

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1630

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Lionel MARIE-LOUISE

le 12 octobre 2020

THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES DES
TROUBLES ANXIEUX : PRISE EN CHARGE DU TROUBLE PANIQUE
AVEC AGORAPHOBIE ET PLUS-VALUE THERAPEUTIQUE DE
L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL

Directeur de thèse : Dr Pierre KIVITS

JURY

| | | |
|------------------------|------------------|-----------|
| Monsieur le Professeur | Christophe Arbus | Président |
| Monsieur le Professeur | Laurent Schmitt | Assesseur |
| Monsieur le Docteur | Antoine Yrondi | Assesseur |
| Madame le Docteur | Sarah Hugot | Assesseur |
| Monsieur le Docteur | Pierre Kivits | Suppléant |



TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier au 1^{er}
septembre 2019

Professeurs Honoraires

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|----------------------|---|
| Doyen Honoraire | M. CHAP Hugues | Professeur Honoraire | M. FREXINOS Jacques |
| Doyen Honoraire | M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard | Professeur Honoraire | Mme GENESTAL Michèle |
| Doyen Honoraire | M. LAZORTHES Yves | Professeur Honoraire | M. GERAUD Gilles |
| Doyen Honoraire | M. PUEL Pierre | Professeur Honoraire | M. GHISOLFI Jacques |
| Doyen Honoraire | M. ROUGE Daniel | Professeur Honoraire | M. GOUZI Jean-Louis |
| Doyen Honoraire | M. VINEL Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard M. HOFF Jean |
| Professeur Honoraire | M. ABBAL Michel | Professeur Honoraire | M. JOFFRE Francis |
| Professeur Honoraire | M. ADER Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LACOMME Yves |
| Professeur Honoraire | M. ALBAREDE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ARBUS Louis | Professeur Honoraire | Mme LARENG Marie-Blanche |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Jacques | Professeur Honoraire | M. LARENG Louis |
| Professeur Honoraire | M. ARLET Philippe | Professeur Honoraire | M. LAURENT Guy |
| Professeur Honoraire | M. ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Franck |
| Professeur Honoraire | M. ARNE Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. LAZORTHES Yves |
| Professeur Honoraire | M. BARRET André | Professeur Honoraire | M. LEOPHONTE Paul |
| Professeur Honoraire | M. BARTHE Philippe | Professeur Honoraire | M. MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur Honoraire | M. BAYARD Francis | Professeur Honoraire | M. MANELFE Claude |
| Professeur Honoraire | M. BOCCALON Henri | Professeur Honoraire | M. MANSAT Michel |
| Professeur Honoraire | M. BONAFÉ Jean-Louis | Professeur Honoraire | M. MASSIP Patrice |
| Professeur Honoraire | M. BONEU Bernard | Professeur Honoraire | Mme MARTY Nicole |
| Professeur Honoraire | M. BOUNHORE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. MAZIERES Bernard |
| Professeur Honoraire | M. BOUTAULT Franck | Professeur Honoraire | M. MONROZIES Xavier |
| Professeur Honoraire | M. BUGAT Roland | Professeur Honoraire | M. MOSCOVICI Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CAHUZAC Jean-Philippe | Professeur Honoraire | M. MURAT |
