne

*T: ouais, en tout cas là on a un exemple, hein, par rapport à votre licenciement de *Sion, hein*

P: ouais

T: +où [3 : implication, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: pis+ même le dernier, celui que j'ai reçu mercredi (p.16-17, séance de début).

Une plus grande profondeur de l'échange se dégage dans cet extrait. Le thérapeute fait un lien entre la déception décrite par la patiente et la loi implicite du don, qui n'est apparemment souvent pas réciproque dans sa vie (licenciement, travail domestique non équitable). Cependant, la patiente rebondit directement sur le licenciement de son second travail, moins problématique, afin de donner un contenant à la nouvelle perspective mise en lumière. En cela, elle procède à un déplacement¹⁰.

¹⁰ déplacement: «l'affect est exprimé et reconnu, mais redirigé vers une cible moins conflictuelle» (Despland et al., 2010, p.108)

Thérapeute rassurant

Le thérapeute se montre souvent plutôt rassurant et compréhensif face à cette patiente bouleversée par ses licenciements. L'extrait suivant en est une illustration.

La patiente parle de ses parents et du fait qu'à son âge elle soit encore un poids pour eux, à cause de sa dépression et de son hospitalisation.

P: encore, à mon âge, je donne des sour- des soucis (sanglote, halète), pourquoi?

T: mais, hein dans- dans - dans la mesure, hein, où vous êtes quelqu'un, comme vous dites, hein, qui s'investit entièrement, hein, c'est comme si vous deviez un petit peu tout porter, hein, et que tout était de votre responsabilité. alors que peut-être ça ne l'est pas, disons tout n'est pas de votre euh

P: non+

T: responsabilité non plus, c'est-à-dire, que du moment où vous êtes en relation avec quelqu'un d'autre, hein, on prend l'exemple du patron, hein, lui aussi à sa propre pensée, et lui aussi peut prendre des décisions

P: oui

T: hein, qui seraient pas les vôtres mais qui: qui +vous ont en tout cas beaucoup déçues [8 : responsabilité à l'extérieur du patient, vaut pour les interventions précédentes, cotées comme une seule intervention]

P: ben non, c'est - c'est+ c'est pas les mains- les miens. mais c'est - c'est c'est normal. je comprends. moi j'aurais un employé qui- qui a- est absente, je- je m- je- je lui dirais «mais je p.» euh comme il m'a dit. C'est clair qu'il me l'a dit rapidement, parce que ben voilà, je faisais tout. et que lui s'était pas rendu compte

T: s'était pas rendu compte de quoi? [78 : demander davantage d'informations ou à élaborer]

P: de tout- tout le travail que je faisais. c'est quand j'ai été - ben: loin le premier mois, le deuxième mois, où il s'est rendu compte que en fait, lui il rentrait et pis euh, ouais il a - tout était fait.

(p.9, séance de début)

Le thérapeute adopte ici une attitude rassurante et soutenante. La patiente axe souvent son discours autour des raisons potentiellement valables que son patron aurait eu pour la licencier. Ceci démontre un travail à l'oeuvre dans le

psychisme de la patiente qui tente de combattre son sentiment de colère et de déception: pour palier à ces ressentiments, elle met beaucoup d'efforts à comprendre la logique de son patron et à se mettre à sa place.

Mouvements défensifs

Le thérapeute revient à nouveau sur les ressentiments que la patiente pourrait avoir à l'égard de son patron, mais sans grand succès.

T: et comme vous comprenez alors que, hein, ce patron que vous décrivez, hein, comme un patron par ailleurs idéal

P: ouais, plus qu'idéal, je dis (sanglote)

T: plus qu'idéal, vous dites, hein, n'a- n'a pas pu euh attendre votre rétablissement? [21 : challenging, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: ben parce qu'il pouvait pas +il faut être-

T: mmh?+ [78 : demander davantage d'informations ou à élaborer]

P: il faut être réaliste. - il peut pas- il- il s'est- je vous dis, il s'est rendre- il s'est m-mis devant le fait, il pensait que c'était possible, lui il a dit «oh je ferai les devis» mais il s'est rendu compte que quand il rentrait, ben il fallait encore taper les devis

T: mhm mhm

P: que j'ai dû lui apprendre avant de partir aussi, parce que ben justement, il s'en occupait pas. pis après les devis, ben il s'est rendu compte que je revenais pas, il fallait faire encore les factures (p.10, séance de début)

