



Paradoxes de la position du/de la psychothérapeute entre pratique et recherche

Dominique MERG-ESSADI

Psychologue-psychothérapeute et chargée de recherche en psychologie
PSInstitut Strasbourg

Marie-Frédérique BACQUÉ

Professeure de psychopathologie clinique
Université de Strasbourg, Laboratoire SuLiSoM (UR 3071)

Résumé

La recherche en psychothérapie, qu'en général la/le le psychothérapeute peut conduire seul-e à partir de sa propre pratique, conduit à un doublement du paradoxe de l'observateur. D'une part, comme dans la plupart des recherches en sciences humaines et sociales, l'observateur, que l'on pose comme ayant pour but la production de connaissances, fait partie du site de l'observation. D'autre part, l'observateur ne fait pas seulement partie de la pratique observée, il intervient plus ou moins activement sur le site de celle-ci.

L'article expose la mise en place d'une recherche sur l'impact d'une thérapie EMDR auprès de femmes perturbées par un vécu traumatique de leur accouchement. Le dispositif de recherche prévoit de séparer les positions d'informateur, de thérapeute et de chercheur, qui sont portées par des personnes différentes. Mais il ne lève pas toutes les distorsions résultant de la multiplication des interlocuteurs (soignants, chercheurs, patientes, comité d'éthique, etc.) et donc des étapes dans la construction de l'étude et dans la remontée des informations.

Abstract

Research in psychotherapy, which in general the psychotherapist can conduct alone from his/her own practice, leads to a doubling of the observer's paradox. On the one hand, as in most research in the humanities and social sciences, the observer is part of the site of the observation. On the other hand, he is not only part of the observed practice, he intervenes more or less actively on the site of the latter.

The article presents the implementation of a research program on the impact of EMDR therapy on women disturbed by a traumatic experience of childbirth. The research method plans to separate the positions of informant, therapist and researcher, which are held by different people. But it does not remove all the distortions resulting from the multiplication of interlocutors (caregivers, researchers, patients, ethics committee, etc.) and therefore of the stages in the construction of the study and in the feedback of informations.

Mots-clés

Paradoxe de l'observateur – Psychothérapie – Méthodologie – TSPT Trouble de stress post-traumatique – EMDR

Keywords

Observer's Paradox – Psychotherapy – Methodology – PSD Post-traumatic stress disorder – EMDR

La recherche en psychothérapie, qu'en général la/le psychothérapeute peut conduire seul-e à partir de sa propre pratique, la/le confronte à un doublement du paradoxe de l'observateur. D'une part, comme dans la plupart des recherches en sciences humaines et sociales, l'observateur, que l'on pose comme ayant pour but la production de connaissances, fait partie du site de l'observation. Il n'observe pas seulement ce qui se passe chez

son patient : il observe ce qui se passe en lui-même et entre lui et son patient. Le thérapeute exerce selon sa formation, son expérience acquise et son référentiel (Bion 1974 [2012], Delion 2008, Ciccone 2019). En effet, la réalité psychique n'est pas observable en soi. Elle est reconstruite à partir de l'observation de ses effets verbaux et non verbaux. D'autre part, la pratique observée n'a pas pour but premier la production de connaissances, comme l'aurait un entretien de bilan avec passation de tests psychologiques : elle a pour horizon un changement personnel demandé par le patient, qui consulte la/le psychothérapeute pour cela. L'observateur ne fait donc pas seulement partie de l'observation, il intervient plus ou moins activement sur le site de celle-ci. Sont donc aussi en jeu les intérêts conscients et inconscients du thérapeute, qui est également à l'initiative de la recherche.

Par ailleurs, la recherche en psychothérapie s'appuie sur l'élaboration et la mise à l'essai d'outils sur un nombre nécessairement limité de patients, et donc plutôt sur la méthode des cas que sur des études quantitatives sur des grandes populations. De ce fait, et depuis notamment l'expertise de l'INSERM de 2004, les psychothérapies de type psychanalytique se trouvent contestées dans leur fondements théoriques et leur efficacité, sur l'argument général d'une absence de légitimité scientifique au regard des critères de l'Evidence Based Medicine (INSERM 2004). Plus récemment, l'étude de T. Rayberon (2021) souligne que la clinique psychothérapique est une clinique de l'incertitude de par sa nature même. Il en résulte une angoisse fondamentale qui étreint tout thérapeute concernant sa pratique et qui le conduit à la peur de mal faire, voire de faire (du) mal.

Sans entrer directement dans les débats que suscite la question de la scientificité des psychothérapies (Marison *et al.* 2000, Navarro 1997) et des recherches qui sont issues de l'expérience des psychothérapeutes (Thurin 2004, Despland 2018), nous proposons d'exposer une méthode que nous avons mise en place pour évaluer l'une de ces pratiques, l'EMDR (acronyme pour *Eye Movements Desensitization and Reprocessing*). Cette est psychothérapie a montré son efficacité dans la prise en charge des troubles de stress post-traumatique (TSPT) (Shapiro 2014 [2018], Tarquinio 2021). Nous avons choisi de l'appliquer à une situation particulière, celle des femmes perturbées par un vécu traumatique de leur accouchement. Cette recherche, intitulée ACTES (Accouchement Choc Traumatisme Elaboration Subjectivité) est encore en cours au moment où nous publions. Nous pouvons cependant d'ores et déjà identifier certains points d'articulation où se jouent différentes problématiques :

- de cadre institutionnel : entre hôpital, laboratoire universitaire, institut privé de recherche ;
- de discours : entre médical et psychologique notamment ;
- de places ou de positions : soignants, psychologues chercheurs, psychothérapeutes, patientes ;
- de mouvements internes au thérapeute.

DESCRIPTION DU DISPOSITIF

1. Contexte et intérêts scientifiques et thérapeutiques

Cette recherche naît du souhait d'améliorer la prise en charge psychothérapeutique des femmes qui ont vécu leur accouchement de manière traumatique. Il s'agit de prévenir le développement d'états psychopathologiques ultérieurs éventuels en lien avec ce vécu traumatique. Sont visés en particulier les TSPT, le risque de dépression du post-partum, de décompensation, ainsi que l'influence du traumatisme sur le désir ou non d'enfant par la suite.