| Professeur Honoraire | M. CARATERO Claude | Professeur Honoraire | M. OLIVES Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARLES Pierre | Professeur Honoraire | M. PASCAL Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CARRIERE Jean-Paul | Professeur Honoraire | M. PESSEY Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CARTON Michel | Professeur Honoraire | M. PLANTE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. CATHALA Bernard | Professeur Honoraire | M. PONTONNIER Georges |
| Professeur Honoraire | M. CHABANON Gérard | Professeur Honoraire | M. POURRAT Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CHAMONTIN Bernard | Professeur Honoraire | M. PRADERE Bernard |
| Professeur Honoraire | M. CHAVOIN Jean-Pierre | Professeur Honoraire | M. PRIS Jacques |
| Professeur Honoraire | M. CLANET Michel | Professeur Honoraire | Mme PUEL Jacqueline |
| Professeur Honoraire | M. CONTE Jean | Professeur Honoraire | M. PUEL Pierre |
| Professeur Honoraire | M. COSTAGLIOLA Michel | Professeur Honoraire | M. PUJOL Michel |
| Professeur Honoraire | M. COTONAT Jean | Professeur Honoraire | M. QUERLEU Denis |
| Professeur Honoraire | M. DABERNAT Henri | Professeur Honoraire | M. RAILHAC Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. DALOUS Antoine | Professeur Honoraire | M. REGIS Henri |
| Professeur Honoraire | M. DALY-SCHVEITZER Nicolas | Professeur Honoraire | M. REGNIER Claude |
| Professeur Honoraire | M. DAVID Jean-Frédéric | Professeur Honoraire | M. REME Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. DELSOL Georges | Professeur Honoraire | M. ROCHE Henri |
| Professeur Honoraire | Mme DELISLE Marie-Bernadette | Professeur Honoraire | M. ROCHICCIOLI Pierre |
| Professeur Honoraire | Mme DIDIER Jacqueline | Professeur Honoraire | M. ROLLAND Michel |
| Professeur Honoraire | M. DUCOS Jean | Professeur Honoraire | M. ROQUE-LATRILLE Christian |
| Professeur Honoraire | M. DUFFAUT Michel | Professeur Honoraire | M. RUMEAU Jean-Louis |
| Professeur Honoraire | M. DUPRE M. | Professeur Honoraire | M. SALVADOR Michel |
| Professeur Honoraire | M. DURAND Dominique | Professeur Honoraire | M. SALVAYRE Robert |
| Professeur Honoraire associé | M. DUTAU Guy | Professeur Honoraire | M. SARRAMON Jean-Pierre |
| Professeur Honoraire | M. ESCANDE Michel | Professeur Honoraire | M. SIMON Jacques |
| Professeur Honoraire | M. ESCHAPASSE Henri | Professeur Honoraire | M. SUC Jean-Michel |
| Professeur Honoraire | M. ESCOURROU Jean | Professeur Honoraire | M. THOUVENOT Jean-Paul |
| Professeur Honoraire | M. ESQUERRE J.P. | Professeur Honoraire | M. TKACZUK Jean |
| Professeur Honoraire | M. FABIE Michel | Professeur Honoraire | M. TREMOULET Michel |
| Professeur Honoraire | M. FABRE Jean | Professeur Honoraire | M. VALDIGUIE Pierre |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIAL Gérard | Professeur Honoraire | M. VAYSSÉ Philippe |
| Professeur Honoraire | M. FOURNIE Bernard | Professeur Honoraire | M. VIRENQUE Christian |
| Professeur Honoraire | M. FOURTANIER Gilles | Professeur Honoraire | M. VOIGT Jean-Jacques |
| Professeur Honoraire | M. FRAYSSE Bernard | Professeur Honoraire | |