On assiste à une énième tentative du thérapeute afin de questionner la perception de la patiente concernant son patron et ses agissements. Cependant, la patiente nie complètement la responsabilité de son patron dans son licenciement. Elle se place dans une position réflexive qui la rend victime, non pas de son patron contre lequel elle ne peut se révolter car c'est trop douloureux, mais comme victime du mauvais sort contre lequel elle ne peut rien («je ne peux aller contre» revient plusieurs fois dans l'entretien). Cette pensée permet de la protéger de l'éventualité que son patron ne l'a peut-être pas assez estimée pour attendre son retour, ce qui serait trop douloureux pour

cette femme qui s'est investie corps et âme dans son travail, au détriment peut-être de sa vie amoureuse par exemple.

La patiente a longuement parlé de sa relation avec sa coiffeuse, une relation sans déception, ce qui la place au rang des «vraies amitiés», selon elle. Le thérapeute rebondit sur cette histoire en faisant un parallèle avec la thérapie en cours.

T: oui. Et puis en même temps, aujourd'hui c'est un moment un peu particulier, aussi

P: mhm mhm

T: par rapport à la psychothérapie, hein. C'est-à-dire que demain y aura la dernière séance [64 : lier les hypothèses, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: c'est pas ce qui me réjouit le plus hein, je dois dire

T: voilà, hein, et puis je voulais savoir si y avait pas aussi une teinte de déception, par rapport à ça [60: interprétation de transfert]

P: ah ça, oui!

T: c'est-à-dire que euh quelque chose qui- qui finalement ben s'arrête aussi. Après que vous avez pu vraiment vous exprimer

P: mhm mhm

T: sur les choses assez profondes et- et douloureuses, hein, pas toujours gaies et

P: non

T: et que, justement, y avait peut-être, hein, cette- cette- cette fin demain +qui

P: mhm mhm+

T: qui peut [60 : interprétation de transfert, vaut pour les interventions précédentes, cotées comme une seule intervention]

P: même demain mon mari vient me mener

T: mhm?

P: il vient me mener demain

T: ah! d'accord [3 : implication, vaut pour l'intervention précédente, cotée comme une seule intervention]

P: oui. parce que : Il sent que

T: mhm mhm

P: que demain je: je serais pas dans mon meilleur jour

T: mhm mhm

P: bon, c'est le premier mai, donc il a congé. (...)

(p.6, séance de fin)

Dans cet échange, le thérapeute tente de mettre en évidence le ressenti de la patiente par rapport à la thérapie, mais la profondeur de ce questionnement est déplacé par la patiente sur un point plus organisationnel, même si on comprend son lien avec la fin de la thérapie. On peut supposer que cette patiente a plus de peine à investir un travail réflexif profond et préfère s'accrocher aux aspects plus factuels des événements de vie abordés.

On remarque les mouvements défensifs de la patiente qui mettent à l'écart la thématique sous-jacente de la discussion qui peut signifier que la patiente est à nouveau «abandonnée» d'une certaine manière par quelqu'un de confiance (le thérapeute). Pour palier à cette angoisse, elle indique qu'elle n'est pas seule et que son mari est là pour l'accompagner.

Conclusion du cas moins adhérent

La sélection du cas s'est basée sur la mauvaise qualité d'adhérence et la faible présence d'interventions psychodynamiques. On observe une certaine pauvreté du dialogue et une faiblesse du travail thérapeutique dans les entretiens. Malgré les efforts du thérapeute, l'état de la patiente ne semble pas bénéficier d'une grande évolution, elle n'arrive pas à atteindre un enjeu important de ses problématiques: concevoir une relation solide faite également de déceptions et de frustrations, sans que cela mette en péril la raison d'être de cette relation.

Le thérapeute adopte une attitude plutôt rassurante avec peu de remises en question directes (peu de 21: challenging et pas de 61: confrontation). Il met l'accent sur un travail émotionnel (44: mettre l'emphase sur les sentiments, 48: reconnaître et nommer des sentiments non exprimés, 55: pointer l'attention sur des sentiments inacceptables).