Des études récentes ont mis en évidence des résultats prometteurs pour la prise en charge des accouchements traumatiques (Geller & Stasko 2017, Guedeney & Fermanian 1998, Sandström *et al.* 2008, Zimmermann 2019, Zolghadr *et al.* 2019). Mais elles portent sur des évaluations à deux mois au plus, à partir de quelques séances d'EMDR. Ce qui permet effectivement de vérifier la survenue ou non d'un TSPT dans ce délai assez court, mais laisse en suspens les effets d'une éventuelle réactivation du traumatisme (notamment à un an, à la date anniversaire de l'évènement) ainsi que les risques de dépression, qui interviennent plus tardivement, ou l'impact plus lointain encore sur la place de l'enfant dans sa famille, et sur le désir d'être à nouveau enceinte.

2. Objectifs

L'objectif principal est d'évaluer les bénéfices de la psychothérapie EMDR à plus d'un an. Le dispositif est basé sur l'appréciation par les patientes elles-mêmes des effets de la psychothérapie, appréciation recueillie par entretien après chacune des séances, et par des entretiens semi-directifs et passation d'échelles à un mois, six mois, douze mois et dix-huit mois.

Les objectifs secondaires visent la santé mentale de la femme perturbée par le vécu de son accouchement. Il s'agit aussi de repérer si la prise en charge psychothérapeutique du vécu traumatique de l'accouchement peut avoir un effet sur la dépression post natale.

Il est déjà établi par les précédentes recherches que l'utilisation de la thérapie EMDR permet l'apaisement émotionnel immédiat des patientes ayant un vécu traumatique de leur accouchement. L'hypothèse opérationnelle est d'une part que l'intervention dans les suites immédiates de l'accouchement traumatique prévient le développement du TSPT et/ou de la dépression post-partum et d'autre part que la thérapie EMDR facilite la reconstruction des relations aux autres et à soi-même après un accouchement traumatique.

De plus, l'hypothèse complémentaire est que la diminution de la symptomatologie n'est pas que momentanée, mais qu'elle permet aux patientes d'inscrire l'accouchement difficile dans leur histoire, et que l'apaisement relatif à la question de l'accouchement est pérenne. Les patientes, selon cette hypothèse, accèdent, grâce à l'EMDR, à une capacité à perlaborer (intégrer) les expériences vécues. Accéder à cette opération mentale permet de contenir les états affectifs sans chercher à les contrôler. Allen et Fonagy (2006) définissent la mentalisation comme « Percevoir et interpréter ses propres comportements et ceux des autres comme liés à des états mentaux », ce que résume l'expression « holding mind in mind » pour intégrer l'évènement. Nous posons que dans des situations de choc lié à un vécu traumatique d'accouchement, la psychothérapie par EMDR favorise l'accès à l'élaboration. Nous prévoyons d'étudier si ce travail est possible après une thérapie EMDR dans les suites immédiates d'un traumatisme associé à l'accouchement, mais aussi à distance de l'évènement déclencheur ou activateur du traumatisme.

Par exemple, on sait que la réaction maternelle pourrait être de ne plus vouloir évoquer l'évènement, mais de s'enfermer dans un refus de grossesse ultérieure par association au vécu traumatique. Un des effets de la thérapie EMDR serait de lever ce type de blocages, notamment en permettant l'accès à l'élaboration et en réactivant des mémoires de moments heureux.

LA MÉTHODOLOGIE ET LES ÉTAPES DE SA CONSTRUCTION

Plusieurs acteurs vont intervenir auprès des patientes à qui l'étude est proposée : soignants, psychothérapeute, psychologues recueillant les entretiens, ...

Le dispositif prévoit en effet dès l'origine une démultiplication de ces différentes places, qui vont être portées par des professionnel·le·s également différent·e·s. Ce dépliage du dispositif vise à « isoler » en quelque sorte la psychothérapeute dans sa seule fonction de thérapeute, sur le temps qui sera nécessaire pour chaque patiente. La durée de la psychothérapie sera à l'appréciation de la patiente. Les séances de psychothérapie sont enregistrées, retranscrites, et sont ensuite anonymisées par la thérapeute elle-même.

Les évaluations consécutives à la thérapie (quatre temps répartis entre un mois et dix-huit mois après la thérapie) sont effectuées par des psychologues cliniciennes ayant pris l'engagement de suivre les patientes sur la totalité de la durée de la recherche.

Puis, ces évaluations retranscrites et anonymisées sont transmises, ainsi que les retranscriptions des séances de thérapie avec la psychothérapeute, aux chercheurs psychologues membres du laboratoire universitaire SuLiSoM de l'Université de Strasbourg. Ces derniers n'ont de leur côté participé, ni au déroulement de la thérapie, ni même à la proposition faite aux patientes de suivre cette dernière : ce sont les personnels de l'hôpital qui font cette proposition.

Ce cloisonnement idéal va très vite être confronté aux contraintes institutionnelles, aux discours scientifiques et éthiques, et au quotidien des pratiques, qui à chaque étape vont obliger à des retours sur la méthode, et en fait interroger la possibilité même d'une recherche « objective ». A fortiori le contre-transfert de la thérapeute chercheur impliquée dans le projet devra être repéré.

1. La conception du projet

Au moment où le projet ACTES se dessine, Dominique Merg-Essadi (DME par la suite) est psychologue aux HUS (Hôpitaux Universitaires de Strasbourg), où elle propose des séances de thérapie EMDR aux patientes accueillies au Pôle Mère-Enfant depuis 2017. Elle est par ailleurs chercheuse associée au laboratoire universitaire SuLiSoM depuis 2019. C'est dans ce dernier cadre qu'elle initie un projet sur les effets à long terme de cette thérapie.

Dès l'origine, la psychothérapeute n'est pas une contributrice neutre, venue de l'extérieur du projet, que l'on solliciterait une fois ce dernier élaboré entre chercheurs, pour ainsi dire à « bureau fermé ». Elle porte en fait le projet, on la trouve à son origine et on la retrouvera à un moment donné ou un autre à l'issue de celui-ci, pour contribuer à l'analyse des résultats, ou tout au moins discuter les interprétations que les chercheurs feront des résultats.