Professeurs Émérites

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| Professeur ADER Jean-Louis | Professeur JOFFRE Francis |
| Professeur ALBAREDE Jean-Louis | Professeur LAGARRIGUE Jacques |
| Professeur ARBUS Louis | Professeur LARENG Louis |
| Professeur ARLET-SUAU Elisabeth | Professeur LAURENT Guy |
| Professeur BOCCALON Henri | Professeur LAZORTHES Yves |
| Professeur BONEU Bernard | Professeur MAGNAVAL Jean-François |
| Professeur CARATERO Claude | Professeur MANELFE Claude |

Professeur CHAMONTIN Bernard
 Professeur CHAP Hugues
 Professeur CONTÉ Jean
 Professeur COSTAGLIOLA Michel
 Professeur DABERNAT Henri
 Professeur FRAYSSE Bernard
 Professeur DELISLE Marie-Bernadette
 Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard

Professeur MASSIP Patrice
 Professeur MAZIERES Bernard
 Professeur MOSCOVICI Jacques
 Professeur RISCHMANN Pascal
 Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
 Professeur SALVAYRE Robert
 Professeur SARRAMON Jean-Pierre
 Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

| P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1 ^{ère} classe | | P.U. - P.H. 2 ^{ème} classe | |
|---|---|--|--|
| M. ADOUE Daniel (C.E) | Médecine Interne, Gériatrie | Mme BONGARD Vanina | Epidémiologie |
| M. AMAR Jacques (C.E) | Thérapeutique | M. BONNEVILLE Nicolas | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| M. ATTAL Michel (C.E) | Hématologie | Mme CASPER Charlotte | Pédiatrie |
| M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.) | Hématologie, transfusion | M. COGNARD Christophe | Neuroradiologie |
| Mme BEYNE-RAUZY Odile | Médecine Interne | M. LAIREZ Olivier | Biophysique et médecine nucléaire |
| M. BIRMES Philippe | Psychiatrie | M. LAROCHE Michel | Rhumatologie |
| M. BLANCHER Antoine | Immunologie (option Biologique) | M. LEOBON Bertrand | Chirurgie Thoracique et Cardiaque |
| M. BONNEVILLE Paul (C.E) | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie. | M. LOPEZ Raphael | Anatomie |
| M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E) | Chirurgie Vasculaire | M. MARTIN-BLONDEL Guillaume | Maladies infectieuses, maladies tropicales |
| M. BRASSAT David | Neurologie | M. MARX Mathieu | Oto-rhino-laryngologie |
| M. BROUCHET Laurent | Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire | M. MAS Emmanuel | Pédiatrie |
| M. BROUSSET Pierre (C.E) | Anatomie pathologique | M. OLIVOT Jean-Marc | Neurologie |
| M. BUREAU Christophe | Hépatogastro-Entéro | M. PAGES Jean-Christophe | Biologie Cellulaire et Cytologie |
| M. CALVAS Patrick (C.E) | Génétique | M. PORTIER Guillaume | Chirurgie Digestive |
| M. CARRERE Nicolas | Chirurgie Générale | M. RONCALLI Jérôme | Cardiologie |
| M. CARRIE Didier (C.E) | Cardiologie | Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline | Rhumatologie |
| M. CHAIX Yves | Pédiatrie | Mme SAVAGNER Frédérique | Biochimie et biologie moléculaire |
| Mme CHARPENTIER Sandrine | Médecine d'urgence | M. SOL Jean-Christophe | Neurochirurgie |
| M. CHAUVEAU Dominique | Néphrologie | Mme TREMOLLIERES Florence | Biologie du développement |
| M. CHOLLET François (C.E) | Neurologie | Mme VEZZOSI Delphine | Endocrinologie |
| M. DAHAN Marcel (C.E) | Chirurgie Thoracique et Cardiaque | | |
| M. DE BOISSEZON Xavier | Médecine Physique et Réadapt Fonct. | | |
| M. DEGUINE Olivier (C.E) | Oto-rhino-laryngologie | | |
| M. DUCOMMUN Bernard | Cancérologie | | |
| M. FERRIERES Jean (C.E) | Epidémiologie, Santé Publique | P.U. Médecine générale | |
| M. FOURCADE Olivier | Anesthésiologie | M. MESTHÉ Pierre | |
| M. FOURNIÉ Pierre | Ophthalmologie | M. OUSTRIC Stéphane (C.E) | |
| M. GAME Xavier | Urologie | | |
| M. GEERAERTS Thomas | Anesthésiologie et réanimation | Professeur Associé Médecine générale | |
| M. IZOPET Jacques (C.E) | Bactériologie-Virologie | M. ABITTEBOUL Yves | |
| Mme LAMANT Laurence (C.E) | Anatomie Pathologique | M. POUTRAIN Jean-Christophe | |
| M. LANG Thierry (C.E) | Biostatistiques et Informatique Médicale | | |
| M. LANGIN Dominique (C.E) | Nutrition | Professeur Associé en Neurologie | |
| M. LAUWERS Frédéric | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie | Mme PAVY-LE TRAON Anne | |
| M. LAUQUE Dominique (C.E) | Médecine d'urgence | Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière | |
| M. LIBLAU Roland (C.E) | Immunologie | Mme MALAUDAUD Sandra | |
| M. MALAUDAUD Bernard | Urologie | | |
| M. MANSAT Pierre | Chirurgie Orthopédique | | |
| M. MARCHOU Bruno (C.E) | Maladies Infectieuses | | |
| M. MAZIERES Julien | Pneumologie | | |
| M. MOLINIER Laurent | Epidémiologie, Santé Publique | | |
| M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E) | Pharmacologie | | |
| Mme MOYAL Elisabeth | Cancérologie | | |
| Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E) | Gériatrie | | |
| M. OSWALD Eric (C.E) | Bactériologie-Virologie | | |
| M. PARANT Olivier | Gynécologie Obstétrique | | |
| M. PARIENTE Jérémie | Neurologie | | |
| M. PARINAUD Jean (C.E) | Biol. Du Dévelop. et de la Reprod. | | |