L'entretien se termine dans un mouvement de colère de la patiente qui critique le manque d'égard de la part de son employeur à la commune. Le thérapeute tente à nouveau de lui apporter une explication alternative («*T: mais peut-être que, vous voyez, vous Madame, y a peut-être des personnes qui sont moins prévoyantes que vous hein*» p.13, séance de fin) puis la conversation s'arrête sur consigne du thérapeute.

4.3.3 Comparaison des deux cas

La différence flagrante entre les deux cas présentés est la profondeur des dialogues. En effet, dans les entretiens du cas le plus adhérent (R 1003) les thématiques essentielles sont abordées plutôt rapidement et en profondeur. Au contraire, dans les entretiens du cas moins adhérent (NR 1150) la conversation prend souvent un ton journalistique dans une description des événements de vie de la patiente¹¹.

On remarque également une différence supplémentaire concernant l'attitude des deux patientes envers le thérapeute. En effet, la patiente du cas R 1003 est plutôt provocante et acerbe, tandis que la patiente du cas NR 1150 est beaucoup plus bouleversée (pleurs récurrents) et dépendante du thérapeute dont elle demande le soutien et la compréhension. Ces divergences dans le type de dialogue amènent à des niveaux d'évolution différents.

Certaines similitudes sont également à noter. Celles-ci se concentrent sur la personne du thérapeute dont certaines attitudes se retrouvent de manière similaire dans les deux cas. En effet, on remarque que l'investissement du thérapeute est toujours élevé dans les séances avec les deux patientes (nombre élevé de 3: implication). De plus, il est toujours intéressé aux propos de la patiente dont il questionne le sens et fait de nombreux efforts de reformulation afin de clarifier le propos (nombre élevé de 13: guidance explicite ; 78: demander d'avantage d'informations ou à élaborer ; 79: clarification, reformulation dans d'autres mots).

Cependant, l'attitude du thérapeute envers les deux patientes semble différente sur quelques points. Il s'avère que dans le cas le plus adhérent (R 1003), le thérapeute est plus confrontant, fréquemment questionnant et interprétatif. Cette conduite rend le dialogue coloré de fortes tensions et d'une certaine agressivité de la part de la patiente. Tandis que dans les séances du cas moins

¹¹ le mode journalistique «tend à confronter un mode défensif qui laisse le sujet de côté ou inextricablement coincé dans ses difficultés relationnelles» (Despland et., 2010, p.47)

adhérent (NR 1150), le thérapeute axe de manière plus intense ses interventions sur un travail émotionnel et sur les sentiments que la patiente semble renier. Il est possible de supposer que le thérapeute procède à une adaptation à la personnalité de la patiente: plutôt exploratoire avec une patiente provocante, plutôt rassurant avec une patiente imprécise et confuse.

Il semble manifeste qu'il existe de nombreuses différences entre les deux cas présentés, et ce essentiellement concernant la personnalité et l'état affectif des patientes en traitement. Le travail thérapeutique quant à lui est plutôt toujours assez interprétatif, en dépit d'une divergence dans le type de travail effectué (plutôt exploratoire avec l'une et plutôt émotionnel avec l'autre).

En résumé, dans les entretiens, on observe que les caractéristiques des patientes sont très différentes, tandis que la technique du thérapeute est assez similaire. Concernant les attitudes de celui-ci, il s'avère qu'elles prennent une coloration différente en fonction de la personnalité des patientes en traitement, démontrant une certaine capacité d'adaptation du thérapeute.

5. Discussion

5.1 Réponse aux hypothèses de départ

Que fait le thérapeute dans les entretiens?

Les résultats ont infirmé totalement l'hypothèse de départ: il n'y a pas de différence dans la technique du thérapeute dans les entretiens menés avec les patients du PPDH. En effet, il n'y a pas de différence significative dans la qualité d'adhérence et dans le taux des interventions psychodynamiques entre les deux groupes de patients.

Quelle attitude adopte le thérapeute dans les entretiens ?

Les résultats ont infirmé partiellement les hypothèses de départ. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de patients pour l'implication du thérapeute (actif/passif) ainsi que pour l'utilisation des techniques thérapeutiques et des interventions de facteurs communs. En revanche, l'harmonie de communication est toujours plus mauvaise dans la population non répondante, comme supposé au départ.

Quelles sont les interventions caractéristiques de la réponse au traitement?