Mais même si elle n'avait pas cette position initiatrice, la/le psychothérapeute que l'on solliciterait de participer à ce projet ne peut qu'être inclus dans la conception même de ce dernier : il n'en est pas qu'un instrument, il est de la cohérence du projet que le thérapeute le coconstruit avec les chercheurs.

2. La rencontre avec les soignants du service

DME propose la recherche à ses collègues médecins et sage-femmes du service. Ceux-ci posent d'emblée la question du biais d'une recherche en psychothérapie : comment éviter ou évaluer l'influence de la position de la thérapeute qui est en même temps instigatrice de la recherche ? En fonction de leur formation médicale, ils envisagent une étude randomisée, si possible multicentrique. Le meilleur moyen d'objectiver les effets de la thérapie serait de comparer avec une autre thérapie, ou de comparer deux thérapeutes pratiquant la même thérapie. Une telle étude se verrait de toute façon objecter le faible effectif de la population de patientes.

Ce qui est néanmoins retenu de ces échanges, c'est que la proposition de participer à l'étude sera faite aux patientes, non par la thérapeute, mais par les soignants. Cette dissociation des places à l'entrée des intéressées dans le dispositif permet effectivement de contourner un biais initial qui serait celui de la sélection par la thérapeute des candidates présentant un meilleur pronostic...

3. La rencontre avec les psychologues du service

Les psychologues du service expriment leurs réserves sur l'approche Evidence Based Medicine de leurs collègues soignants : comment éviter de tomber dans une vision restrictive des effets mesurables d'une psychothérapie, qui impliquerait de ne retenir que ce qui est directement observable, à savoir l'apaisement des symptômes ? De plus, le risque serait de discréditer d'autres approches, comme la psychanalyse, socle de la relation thérapeutique pour l'ensemble des psychologues du Pôle Mère-Enfant, y compris DME elle-même.

Nos recherches préalables nous informent du reste que les meilleures études comparatives entre des orientations thérapeutiques différentes montrent des différences régulièrement faibles ou négligeables, ce qui a été décrit comme « le paradoxe de l'équivalence » (Lambert & Ogles 2004)

Les collègues psychologues des HUS expriment leur préférence pour une approche qualitative, qui privilégie l'étude de l'effet de la thérapie chez la patiente, au cas par cas. Le dispositif ne retiendra pas l'étude comparative : il n'y aura qu'une seule thérapeute, puisqu'étudier la thérapie, c'est aussi étudier la relation que cette thérapeute met en place.

D. Castro (2020) détaille les étapes de la recherche mixte qualitative et quantitative. Les rapprochements entre recherche et pratique mettent en évidence l'apport des psychologues cliniciens. En effet, la méthodologie de l'évaluation des psychothérapies peut permettre aujourd'hui d'appréhender ses dimensions spécifiques.

Le maintien d'une seule thérapeute pour l'étude répond aussi à un souci éthique, chaque clinicien intégrant au fil de son expérience des référentiels qu'il s'approprie. En effet, « chaque cas suivi entre dans l'expérience et cette expérience, cumulée et confrontée à celle d'autres praticiens, est associée à celle des options thérapeutiques. Les études portant sur les psychothérapies font apparaître chez les thérapeutes un « emprunt » d'ingrédients « externes » à leur théorie de référence d'autant plus important que leur expérience s'allonge. Pour le monde de la recherche, le référentiel est actuellement ce qui émerge d'études contrôlées ou épidémiologiques. Ce sont les données issues des conditions expérimentales ou des grands nombres qui parlent, avec toutefois le problème de la « fabrication » de ces données. La possibilité de les recueillir aura dû en effet souscrire à des règles particulières strictes pour acquérir une certaine valeur, ou passer par des réductions telles, du point de vue qualitatif, que les résultats devraient être accueillis avec une grande prudence s'ils restent isolés d'études de cas soigneusement menées » (Thurin *et al.* 2006, se référant à Ablon & Jones 2002).

4. La soumission du projet à un comité d'éthique

Deux possibilités se présentent au moment d'obtenir l'aval d'un comité d'éthique, qui permettent de confronter des logiques institutionnelles et des cadres de pensée différents.

Le projet ACTES est soumis à l'avis de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) des Hôpitaux universitaires de Strasbourg. Comme ce projet entre dans la catégorie des recherches sur la personne humaine, l'examineur va se positionner au regard de la Loi Jardé sur la recherche biomédicale. Une première difficulté porte sur l'inscription institutionnelle du projet. Pour qu'il se déroule aux HUS, il faut que le ou la responsable scientifique du projet soit un personnel de l'établissement. Ce ne peut être Marie-Frédérique Bacqué car elle est rattachée à l'Université. La thérapeute DME est en fonction aux HUS à ce moment-là, mais son statut exclut qu'elle soit responsable scientifique. Ce devrait donc être le médecin chef de service, lequel accepte de donner son accord, mais n'est pas vraiment impliqué dans ce projet.

Une seconde objection au projet porte sur la protection des personnes. Les quatre entretiens qui sont prévus se présentent comme des contraintes imposées aux patientes : le projet devrait donc être soumis au Comité de protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales (CPPRB). Cette procédure peut durer plusieurs mois. Il n'est pas possible de renoncer aux entretiens d'évaluation qui sont au fondement de la méthodologie mise en place. Mais comment réduire le délai de l'examen par le CPPRB pour que l'étude commence tant que la thérapeute exerce aux HUS ? Il est en effet dans ses projets, on le verra plus loin, de changer d'employeur.

Dans le même temps, le projet est soumis au Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université de Strasbourg. À la différence de la DRCI des HUS, ce sont des psychologues qui rendent un avis sur un projet de recherche en psychologie. Le comité demande des précisions pour que soit assuré l'anonymat des entretiens, aussi bien avec la thérapeute qu'avec les psychologues chargé(e)s des entretiens d'évaluation. Par ailleurs, les quatre entretiens devront être effectués par la même psychologue pour une patiente donnée sur toute la durée de la recherche. Moyennant ces précisions, l'avis du comité est favorable.