| | |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| M. PAUL Carle | Dermatologie |
| M. PAYOUX Pierre | Biophysique |
| M. PAYRASTRE Bernard (C.E) | Hématologie |
| M. PERON Jean-Marie | Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. PERRET Bertrand (C.E) | Biochimie |
| M. RASCOL Olivier (C.E) | Pharmacologie |
| M. RECHER Christian (C.E) | Hématologie |
| M. RISCHMANN Pascal (C.E) | Urologie |
| M. RIVIERE Daniel (C.E) | Physiologie |
| M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E) | Chirurgie Infantile |
| M. SALLES Jean-Pierre (C.E) | Pédiatrie |
| M. SANS Nicolas | Radiologie |
| Mme SELVES Janick | Anatomie et cytologie pathologiques |
| M. SERRE Guy (C.E) | Biologie Cellulaire |
| M. TELMON Norbert (C.E) | Médecine Légale |
| M. VINEL Jean-Pierre (C.E) | Hépto-Gastro-Entérologie |

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

P.U. - P.H.
2^{ème} classe

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Vous m'avez accueilli dans votre service. On ne dira jamais assez à quel point vous vous investissez pour les internes. Je vous remercie pour la qualité de l'enseignement que j'ai reçu tout au long de mon 3^{ème} cycle et surtout pour votre extrême disponibilité. Je pense au cours de toutes ces années vous avoir envoyé près d'un millier de mails et toujours vous m'avez répondu. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie pour le dynamisme de votre enseignement et l'extrême gentillesse que vous manifestez dans l'intérêt que vous portez à cette soutenance. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance à la fois pour ce jour et pour le diplôme universitaire dont vous aviez la responsabilité, celui de psychothérapie cognitivo-comportementale.

A Monsieur le Maître de Conférences Antoine Yrondi,

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour la qualité de vos conférences qui vraiment stimulent et donnent envie d'apprendre. Je vous remercie également pour le diplôme universitaire de psychothérapies cognitivo-comportementales dont vous avez à présent la responsabilité. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Sarah Hugot,

Vous m'avez accueilli dans votre service et supervisé avec une grande bienveillance et beaucoup de tact. Je vous remercie pour ce que j'y ai appris, des qualités et une rigueur de travail qui m'ont été utiles, qui me sont utiles et qui me seront utiles pour la suite de mon parcours.

A Monsieur le Docteur Pierre Kivits,

Je vous remercie de m'avoir ouvert les yeux sur la pépite que représente la réhabilitation psychosociale, irremplaçable de par l'espoir qu'elle redonne aux familles de patients et aux patients eux-mêmes. Je vous remercie de m'avoir fait confiance tout au long de cette année de stage au sein de votre filière. Je vous remercie également d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse qui, grâce à vos conseils, a pris forme.