L'analyse qualitative des deux cas ne permet pas une mise en évidence d'interventions caractéristiques de la réponse au traitement. En effet, il y a une similarité du travail thérapeutique réalisé avec les deux patientes. Même si la nature de ce travail n'est pas exactement la même (exploratoire ou émotionnelle), le thérapeute est interprétatif dans les deux cas. Ce qui diverge fortement entre les deux cas, ce sont les caractéristiques des patientes. Cette constatation met en évidence le rôle important du patient dans la réussite de la thérapie.

5.2 Mise en perspective

La technique du thérapeute

Au contraire de ce que plusieurs auteurs avaient découvert concernant la pureté des interventions du thérapeute (Luborsky et al., 1996, p. 218 ; Luborsky et al., 1985, p. 610), il n'y a pas plus d'interventions psychodynamiques chez les répondants par rapport aux non répondants. Ceci est également valable pour la qualité d'adhérence du thérapeute qui est similaire dans les deux populations. Il s'avère donc que le respect de la technique prescrite n'est pas lié à l'efficacité de la thérapie pour l'échantillon de patients étudié. Ceci est congruent avec plusieurs études mentionnées en introduction (Barber et al., 1996 ; Despland et al., 2010 ; Luborsky & Barber, 1996 ; Ogrodniczuk & Piper, 1999).

Les analyses mettent par contre en lumière des différences dans l'évolution du respect de la technique entre les deux temps de l'intervention. En effet, le taux des interventions psychodynamiques est plus élevé en séance de fin pour les deux populations. De plus, dans la population non répondante, le thérapeute devient plus adhérent en séance de fin également. Le thérapeute respecte donc plus la technique prescrite en fin de processus thérapeutique qu'en début de traitement, surtout auprès de la population non répondante, ce qui est congruent avec les résultats de Banon (2012, p.11).

Ceci peut être mis en lien avec l'amélioration de l'harmonie de communication patient-thérapeute en fin de thérapie: elle permet peut-être au thérapeute une meilleure qualité d'écoute et une plus grande précision dans ses interventions.

L'analyse dévoile également une forte utilisation des catégories «soutien», «direction» et «info». Ceci témoigne de la diversité des interventions utilisées par le thérapeute dans les entretiens. Certains auteurs considèrent cette diversité comme bénéfique pour le processus thérapeutique:

L'adhérence à un modèle n'exclut pas le recours à des pratiques valorisées explicitement par d'autres modèles. (...) ces techniques spécifiques «importées» d'autres modèles indiquent que le

thérapeute fait preuve de souplesse dans ses interventions, qu'il ajuste et adapte son intervention en fonction du contexte. (...) nos résultats reflètent donc cette nécessaire dualité entre spécificité et souplesse. La variabilité rend donc compte également de la souplesse et de l'adaptation du thérapeute aux caractéristiques du patient dans la construction d'une relation thérapeutique.

(Kramer et al., 2005, p.365-366)

Il apparaît que, plus que l'adhérence ou la pureté des interventions du thérapeute, c'est la qualité de ses interventions qui importe pour la réussite de la thérapie (Luborsky et al., 1996, p.220). La qualité des interventions du thérapeute est comprise dans la notion de compétence. Celle-ci est hautement corrélée avec l'adhérence selon Tadic, Drapeau, Solai, de Roten & Despland, (2003, p.154).

La compétence est analysée ici en fonction des résultats thérapeutiques (patient répondant ; patient non répondant). Néanmoins, il serait intéressant de l'observer de manière plus approfondie avec un outil permettant sa mise en évidence dans les entretiens, comme par exemple la Helping Alliance Questionnaire (HAq) (Tadic et al., 2003, p.154).

Les attitudes du thérapeute

Le thérapeute est tout aussi actif dans les deux populations en séance de début et devient plus passif en fin de traitement dans tous les entretiens. Cette diminution de l'implication peut être liée à l'amélioration de l'harmonie de communication patient-thérapeute en fin de traitement: l'échange étant facilité et les problématiques étant explicitées, le thérapeute peut être plus précis et moins intervenant.

En effet, on constate une évolution positive de l'harmonie communicationnelle entre patient et thérapeute en séance de fin dans les deux groupes de patients. Ceci pourrait indiquer que, durant la phase de rencontre, l'échange discursif est très important (le patient doit beaucoup se raconter, le thérapeute doit

questionner pour comprendre) alors que dans la phase de séparation, l'écoute prime et la qualité de l'échange devient meilleure.