Cet avis du Comité d'éthique de la Recherche de l'Université permet de contourner les réserves de la DRCI et de commencer la recherche dans le cadre des HUS.

5. La sélection des patientes

La recherche démarre donc selon la procédure mise en place : ce sont, selon les cas, les médecins, les sage-femmes et/ou les psychologues du service, collègues de DME, qui présentent l'étude aux patientes et leur font la proposition d'une thérapie EMDR associée à des entretiens ultérieurs d'évaluation, jusqu'à dix-huit mois. Le

protocole prévoit que ce sont aussi ces soignants qui, après acceptation de la proposition, recueillent le consentement signé des intéressées. DME reçoit ensuite ces dernières.

Les rôles sont donc a priori clairement distribués. Mais DME n'est pas qu'une exécutante en quelque sorte « muette » d'une prescription. Les premiers contacts montrent que les patientes lui posent des questions qu'elles n'ont pas pensé à poser au moment où la proposition leur était faite, et la thérapeute doit donc parfois apporter un complément d'information.

La participation à la recherche implique par ailleurs le consentement « éclairé » de la part des patientes, et un engagement une fois cet accord donné. Dans les faits, certaines patientes restent hésitantes, non pas sur la thérapie, mais sur leur participation à la recherche. Elles demandent donc s'il leur est possible de commencer la thérapie en se réservant de décider plus tard d'entrer dans le dispositif de recherche, ou s'il est possible d'entrer dans le dispositif de recherche et de renoncer par la suite tout en poursuivant la thérapie. DME, après discussion avec ses collègues, décide d'accepter ces écarts par rapport au protocole. Elle accueille des demandes « d'essai » avant signature du consentement. Dans d'autres cas, une situation d'urgence requiert la proposition de thérapie et il est délicat de demander à la patiente de signer préalablement un consentement à la recherche ; la proposition lui est faite par la suite.

Toutes ces situations montrent une réalité « chaotique » du terrain qui résiste souvent à la mise en place d'un protocole idéal.

6. Modification du statut de la thérapeute et nouveau partenaire institutionnel

DME débute les thérapies en décembre 2020. Conformément au protocole établi, elle enregistre les séances et les transcrit après coup en les anonymisant.

En avril 2001, DME a l'opportunité d'être embauchée comme chargée de recherche en psychologie à PSInstitut, poste qui lui permet de se consacrer entièrement à son domaine de recherche, l'évaluation des effets de la thérapie EMDR. Cette prise de poste implique une demande de disponibilité par rapport à son emploi dans la fonction publique : PS Institut est une société de recherche privée. La négociation de ce changement de statut se fait sous condition que DME puisse continuer à participer au projet de recherche qu'en réalité elle porte depuis le début.

Ainsi, tout en continuant à occuper la même place dans le dispositif, celle de thérapeute, DME change de statut : du public au privé, mais aussi d'un emploi de psychologue en hôpital à une fonction de chercheur à temps plein.

Par ailleurs le dispositif implique désormais un partenariat à trois, entre les Hôpitaux, l'Université et une société privée. L'introduction du nouveau partenaire n'est probablement pas sans effets, qui mériteront d'être évalués au moment de l'analyse. On peut supposer que d'être salariée par une société extérieure au monde hospitalier, et sur un poste explicite de chercheuse, établit une meilleure distance au terrain. D'un autre côté, les premiers mois montrent que les recrutements de participantes à la recherche s'en trouvent affectés : DME n'est plus au contact quotidien de ses collègues chargé(e)s du recrutement, lesquelles n'ont plus le réflexe de faire la proposition à leurs patientes. L'inclusion des patientes se termine en octobre 2021, l'objectif des 30 inclusions a été atteint, et le dispositif de l'étude est exposé lors des journées de périnatalité du réseau Grand Est en novembre, puis lors de la journée d'étude organisée par PSInstitut à Strasbourg en décembre.

7. Les séances de psychothérapie EMDR

Il est utile de décrire un peu plus en détail le déroulement des séances de thérapie.

Les patientes sont approchées, soit directement à leur chevet à l'hôpital, dans les suites immédiates de l'accouchement, soit à distance de l'évènement (six semaines à deux ans ou plus après la naissance). La première prise de contact peut se faire dans une situation d'urgence : le médecin ou la sage-femme interpelle DME devant un tableau clinique de stress majeur dans les suites d'un accouchement particulièrement choquant (accouchement

sans péridurale et/ou avec extraction instrumentale, césarienne en urgence, hémorragie massive, etc.). Dans ces situations, le protocole R-TEP (Recent Traumatic Episode Protocol), indiqué en cas d'urgence, est appliqué d'emblée. La thérapeute travaille avec des outils d'apaisement basés sur la respiration, sur la sensorialité, en vue de mettre en place un lien sûr avec la patiente. Ce n'est que dans un second temps que l'on peut présenter l'objet de l'étude et demander le consentement pour y participer.

Le contact peut aussi être pris suite à la recommandation du médecin ou de la sage-femme, après le retour à domicile. Dans ces cas, un rendez-vous est pris dans les locaux du Pôle Mère-Enfant des HUS. Dans un premier temps la thérapeute propose d'expérimenter les outils de stabilisation, fournit elle-même les explications sur le protocole de l'étude et le mode de fonctionnement de la thérapie. Si la patiente est en mesure de s'exprimer, la thérapeute peut repérer les points traumatiques émergents, et guider les séances selon le protocole classique en huit phases de l'EMDR. Le déroulement sera adapté à chacune, sachant qu'il n'est pas indiqué d'aller au-delà de ce que chaque patiente se sent prête à travailler. Le nombre de séances n'est pas prédéterminé, il dépend de la résolution des TSPT pour chacune des patientes. Le lieu des rendez-vous est toujours au début dans les locaux des HUS. Si une patiente choquée par son accouchement n'est pas prête à revenir tout de suite sur les lieux, la convention établie avec le chef de service et les HUS autorise à organiser un rendez-vous dans l'un ou l'autre des sites du Pôle Mère-Enfant, qui se situent dans deux établissements distincts. Par la suite, s'il y a nécessité pour la patiente de prolonger les séances mais qu'il devient compliqué pour elle de trouver un créneau pour se déplacer, il lui est proposé un travail en visioconférence. C'est une pratique validée et déjà expérimentée en EMDR.