A mes camarades de DU de TCC,

nous formâmes une promotion exceptionnelle d'entraide et de soutien. Les formations complémentaires sont l'occasion de découvrir de nouvelles personnes et j'en fus ravi.

Merci également à ma famille et à mes proches pour leur soutien moral.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| Liste des annexes..... | 9 |
| Table des abréviations..... | 10 |
| Introduction..... | 12 |
| 1 PARTIE 1 : Trouble panique avec agoraphobie : prise en charge d'un patient en thérapies cognitives et comportementales..... | 13 |
| 1.1 Cadre conceptuel | 13 |
| 1.1.1 Epidémiologie :..... | 13 |
| 1.1.2 Les outils thérapeutiques | 13 |
| 1.2 Etude de cas de M.B Michel | 15 |
| 1.2.1 Cadre d'exercice : | 15 |
| 1.2.2 Motif de consultation :..... | 16 |
| 1.2.3 Anamnèse :..... | 16 |
| 1.2.3.1 ATCD médicaux..... | 16 |
| 1.2.3.2 Histoire de vie..... | 18 |
| 1.2.4 Discussion diagnostique | 19 |
| 1.2.4.1 Diagnostic de trouble panique et discussion des différentiels | 19 |
| 1.2.4.2 Diagnostic de l'agoraphobie et discussion des différentiels : | 20 |
| 1.2.4.3 En conclusion :..... | 21 |
| 1.2.5 La ligne de base | 21 |
| 1.2.5.1 choix des critères d'évaluation et nombre de séances | 21 |
| 1.2.5.2 Evolution de la ligne de base..... | 23 |
| 1.2.6 Analyse fonctionnelle | 26 |
| 1.2.6.1 premières étapes..... | 26 |
| 1.2.6.2 Analyse fonctionnelle SECCA diachronique :..... | 27 |
| 1.2.6.3 Grille SECCA : analyse fonctionnelle synchronique :..... | 30 |
| 1.3 Projections thérapeutiques et réalisation de la thérapie | 32 |
| 1.3.1 Analyse de la demande et contrat thérapeutique | 32 |
| 1.3.2 La réalisation de la thérapie | 36 |
| 1.3.2.1 Phase1 : les premières étapes de la thérapie | 36 |
| 1.3.2.2 Phase 2 : phase comportementale de contrôle respiratoire | 39 |
| 1.3.2.3 Phase 3 : restructuration cognitive et exposition aux sensations intéroceptives..... | 41 |
| 1.3.2.3.1 Objectif de la phase et première étape | 41 |
| 1.3.2.3.2 Réévaluation cognitive et remplacement des idées irréalistes par des pensées plus réalistes..... | 43 |
| 1.3.2.3.3 L'exposition aux sensations intéroceptives avec tableau récapitulatif des résultats | 44 |

| | | |
|-----------|---|----|
| 1.3.2.4 | Phase 4 : les expositions..... | 46 |
| 1.3.2.4.1 | Explication de la problématique de l'évitement..... | 46 |
| 1.3.2.4.2 | hiérarchisation des situations anxiogènes et définition de l'habituation..... | 47 |
| 1.3.2.4.3 | La réalisation des expositions : | 48 |
| 1.3.3 | Discussion des résultats immédiats de la thérapie | 51 |
| 2 | PARTIE 2 : L'entretien motivationnel en tant que facteur adjuvant des Thérapies cognitives et comportementales des troubles anxieux : une revue systématique de la littérature..... | 53 |
| 2.1 | Introduction..... | 53 |
| 2.2 | Méthode :..... | 57 |
| 2.2.1 | Critères d'éligibilité :..... | 57 |
| 2.2.1.1 | Critères d'inclusion :..... | 57 |
| 2.2.1.2 | Critères d'exclusion : | 57 |
| 2.2.2 | Source des informations et équation de recherche :..... | 58 |
| 2.2.3 | Sélection et extraction des informations | 60 |
| 2.3 | Résultats et discussion | 60 |
| 2.3.1 | Trouble anxieux généralisé | 69 |
| 2.3.2 | Trouble obsessionnel compulsif..... | 73 |
| 2.3.3 | Phobie sociale..... | 75 |
| 2.3.4 | Trouble de stress post traumatique..... | 79 |
| 2.3.5 | Troubles anxieux | 80 |
| 2.3.6 | Trouble panique | 83 |
| 2.4 | Conclusion de la revue de littérature..... | 84 |
| | Conclusion..... | 85 |
| | Bibliographie..... | 86 |
| | Annexes..... | 92 |