Les constats précédents démontrent que le thérapeute adopte une attitude similaire au sein des deux populations. Son attitude ne peut donc pas expliquer à elle seule la différence dans les résultats thérapeutiques observés.

En revanche, la variable concernant l'harmonie de communication peut apporter un début d'explication si l'on considère que celle-ci apporte des indications sur la qualité de l'alliance thérapeutique: l'harmonie communicationnelle étant toujours plus mauvaise dans le groupe des non répondants, l'alliance serait elle aussi de moins bonne qualité dans cette population-ci. Sachant qu'une mauvaise qualité relationnelle peut péjorer le travail thérapeutique, la mauvaise harmonie de communication présente dans le groupe des non répondants peut éclairer quant aux mauvais résultats thérapeutiques. Néanmoins, dans ce travail, l'harmonie communicationnelle patient-thérapeute a été établie sur la base du respect du tour de parole, une variable trop isolée pour rendre compte de la complexité relationnelle au sein de la thérapie. De plus, aucun questionnaire sur l'alliance n'a été utilisé. Les conclusions précédentes sont donc à regarder avec prudence.

L'analyse des deux cas

La présentation des deux cas a permis la mise en lumière d'une différence dans la profondeur des dialogues et dans les caractéristiques des patientes.

La patiente du cas le plus adhérent (R 1003) se révèle très défensive, voire même provocante. L'intensité des échanges se révèle par le biais de plusieurs moments de travail réflexif concluants. Tandis que la patiente du cas moins adhérent (NR 1150) se montre plus fragile et dépendante du thérapeute. Un manque de profondeur se dégage des dialogues.

Les auteurs Luborsky et al. (1971) indiquent que: «during treatment patient do better who are likable and capable of deeply experiencing and reflecting on their experiencing» (p.156), la divergence de profondeur expliquerait alors la

différence d'efficacité thérapeutique. Ces différences de personnalité, de comportements et de mouvements constitutifs des patientes mettent en lumière le rôle important tenu par le patient en thérapie sur les résultats thérapeutiques et sur une possibilité d'évolution.

Ce qui est également ressorti de l'analyse des deux entretiens, c'est qu'il s'avère que le thérapeute s'adapte aux différentes caractéristiques des deux patientes: maintenant un certain niveau interprétatif, il adopte une attitude plutôt exploratoire avec la première et plutôt rassurante avec la seconde. L'adaptation du thérapeute à la patiente permet aux deux patientes d'expérimenter une certaine évolution. Plusieurs auteurs constatent la nécessité et le bénéfice de cette adaptation:

On peut dès lors penser que l'équilibre ou le dosage entre interventions d'exploration et interventions de soutien du thérapeute au cours d'une séance doit être ajusté au niveau de fonctionnement défensif global du patient et que cet ajustement joue un rôle dans la construction d'une alliance thérapeutique solide avec le patient» «(...) le thérapeute devrait se montrer davantage soutenant lorsque le patient présente un niveau de fonctionnement défensif bas, et davantage orienté vers l'interprétation lorsqu'il présente un niveau de fonctionnement défensif plus élevé. (Despland et al., 2010, p.127)

Hoglend et al. (1995) surenchérisent en démontrant le bienfait d'une adaptation aux caractéristiques du patient à la place d'une application rigoureuse de la méthode prescrite:

Adherence to a circumscribed focus and discouragement of digressions may create and maintain a high level of therapeutic tension (Marmor, 1979). High QOR- patients¹² seem more able to tolerate the tension created by high correspondance of

¹² QOR qualité de la relation à l'objet

interpretations. (...) In contrast, the low QOR-patients may perceive the therapist who uses such a technique as a nongratifying object. They may feel criticized, rejected, and dominated. (...) This is consistent with Rosegrant (1984) who argued that an actively focused technique for more dependent patients can not meet their needs for «a holding environment» and would be inappropriate. (...) Patients who are more dependent and who probably struggle with problem of trust, often require unfocused listening and more flexible interventions from the therapist. (p. 625-626)

Dans la même lignée, d'autres auteurs affirment que c'est cette adaptation du thérapeute aux caractéristiques particulières du patient qui permet d'expliquer la faiblesse du lien entre technique et résultats thérapeutiques.