Au début d'une séance, la thérapeute invite la patiente à visualiser une scène précise qui reste choquante pour elle, elle lui demande d'évaluer le niveau de perturbation généré par cette évocation, sur une « échelle des unités subjectives de perturbation », permettant de mesurer de 0 à 10 l'intensité subjective de la perturbation ou de la détresse subie par un individu. L'échelle SUD ou SUDS (pour Subjective Units of Distress Scale) a été développée par Joseph Wolpe en 1969. Ses travaux, traduits et commentés par A. Lazarus (1996), sont une base détaillée des méthodes comportementales de désensibilisation des troubles anxieux et à des fins de recherche. Cette étape fait habituellement partie de la prise en charge en EMDR. DME fait passer également l'échelle d'évaluation du TSPT, habituellement après un mois de l'évènement potentiellement traumatique. Mais dans le cadre de la recherche, cette échelle est administrée à toutes les patientes dès avant le délai d'un mois, afin d'avoir une mesure de départ. L'échelle de mesure de la dépression postnatale en revanche n'est passée que si sont repérés des signes cliniques de dépression. La thérapeute discute avec la patiente de l'orientation vers un psychiatre lorsque cela lui apparaît indiqué. C'est en accord avec la patiente que les séances de psychothérapie s'achèvent. C'est alors le moment de lui rappeler le protocole de la recherche et la mettre en lien avec la psychologue en charge des temps d'évaluation.

Deux vignettes cliniques permettent d'illustrer les modalités de travail et les possibilités d'ajustement.

Mme FA est adressée le lendemain de son accouchement, la sage-femme lui a déjà présenté l'information sur la recherche et la possibilité du recours à une psychothérapie EMDR. Perturbée par son accouchement, désespérée, elle a accepté. La sage-femme et le conjoint de Mme FA avaient tenté de la rassurer, de lui dire qu'elle avait bien fait tout ce qu'elle pouvait, mais elle se sentait épuisée, détachée, incapable de regarder son bébé. Pour Mme FA, prostrée, c'était comme si elle venait de vivre un accident de voiture où elle n'avait rien pu maîtriser. Aux différentes options pour travailler avec elle en EMDR, elle choisit que son conjoint reste présent et entoure le bébé durant la séance. DME procède par étapes, la met en sécurité, active la désensibilisation. Les associations se succèdent, par le canal visuel, sensoriel puis cognitif. Ses perceptions se modifient jusqu'à s'inverser, et elle ressent une grande fierté de son accouchement. Après la séance, elle est enthousiaste et peut regarder avec tendresse son bébé. Le conjoint n'en revient pas. Il dira « j'ai cru que tu avais dit ça pour faire plaisir à la psychologue ». DME reprend le lendemain, pour confirmer la stabilisation émotionnelle. Le cadre du protocole, qui consiste à revenir sur les sensations initiales déjà éprouvées par la patiente, en les retraçant et en évaluant le présent puis en organisant un rendez-vous pour explorer le futur, permet à DME d'éviter de se laisser contaminer par l'enthousiasme ambiant. Hors ce cadre de recherche, la séance supplémentaire à distance n'aurait peut-être pas été envisagée.

Mme KA est rencontrée dès le premier jour de son accouchement. La symptomatologie est bruyante : accès de larmes, angoisse, incapacité à respirer et à s'occuper du bébé. Il fait dans un premier temps travailler l'apaisement.

DME lui propose ensuite la thérapie EMDR et la possibilité d'intégrer la recherche. Là aussi, le conjoint reste dans la chambre et peut constater une amélioration. Cette amélioration est temporaire. Les sensations corporelles d'étouffement réactivent des moments anxigènes de l'enfance. Mme KA se revoit enfant, enfermée dans le placard chez son père. L'histoire de Mme KA révèle une enfance heureuse jusqu'au décès de sa mère lorsqu'elle avait sept ans. C'est là qu'ont commencé les premiers signes de la maladie cardiorespiratoire pour laquelle elle est suivie et traitée sur le plan médical. Nous pouvons considérer qu'il s'agit d'un cas complexe. Aujourd'hui, après un an de suivi, la question de l'accouchement traumatique n'active plus de symptômes. Au point que Mme KA peut envisager l'hypothèse d'un second enfant. Mais ce n'est pas encore un projet du couple : la maladie de Mme KA avait fait dire aux médecins qu'une grossesse était proscrite, et l'accouchement a été traumatique pour Mme KA, pour son conjoint, probablement aussi pour le bébé, et également pour toute l'équipe soignante.

La question est dès lors celle de la poursuite d'un travail thérapeutique au-delà de la fin des séances prévues par le protocole de la recherche. Et faut-il inclure les résultats de ce travail supplémentaire dans l'évaluation par la recherche ? La patiente a accédé à une capacité d'intégrer cet accouchement dans son histoire, elle a acquis la conviction d'avoir fait ce qu'elle pouvait, sur ce plan. Si au départ elle s'est sentie incapable, à l'image de ce que lui renvoyait de manière récurrente son père, elle a pu prendre de la distance et renforcer sa confiance en elle. Il persiste cependant un conflit de loyauté vis-à-vis d'un père idéalisé et une irritabilité face aux débordements émotionnels de son propre enfant. DME décide de continuer le suivi. La relation avec cette jeune femme, sa confiance, sont des motivations à poursuivre la psychothérapie en EMDR. DME aborde avec elle la possibilité d'un relais pour travailler les questions activées lors des séances, quitte à redéfinir avec elle les objectifs de la poursuite de la psychothérapie. C'est là un exemple qui permet de pointer les effets de transfert possible du côté des patientes, et le désir de la thérapeute d'y répondre.

8. Les entretiens d'évaluation

Les psychologues cliniciennes qui se sont engagées à participer à l'étude mènent les entretiens d'évaluation qui font suite aux séances de thérapies. Quatre entretiens seront effectués sur la durée de la recherche. Chacun suit le même guide méthodologique. Ils sont d'abord précédés par une autoévaluation grâce à l'échelle SUD.