LISTE DES ANNEXES

Annexe numéro 1 : les conséquences cognitives de la réaction d'alarme

Annexe numéro 2 : les processus cognitifs du changement selon Prochaska di Clemente

Annexe numéro 3 : traduction française des lignes directrices PRISMA

TABLE DES ABREVIATIONS

ATD : Antidépresseurs

CCT : Counter Change Talk, discours maintien ou discours du patient argumentant contre le changement

CJP : Critère de jugement principal

CI : Confidence Interval, intervalle de confiance encadrant une valeur réelle que l'on cherche à estimer

CMOTS : Client Motivation for Therapy Scale, mesure la motivation du patient à la thérapie

CQ : Change Questionary, auto-questionnaire évaluant la motivation du patient

CRC : Client Resistance Code, échelle d'hétéroévaluation de la résistance du patient cotée de 0 à 3

CT : Change Talk, discours changement ou discours du patient argumentant en faveur d'un changement

CTRS: Cognitive Therapy Rating Scale, évalue la compétence du thérapeute en TCC

ECR : Essai contrôlé randomisé ou Etude contrôlée randomisée

EM : Entretien motivationnel

ERP : Exposure with Response Prevention, exposition avec prévention de la réponse

Et *al* : et *alii* (*latin*), signifiant et collaborateurs

GAAP : Grille d'auto-observation des attaques de panique

HCS : Homework Compliance Scale, évalue la réalisation des tâches à domicile

HDJ : Hôpital de jour

IMA : inventaire de mobilité de l'agoraphobe

MICO : Motivational Interviewing Consistent Behaviour, se dit quand le style du thérapeute est congruent avec celui préconisé en entretien motivationnel

MIIN : Motivational Interviewing Inconsistent Behaviour, se dit quand le style relationnel du thérapeute est l'inverse de ce qui est préconisé en entretien motivationnel

MISC: Motivational Interviewing Skill Code

MI spirit : Motivational Interviewing spirit, fait référence à l'état d'esprit ou aux valeurs sous-tendant la pratique de l'EM

MITI : Motivational Interviewing Treatment Integrity, évalue si un thérapeute en EM délivre l'intervention de manière adaptée

MET : Motivational Enhancement Therapy

NSN : Nombre de Sujets Nécessaires

p : En statistiques, quand p est inférieur au seuil de risque (5% en général), alors le test est significatif

PEC : Prise en charge

PS : Phobie sociale

PSWQ : Penn State Worry Questionnaire, mesure la sévérité du TAG

PTSD : Trouble de stress post traumatique

RLX : Relaxation musculaire

SIAS : Social Interaction Anxiety Scale, mesure la sévérité de la phobie sociale

STAI-S : State-Trait Anxiety Inventory State anxiety

t : abréviation pour t student, test statistique permettant de comparer les moyennes de deux groupes d'échantillon pour savoir si elles sont significativement différentes du point de vue statistique

TAD : Tâches à domicile

TAG : Trouble anxieux généralisé

TCC : Thérapies cognitives et comportementales

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

TP: Trouble panique

WAI-S : Working Alliance Inventory-Short form, évalue l'alliance de travail

YBOCS : Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, évalue la sévérité du TOC