Therapist responsiveness may also help account for the failure of many authors to find significant, positive relations between outcome and seemingly important therapist variables such as adherence and competence. Responsiveness refers to the fact that therapists generally do not deliver predetermined levels of particular interventions but rather adapt their behavior to the emerging context, in particular, patient behaviors. (Webb et al., 2010, p.207)

Ce constat s'ajoute aux résultats précédemment cités par plusieurs auteurs: l'efficacité de la thérapie tiendrait plus à l'attitude du thérapeute qu'à l'application rigoureuse des techniques thérapeutiques. Ces remarques sont à l'image de ce que Luborsky et al. (1985) rapportent dans leur étude:

(...) the major agent of effective psychotherapy is the personality of the therapist, particularly the ability to form a warm, supportive relationship. In fact, the highly consistent finding of nonsignificant outcome differences among conceptually different therapies suggests that the specific type of therapy may be less potent in affecting change than the therapist factors. (p.605)

5.3 Limites

Le travail a amené des éléments de réponse aux hypothèses de départ, mais il comporte plusieurs limites conséquentes.

La première limite concerne la taille de l'échantillon: ce n'est pas tant sa petite taille qui importe, mais plutôt le fait qu'en ayant un petit nombre de cas, les analyses se portent sur une grande diversité de technique du thérapeute. En effet, rappelons que dans l'échantillon de patients étudié, il y a un thérapeute différent pour chaque cas: la diversité de technique pratiquée ne permet pas la mise en évidence d'inférences fiables. Pour cela, il aurait été intéressant d'obtenir plusieurs cas traités par le même thérapeute afin d'en percevoir le style de traitement, et aussi, la stabilité de sa technique.

Une deuxième limite concerne l'outil de cotation utilisé. Le CIPRS focalise son attention sur les énoncés du thérapeute et leur occurrence dans l'entretien, et non sur la justesse ou la qualité de ceux-ci. De plus, le CIPRS divise en petites parties un mouvement d'élaboration qui se déroule en séance entre deux partenaires. Bien que cette approche fournisse un point d'entrée dans l'analyse de l'entretien, on ne peut savoir si une découpe aussi ciblée est plus bénéfique à la compréhension de la situation thérapeutique qu'une approche globale.

La troisième limite concerne la population de patients étudiée. Les patients du PPDH sont une catégorie de patient particulière avec une symptomatologie très grave et non usuelle en consultation. Cette spécificité ne permet pas la généralisation des résultats à toute la population de patients dépressifs en traitement psychothérapeutique.

6. Conclusion

Le présent travail se donne pour objectif d'observer dans quelle mesure il existe une différence de technique et d'attitude du thérapeute dans les entretiens menés auprès des patients qui répondent à la thérapie et ceux menés auprès des patients qui n'y répondent pas. Les analyses statistiques ont permis d'infirmer les hypothèses se rattachant à ces deux thématiques. Globalement, le thérapeute agit de manière similaire dans tous les entretiens: l'application de la méthode, l'évolution de la technique du thérapeute et les attitudes de celui-ci sont les mêmes dans les deux populations. Seule l'harmonie de communication se distingue franchement entre les deux groupes de patients. Ces résultats indiquent que le respect de la technique du thérapeute n'est pas lié à l'efficacité de la thérapie dans cette étude. D'autres variables doivent influencer l'évolution du patient, comme par exemple, l'alliance thérapeutique, la qualité d'objet relationnel et le niveau d'état initial du patient au commencement de la thérapie comme l'ont déclaré plusieurs auteurs déjà cités.

En revanche, il a été mis en avant que la capacité d'adaptation du thérapeute rend les interventions utilisées plus adéquates et qu'elle améliore la qualité de celles-ci. Autrement dit, plus qu'un simple agent d'application de la méthode, le thérapeute fait le lien entre les techniques thérapeutiques et le patient en adaptant les premières à ce dernier, pouvant ainsi favoriser l'évolution chez le patient. Luborsky et al. (1985) l'expriment ainsi: « this in turn suggests that the therapist is not simply the transmitter of a standard therapeutic agent. Rather, the therapist is an important, independent agent of change with the ability to magnify or reduce the effects of a therapy.» (p.609)

Néanmoins, il s'avère que le patient tient aussi un rôle important en thérapie, au regard de l'analyse des deux cas contrastés dans leur évolution et leurs constituants: si le travail thérapeutique est relativement similaire, la personnalité des patientes diverge fortement d'un cas à l'autre pouvant peut-être expliquer la différence d'efficacité thérapeutique. Ceci démontre

l'importance de l'interaction des variables relatives au thérapeute et également celles se rattachant au patient en traitement.