Les entretiens cliniques sont semi-directifs et portent sur ce que les patientes disent de leur accouchement et d'elles-mêmes, à partir de cinq questions :

1. Comment pouvez-vous décrire aujourd'hui votre accouchement ?
2. Qu'est-ce qui était difficile pour vous lors de cet accouchement ?
3. Comment sont vos relations avec votre bébé aujourd'hui ?
4. Quelles sont vos difficultés d'aujourd'hui ?
5. Quels sont vos projets de vie pour les six prochains mois ?

Puis les psychologues proposent le PCL-5, une auto-évaluation comprenant 20 items qui mesurent les 20 symptômes d'ESPT (État de Stress Post Traumatique) du DSM-5 (Weathers, Blake et al. 2013). Le libellé des items du PCL-5 reflète à la fois des modifications des symptômes existants et l'ajout de nouveaux symptômes dans le DSM-5. L'échelle PCL-5, conçue au départ pour une population de vétérans de guerre, est scientifiquement reconnu comme un questionnaire valide et fidèle pour une population clinique et civile (Savard-Kelly 2021). Ses objectifs sont de surveiller les changements des symptômes pendant et après le traitement.

Enfin, elles font passer l'échelle d'Édimbourg, élaborée en 1987 par J.L. Cox, J.M. Holden et R. Sagovsky pour mesurer les symptômes de dépression post natale. P. Hannah *et al.* (1992) ont montré que l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) permettait, en mesurant l'intensité de la symptomatologie dépressive du blues du post-partum, de repérer les mères ayant un risque élevé de développer ultérieurement une dépression périnatale. L'EPDS se présente sous la forme d'un auto-questionnaire à dix items pouvant être cotés de zéro à trois. Les mères obtenant un score de douze ou plus sont définies comme étant à risque.

Pour finir, elles posent à la patiente la question de l'effet de ces questions elles-mêmes.

9. L'analyse des entretiens et des échelles

Les entretiens sont effectués, et les échelles sont administrées, par les psychologues de l'hôpital, et ils sont à leur tour transcrits et anonymisés. Les transcriptions des séances de thérapies, celles des entretiens d'évaluation et les résultats des échelles sont ensuite analysés par les psychologues chercheurs du laboratoire SuLiSoM. Ces différentes précautions pourraient garantir une évaluation en double aveugle, or le choix méthodologique du « cas unique », tel qu'il a été soumis au CER, prévoit des échanges entre les chercheuses de SuLiSoM et la thérapeute elle-même, afin de prendre en compte la subjectivité du thérapeute pour chaque situation.

Certes, les situations sont anonymisées à destination des chercheuses de SuLiSoM, mais restent des histoires singulières dans une relation singulière avec la thérapeute. Celle-ci donne donc son éclairage au cours de ces échanges.

Ce biais, qui oblige les chercheurs à tirer le fil d'une pelote que les seules transcriptions ne leur permettent pas toujours de dérouler, est peut-être difficile à éviter, compte tenu que l'approche qualitative doit prendre en compte les données subjectives de la rencontre entre la thérapeute et chaque patiente, et qu'il est intéressant que la thérapeute explicite à certains endroits ce qu'elle a perçu des émotions de cette dernière et de son propre ressenti (de Roten 2011).

Nous avons eu l'occasion de tester une méthode de travail qui aurait pu faciliter l'analyse. En effet, une application digitale, ShAPI (Shapiro EMDR/AIP), fait l'analyse des patterns en jeu et des cibles adéquates à traiter, avec quel protocole, en fonction des données de chaque patient, des symptômes et des attentes. Mais l'application laisse en suspens la question des défenses psychiques, des temps de latence. Elle nous est apparue inappropriée en regard de l'éthique de cette recherche, qui vise à améliorer la prise en charge de patientes dont l'accouchement a été traumatique, tout en respectant leur temporalité.

Ce questionnement nous a cependant confortées quant à la nécessité de l'implication de la thérapeute lors de l'analyse des résultats.

10) Limites des attentes sur l'impact de la thérapie dans la durée

Au moment où nous écrivons, nous avons inclus dans le programme de recherche une patiente qui a sollicité DME spontanément, après une prise en charge EMDR suite à son accouchement deux années auparavant.

Mme OCAN a bénéficié d'une psychothérapie EMDR en 2018 tout de suite après son accouchement. C'était un troisième accouchement, la patiente a eu des difficultés respiratoires associées à la conviction qu'elle allait mourir. Cette représentation négative avait pu être apaisée. Mme OCAN avait associé ces sensations corporelles avec un épisode de dyspnée alors qu'elle était âgée de 20 ans, lequel épisode avait révélé une embolie pulmonaire à traiter en urgence. La patiente avait été apaisée et s'était sentie soulagée de la résolution rapide des troubles, en ayant accès au traumatisme initial réactivé par la dyspnée per partum. Or elle a contacté DME spontanément début 2021, au moment où celle-ci allait quitter sa fonction aux HUS pour intégrer un poste de chercheuse dans le cadre de PSInstitut. Elle a demandé à bénéficier des séances EMDR suite à un épisode infectieux grave qui l'avait conduite à une hospitalisation en urgence, réactivant violemment la symptomatologie respiratoire et la peur de mourir, associées à une impossibilité de s'alimenter. Cette patiente ne présentait plus de symptomatologie associée au souvenir de l'accouchement traumatique, aussi nous avons hésité à lui proposer d'intégrer l'étude. Mais elle-même avait fait le lien entre la similitude des symptômes entre les deux événements réactivateurs d'une symptomatologie bruyante : l'accouchement et l'infection grave. Aussi nous l'avons intégrée dans l'étude. À partir de cet épisode infectieux grave, le travail en EMDR lui a permis d'associer à un épisode plus ancien, qui ne s'était pas révélé lors de l'exploration de souvenirs du passé au cours de la première prise en charge. Dans cet épisode, elle avait cru mourir d'étouffement en avalant de travers une mirabelle. Ce souvenir source était plus ancien, et lors du retraitement en EMDR, le traitement adaptatif de l'information a pu se conduire rapidement.