INTRODUCTION

La prise en charge des troubles anxieux constitue un enjeu majeur de santé publique. En 2010, selon l'institut de la statistique du Québec, près d'une personne sur cinq souffrirait d'un trouble mental au cours de sa vie et sur ces 20% de la population, 65% recevrait un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble dépressif (17). Aux Etats-Unis, les troubles anxieux ont des répercussions sévères sur le fonctionnement psychosocial et sur la qualité de vie des personnes atteintes. Ils occasionnent des pertes importantes de revenus, de l'absentéisme, une diminution de la productivité et de la qualité du travail (53). L'ampleur de ces coûts varie selon chaque trouble anxieux et la présence d'un trouble comorbide est associée à une plus grande utilisation de services de santé (22). La plupart des guides cliniques recommandent les psychothérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour le traitement des troubles anxieux d'intensité légère à modérée soit en traitement de fond indépendant soit en traitement de fond complémentaire à la pharmacothérapie antidépressive (43,72). Dans la revue systématique de Cuijpers, les TCC se montrent légèrement plus efficaces en général que la pharmacothérapie dans le traitement des patients atteints de troubles anxieux (12). L'institut national pour l'excellence de la santé et des soins britanniques (« NICE ») en 2009 argumentait en faveur d'une supériorité des TCC dans le domaine de la prévention des rechutes jusqu'à 12 mois de suivi. Pour la Société Australienne de Psychologie (« Australian Psychological Society ») qui se base en 2010 sur 3 revues systématiques et 1 essai clinique randomisé (ECR), l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale s'avère comparable à celle des antidépresseurs lors de l'évaluation post-traitement (17). Ainsi, la recherche tend à démontrer que les TCC font aussi bien que les approches pharmacologiques à court terme et probablement mieux à long terme. Néanmoins, leur efficacité reste à être optimisée puisque l'on estime qu'entre 15 à 50% des patients tous troubles anxieux confondus ne répondent pas à une TCC (34).

L'objectif de ce travail est de répondre à la problématique de la prise en charge en TCC des patients souffrant de troubles anxieux : qu'est-ce qui fait le succès ou l'échec d'une thérapie et y a-t-il une manière d'en améliorer le résultat final ? Pour répondre à cette question, nous avons dans un premier temps effectué une prise en charge en TCC d'un patient souffrant de trouble panique et d'agoraphobie. Ensuite, dans un second temps, nous avons abordé la question de l'optimisation de la thérapie à travers une revue systématique de la littérature portant sur une intervention inventée par Miller à savoir l'entretien motivationnel (39).

1 PARTIE 1 : Trouble panique avec agoraphobie : prise en charge d'un patient en thérapies cognitives et comportementales

1.1 Cadre conceptuel

1.1.1 Epidémiologie :

Le trouble panique est un trouble anxieux assez commun dans la population générale. La littérature scientifique et le DSM V font la distinction entre le trouble panique et l'agoraphobie. En effet, on estime qu'un quart des personnes qui souffrent de trouble panique ont l'agoraphobie en comorbidité. La prévalence vie entière du trouble panique sans agoraphobie est de 3,7% et celle du trouble panique avec agoraphobie est de 1,1% (50). Dans les soins de santé primaire, le trouble panique a une prévalence de 10% (28). Le sexe ratio femme/homme est de 2 pour le trouble panique et de 3 pour l'agoraphobie (5), l'agoraphobie étant influencée par des facteurs culturels alors qu'il semblerait que ce n'est pas le cas pour le trouble panique (1).

L'évolution du trouble panique avec ou sans agoraphobie dépend des comorbidités associées qui en péjorent le pronostic : il s'agit de l'épisode dépressif caractérisé, de la présence d'idée suicidaire à chercher systématiquement, car le trouble panique en lui-même constitue un facteur de risque de tentative de suicide puisque 20% de patients souffrant de trouble panique ont au cours de leur histoire présenté des idées suicidaires ou effectué des tentatives de suicide (64). Comme autres comorbidités péjorant l'évolution de ce trouble : la présence de comorbidités addictives (alcool, tabagisme actif) et la présence de troubles de la personnalité (6).