Les résultats indiqués dans ce travail sont certes valides, mais engagent à la prudence quant à la généralisation des conclusions au vu des limites énoncées précédemment. De plus amples recherches sont nécessaires afin de tester les hypothèses qui sont au coeur de ce travail sur un nombre d'entretiens plus conséquent, et aussi afin d'analyser plus en détail les variables comme la qualité des interventions et les moments propices pour celles-ci. Il serait également très intéressant d'intégrer à de futures recherches des questionnaires sur l'alliance thérapeutique et des évaluations concernant les structures de personnalité des patients. Car, s'il est important que le thérapeute puisse s'adapter au patient en traitement, il semble justement essentiel d'avoir plus de connaissances sur le type de patient qui se trouve en consultation.

7. Bibliographie

Livre

[1] Despland, J. N., Michel, L., de Roten, Y. (2010). *Intervention psychodynamique brève: un modèle de consultation thérapeutique de l'adulte*. Issy- les Moulineaux Cedex: Elsevier Masson SAS.

Articles

[2] Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 331-339.

[3] Ambresin, G., de Coulon, N., de Roten, Y., et Depland, J.-N. (2009). Psychothérapie psychodynamique brève de la dépression pour patients hospitalisés. *Psychothérapies, 29*(2), 75-84.

[4] Ambresin, G., Despland, J.-N., Preisig, M., & de Roten, Y. (2012). Efficacy of an adjunctive brief psychodynamic psychotherapy to usual inpatient treatment of depression: rationale and design of a randomized controlled trial. *Psychiatry, 12*(182), 1-9.

[5] Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., Bond, M., de Roten, Y., Hersoug, A. G., & Despland, J.-N. (2012). Therapist interventions using the psychodynamic interventions rating scale (PIRS) in dynamix therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research, 23*(2), 1-16.

[6] Barber, J. P., Crits- Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 619-622.

[7] Butler, S. F., Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1995). Measuring adherence in time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy, 32* (4), 629-638.

- [8] Conus, P., Despland, J.-N., Chanachev, A., Eap, C.B., Mall, J.-F., Ebbing, K., et von Gunten, A. (2013). Psychiatrie. *Revue médicale suisse*, 9, 76-79.
- [9] Cuijpers, p., Clignet, F., van Meijel, B., van Straten, A., Li, J., & Anderson, G. (2011). Psychological treatment of depression in inpatients: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 353-360.
- [10] Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578-582.
- [11] Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer L.-G., & Gagnon R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 190-209.
- [12] Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the collaborative study psychotherapy rating scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 73-79.
- [13] Hoglend, P., & Piper, W. E. (1995). Focal adherence in brief dynamic psychotherapy: a comparison of findings from two independent studies. *Psychotherapy*, 32(4), 618-628.
- [14] Kramer, U., Ambresin, G., de Roten, Y., Fassassi, S., Hedjal, A., Herrera, F., Kolly, S., Pomini, V., Preisig, M., et Despland, J.-N. (2010). Quelle place pour la psychothérapie dans la psychiatrie publique? *Revue médicale suisse*, 6, 1760-1764.
- [15] Kramer, U., de Roten, Y., et Despland, J.-N. (2005). Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies. *Pratiques psychologiques*, 11, 359-370.
- [16] Luborsky, L., & Barber, J. P. (1996). Benefit of adherence to psychotherapy manuals, and where to get them. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 211-225.