Mme OCAN a donc démarré le protocole prévu par le programme de recherche, avec son premier temps d'évaluation T1, et les indicateurs étaient en faveur d'un apaisement durable. Mais, avant l'échéance du second

temps T2, elle nous recontacte, affolée. Les angoisses de mort associées aux troubles alimentaires, qui avaient été activées après son épisode infectieux grave, se sont réactivées, alors qu'elle venait de complètement réorganiser sa vie de mère de famille pour reprendre des études. Nous convenons rapidement d'une séance. Cette fois, c'est la page blanche lors de l'examen qu'elle vient de passer pour ses études qui est mis en lien avec une autre cognition négative, le sentiment de solitude. L'évènement déclencheur des TSPT a été une épreuve écrite de mathématiques au cours de ses études, qui la renvoie au temps où elle était encore à l'école élémentaire. En appliquant le protocole EMDR, elle associe à un sentiment douloureux d'être incapable, d'être seule, lorsqu'elle se remémore être pétrifiée devant le tableau de classe à devoir résoudre une opération sous le regard cynique du professeur, dans un silence interminable. En trois séances, passé, présent, futur, ce souvenir source est apaisé et Mme OCAN peut se réalimenter et poursuivre ses études. Elle a retrouvé confiance en elle.

L'activation et la réactivation de traumatismes sont connues des thérapeutes et des superviseurs en EMDR. Lors du premier retraitement, après l'accouchement traumatique, la cognition était la peur de mourir. La peur de mourir a été combinée à l'impossibilité de s'alimenter lors de l'infection reliée au traumatisme d'étouffement par un fruit. Et l'activation par l'épreuve de mathématique a été associée à la peur de mourir, avec une impossibilité de s'alimenter et le sentiment d'être seule. Or ce sentiment de solitude, lorsque nous revenons à nos relevés, était déjà présent dans les premières associations. Aurions-nous dû proposer de l'explorer plus avant ? La littérature servant de référence à la formation en EMDR (Shapiro 2018, Vander Kock 2018) et les retours de supervisions permettent à la/au thérapeute de se distancier de l'idéalisation de résultats rapides apportés par le traitement adaptatif de l'information. « Un arbre peut en cacher un autre », et si l'apaisement peut être obtenu après un retraitement en EMDR, il n'est pas dit que cela éradique l'ensemble des associations à un ou plusieurs traumatismes initiaux.

DISCUSSION ET CONCLUSION

Le déroulement des étapes du dispositif de recherche, alors que le programme est encore en cours, révèle d'ores et déjà l'écart qui persiste entre un cadre idéal et la réalité du terrain, entre la théorie et la pratique en matière de méthodologie. Idéalement, le dispositif est élaboré pour déplier et séparer les places, les fonctions qu'elles font jouer (accueil et proposition aux patientes, thérapie, entretiens d'évaluation, analyse du matériau recueilli) et les personnes qui tiennent ces places et devraient donc, dans l'absolu, ne pas échanger entre elles.

La méthodologie est basée sur la participation volontaire de patientes à qui l'on propose de bénéficier d'une thérapie tout en contribuant à l'évaluation de ce bénéfice. Ces patientes, pionnières dans ce type de recherche, pourraient se sentir encouragées à percevoir une amélioration.

Les patientes suivent une thérapie, mais elles savent qu'elles participent aussi à une recherche qui porte sur les résultats de cette thérapie. Dans quelle mesure ne s'arrangent-elles pas pour que leur thérapie réussisse (ou échoue) pour permettre à la recherche de réussir (ou échouer) elle aussi ? La recherche, en retour, qui repose sur une auto-évaluation par les patientes de leur vécu au moment de l'accouchement et actuellement, est une mise en mots et en formes qui a des effets thérapeutiques en soi : comment distinguer la part de ces effets de celle de la thérapie proprement dite ?

L'exaltation des résultats rapides avec la psychothérapie EMDR pour certaines des patientes pourrait faire penser qu'il s'agit toujours d'une thérapie brève. Or, la recherche doit tenir compte des écarts, des aménagements, qui sont nécessaires si l'on ne veut pas oublier l'enjeu, qui est tout de même d'améliorer le soin en prenant en compte justement les effets de la subjectivité de chacune, jusque dans le bousculement du cadre lui-même, et de la thérapie, et de la recherche.

Au cours des entretiens d'évaluation, les psychologues du service hospitalier qui en sont chargées peuvent repérer d'éventuelles difficultés de la patiente, et hors cadre de la recherche, l'orienter vers une collègue psychologue ou un psychiatre pour une prise en charge. Pour autant, la patiente d'elle-même peut choisir de nous recontacter directement. Le protocole ne l'en empêche pas.

Ces entretiens d'évaluation sont menés par des psychologues cliniciennes qui ne sont pas intervenues dans la thérapie. Mais ce sont des collègues (ou ex-collègues depuis avril 2001) de DME. Quand ce ne sont pas elles,

mais d'autres soignants, qui ont proposé le dispositif aux patientes, c'est DME qui met les patientes en relation avec ses collègues. L'adresse se fait principalement en fonction de leurs disponibilités, sur le volontariat. La surcharge de travail ou le désinvestissement quant à cette recherche peut démotiver certaines des cliniciennes des Hôpitaux. Sur avis des chercheuses de SuLiSoM, nous leur avons fait signer une charte d'engagement. Toutes ont respecté l'engagement de poursuivre l'ensemble des quatre temps d'entretiens prévus et la possibilité de réorienter si la femme rencontrée leur semble nécessiter une prise en charge complémentaire.

Il faudrait aussi se demander si les lieux et les temps idéalement distingués entre la thérapie, l'évaluation et la recherche, ne finissent pas, inévitablement, par s'interpénétrer, du fait du processus d'itération propre à l'intersubjectivité.

Pour conclure, on voit que le dispositif de recherche qui prévoit de séparer les positions d'accompagnants de thérapeute et de chercheur, occupées par des personnes différentes, ne lève pas toutes les distorsions résultant de la multiplication des interlocuteurs (soignants, chercheurs, patientes, comité d'éthique, etc.) ainsi que des étapes dans la construction de l'étude et dans la remontée des informations.