- [17] Luborsky, L., Chandler, M., & Bachrach, H.M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 75 (3), 145-185.
- [18] Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- [19] Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (1999). Measuring therapist technique in psychodynamic psychotherapies. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8(2), 142-154.
- [20] O'Malley, S. S., Foley, S. H., Rounsaville, B. J., Watkins, J. T., Sotsky, S. M., Imber, S. D., & Elkin, I. (1988). Therapist competence and patient outcome in interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4), 496-501.
- [21] Riedel, M., Möller, H.-J., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Bauer, M., Adli, M., Kronmüller, K., Nickel, T., Brieger, P., Laux, G., Bender, W., Heuser, I., Zeiler, J., Gaebel, W., & Seemüller, F. (2010) Response and remission criteria in major depression. A validation of current practice. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 1063-1068.
- [22] Schaffer, N.D. (1982). Multidimensional measures of therapist behavior as predictors of outcome. *Psychological Bulletin*, 92(3), 670-681.
- [23] Schneider, F., Härter, M., Brand, S., Sitta, P., Menke, R., Hammer-Filipiak, U., Kudling, R., Heindl, A., Herold, K., Frommberger, U., Elmer, O., Hetgel, G., Witt, G., Wolfersdorf, Berger, M., & Gaebel, W. (2005). Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. *British Journal of Psychiatry*, 187, 462-469.
- [24] Shapiro, D., & Startup, M. (1992). Measuring therapist adherence in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy Reserach*, 2(3), 193-203.
- [25] Tadic, M., Drapeau, M., Solai, S., de Roten, Y., & Despland, J.-N. (2003). Development of a competence scale for brief psychodynamic investigation: a pilot study. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 154 (1), 28-36.

- [26] Trijsburg, W. R., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenvoorden, H.J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12*(3), 287-317.
- [27] Trijsburg, R.W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R.M., Joosten, S., Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research, 14*, 346-366.
- [28] Trijsburg, W. R., Trent, S. T ., & Perry, C.J. (2004). An empirical study of the differences in interventions between psychodynamic therapy and cognitive-behavioural therapy for recurrent major depression. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 12*, 325-345.
- [29] Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61* (4), 620-630.
- [30] Webb, C. A., DeRubeis, R., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence / competence and treatment outcome: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 200-211.

9. Résumé

Résumé

Les déterminants de l'efficacité thérapeutique sont multiples. Des études précédentes ont pris le parti de mettre en lien la technique utilisée par le thérapeute et l'efficacité de la thérapie, mais les résultats sont mitigés.

Avec le même objectif, ce travail analyse les interventions du thérapeute par le biais d'un outil de cotation, le CIPRS, afin de définir dans quelle mesure il existe des différences de technique et d'attitude du thérapeute dans les entretiens recueillis. L'échantillon d'entretiens est composé de dix séances répondantes et de dix séances non répondantes à la thérapie. Les patients sont pris en charge dans le programme pour patients dépressifs hospitalisés (PPDH) qui propose une psychothérapie brève de douze séances sur quatre semaines.

Les analyses portent sur l'occurrence des interventions, l'adhérence, les interventions psychodynamiques et plusieurs attitudes remarquables dans les entretiens menés auprès de la population répondante et auprès de la population non répondante. Il est supposé que la technique et les attitudes du thérapeute sont différentes d'une population à l'autre. Les résultats infirment cette hypothèse: le thérapeute agit de manière très similaire dans les deux groupes de patients. Ce qui signifie que le respect de la technique n'est pas en lien avec l'efficacité thérapeutique. L'analyse approfondie de deux cas permet l'ébauche d'une explication: le patient aurait également un rôle à tenir dans sa possible évolution.

Mots-clés: thérapeute, technique, adhérence, attitudes du thérapeute, efficacité

Abstract

Determiners of the therapeutic efficiency are multiple. Previous studies try to link variables such as the technique used by the therapist and the efficiency of the therapy, but the results are disappointing.

With the same goal, this work analyzes the interventions of the therapist with the CIPRS, a tool of quotation, to define to what extent there are differences of technique and attitude of the therapist in the sessions analyzed. The sample consists of ten sessions with therapeutic success and ten sessions with therapeutic failure. The patients are taken care in the program for depressive hospitalized patients (PPDH) which proposes a brief psychotherapy of twelve sessions in four weeks.

The analyses concern the occurrence of the interventions, the adherence, the psychodynamic interventions and several remarkable attitudes in therapy led with the two groups of patients. It is supposed that the technique and the attitudes of the therapist will be different from a population to an other. The results refute this hypothesis: the therapist acts in a very similar way in both groups of patients. What means that the respect of the technique is not linked with the therapeutic efficiency. The thorough analysis of two cases allows the start of an explanation: the patient would also have a role to be held in the possibility of his evolution.

Key words : therapist, technique, adherence, therapist's attitudes, efficiency