Il apparaît, en retraçant le chemin suivi, entre théorie et pratique, que la posture de chercheuse s'estompe au profit de celle de thérapeute. La relation thérapeutique avec une patiente et son entourage, le transfert dans ces situations charnières du devenir parent et notre propre posture rend difficile la nécessaire mise à distance par et pour la recherche. Nous avons déployé le système des étapes de construction du projet, le découpage des différentes fonctions, pour rendre compte du dispositif mis en place visant à évaluer les effets de la psychothérapie EMDR dans une période intense de remaniement psychique. Interroger les paradoxes liés à la double position du chercheur et du thérapeute ouvre sur des réflexions plus vastes sur les limites de l'observation et ses biais. Au minimum, en tous cas, la posture de chercheuse a une fonction cadrante de celle du thérapeute, en ce qu'elle l'oblige à réfléchir sur ses interventions, tout en montrant que, toujours, quelque chose échappe à ce cadrage.

Références :

- Ablon J., Jones E. (2002), Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 159, p. 775-783.
- Allen J. G., Fonagy P. (Eds.) (2006), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*, John Wiley and sons.
- Augeraud E. (2019), Indications et contre-indications de l'EMDR, in Tarquinio C. (éd.), *Pratique de la psychothérapie EMDR*, Paris, Dunos, p. 45-57.
- Bion W. R. (2003), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Castro D. (2020), La recherche à base de méthodologie mixte : une nécessité scientifique et professionnelle », in Schweizer A. (éd.), *Les méthodes mixtes en psychologie. Analyses qualitatives et quantitatives : de la théorie à la pratique*, Paris, Dunod, 2020.
- Ciccone A (2019), *L'observation clinique*, Paris, Dunod.
- Ciccone A. (2012), La pratique de l'observation, *Contraste*, 36, 1, p. 55-77.
- Cox L., Holden J. M. et Sagovsky R. (1987), Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 150, p. 782-786.
- Delion P. (2008), *La méthode d'observation des bébés selon Esther Bick*, Paris, Érès.
- De Roten Y. (2011), L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement : Le point de vue de la recherche en psychothérapie, in Collot E. (éd.), *L'alliance thérapeutique*, Paris, Dunod, p. 3-16.
- Despland J-N, de Rotten Y, Kramer U. (2018), *L'évaluation des psychothérapies*, Paris, Lavoisier.
- Geller, P. A., Stasko, E. C. (2017), Effect of Previous Posttraumatic Stress in the Perinatal Period, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46, 6, p. 912-922.
- Guedeney N., Fermanian J. (1998), Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) : New results about use and psychometric properties, *European Psychiatry*, 13, 2, p. 83-89.
- Hannah P., Adams D., Lee A., Glover V. (1992), Links between early post-partum mood and post-natal depression, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 160, p. 777-780.
- Inserm (2004), *Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective* (Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M. & Thurin, J.-M.), Paris, Inserm.

- Lambert M.J., Archer A. (2006), Résultats de la recherche sur les effets de la psychothérapie et leurs implications pour la pratique, in Goodheart CD, Kazdin AE, Sternberg RJ (Eds.), *Psychothérapie fondée sur des preuves : où la pratique et la recherche se rencontrent*, Association Américaine de Psychologie, p. 111-130.
- Marison F.R., Barkam M., Evans C., et al. (2000), Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence, *British Journal of Psychiatry*, 177, p. 123-130.
- Navarro A.M. (1997), What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects : a review and future directions, *Clinical Psychological Review*, 17, p. 1-32.
- Marcus D.K., O'Connell D, Norris L.S. (2014), Als the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies, *Clinical Psychology Review*, 34, 7, p. 519-530.
- Piedfort-Marin O. (2018), Transfert et Contre-transfert dans la Thérapie EMDR, *Journal of EMDR Practice and Research*, 12, p. 158-172.
- Sandström M., Wiberg B., Wikman M., Willman A.-K., Högberg U. (2008), A pilot study of eye movement desensitisation and reprocessing treatment (EMDR) for post-traumatic stress after childbirth, *Midwifery*, 24, 1, p. 62-73.
- Savard-Kelly P. (2020), *Validité de construit d'une traduction française du Post-Traumatic Stress Disorder Checklist For DSM-5 auprès d'une population clinique au prise avec un trouble de stress post-traumatique*, Mémoire de Psychologie, Université de Montréal, Québec.
- Shapiro F. (2018), *Dépasser le passé, Se libérer des souvenirs traumatisants avec l'EMDR*, Paris, Points.
- Tarquinio C. (2021), EMDR, une réussite inexplicée, *Sciences Humaines*, 10, p. 90-93.
- Thurin J.M. (2004), EBM et psychothérapie, *Pour la recherche*, 41, p. 9-11.
- Thurin J.M. (2004), À propos des conclusions tirées de la méta-analyse de Andrews et Harvey dans le chapitre 11 de l'expertise concernant la « supériorité significative des TCC par rapport aux psychothérapies verbales ». <<http://www.techniques-psychotherapiques.org> >
- Thurin J., Thurin M., Briffault X. (2006), Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies, *L'information psychiatrique*, 82, p. 39-47.
- Van der Kolk B. (2018), *Le corps n'oublie rien*, Paris, Albin Michel.
- Wolpe J., Arnold Lazarus A. (1996), *Techniques de thérapie comportementale*, Oxford, Pergamon Press Ltd, p. 55-56.
- Weathers F.W., Litz B.T., Keane T.M., Palmieri P.A., Marx B.P., Schnurr P.P. (2013), La liste de contrôle du SSPT pour le DSM-5 (PCL-5). Échelle disponible auprès du National Center for PTSD. <www.ptsd.va.gov>
- Zimmermann E. (2019), Le potentiel de la thérapie EMDR en obstétrique, in Tarquinio C. (éd.), *EMDR*, Paris, Dunod, p. 519-533.
- Zolghadr N., Khoshnazar A., Moradi Baglooei M., Alimoradi Z. (2019), The Effect of EMDR on Childbirth Anxiety of Women With Previous Stillbirth, *Journal of EMDR Practice and Research*, 13, 1, p. 10-19.