1.1.2 Les outils thérapeutiques

La pharmacothérapie et les thérapies cognitives et comportementales (TCC)

Dans la stratégie thérapeutique du trouble panique et de l'agoraphobie, le psychiatre dispose de deux classes de médicaments (6) :

- les antidépresseurs de type tricycliques imipraminiques (avant l'arrivée des IRS), les IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) et les IRSNA (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)
- et les anxiolytiques de type benzodiazépines (BZD) agissant sur le système GABAergique.

Comme molécule utilisable antidépressive, le clinicien peut par exemple prescrire 20mg de paroxétine ou 150mg de venlafaxine en cas d'indication d'un trouble panique ou d'agoraphobie. Dans le cas des benzodiazépines, plusieurs molécules sont à disposition, comme par exemple l'alprazolam (0,5mgX3/jour en cas d'attaque de panique) ou le bromazépam (1 barrette de 6mg/jour) (73).

L'utilité de la pharmacothérapie, comparativement à la psychothérapie de type TCC est d'avoir une action rapide (47). Cependant, sur le long terme, en traitements non combinés, la pharmacothérapie et les TCC ont une efficacité comparable. Dans l'étude de Payne, au bout de 3 mois de TCC supplémentaires versus 3 mois de paroxétine chez des patients initialement non améliorés par les TCC, 33% s'améliorent avec les TCC versus 53% avec la paroxétine. Cependant, au bout de 12 mois, les résultats étaient de 56% de patients qui s'améliorent avec la paroxétine versus 53% au final d'amélioration avec les TCC (47).

En outre, des inconvénients sont à noter du côté de la pharmacothérapie : le taux élevé de rechute à l'arrêt du traitement qui serait de 50% en cas d'arrêt des antidépresseurs et de 90% en cas d'arrêt des benzodiazépines (18), des chiffres à relativiser, car l'étude de Pecknold retrouve un taux d'anxiété rebond à l'arrêt des benzodiazépines de 27% (48). D'autres effets indésirables liés aux médicaments existent tels que les dysfonctions sexuelles sous antidépresseurs ou le risque d'accoutumance et de toxicité neurocognitive sur le long terme avec les benzodiazépines (6).

L'efficacité avec le traitement pharmacologique ou avec les TCC serait de 60% tant que les patients prennent leur traitement (47). Pour d'autres auteurs, les TCC amélioreraient davantage, soit entre 70 à 90% des patients qui en bénéficieraient pour le trouble panique avec agoraphobie (21).

Les outils les plus efficaces des TCC sur le trouble panique avec agoraphobie :

La méta-analyse de Norton et Price s'évertue à identifier quid de la relaxation, de la thérapie cognitive, de l'exposition in vivo ou de la combinaison de ces divers outils s'avère le plus efficace (44).

Concernant le trouble panique, elle conclut qu'associer la relaxation musculaire à la TCC s'avère contre-productif, répliquant en cela les résultats de Schmidt (57).

Elle retrouve des taux plus élevés de patients répondeurs dans le cas du trouble panique mais avec des tailles d'effet plus réduites comparativement au TAG (trouble anxieux généralisé) ou à l'anxiété liée à des facteurs de stress. Elle explique cette particularité (pourcentage de répondeurs plus élevé mais taille d'effet plus modeste) par la moins bonne sensibilité des échelles d'évaluation du trouble panique comparativement à celles du TAG ou de l'état de stress post traumatique (ce qui explique pourquoi je n'ai utilisé que des critères cliniques pour ma ligne de base afin d'évaluer le trouble panique). Cette méta-analyse, hormis l'effet péjoratif de la relaxation musculaire ne conclut pas à l'existence d'outils thérapeutiques ou de combinaisons d'outils en TCC plus efficaces que les autres (44).

Si on considère en revanche, l'étude de Pompoli, (revue systématique d'essais cliniques randomisés) il semblerait que l'inclusion de la 3^{ème} vague associée à : l'exposition aux sensations intéroceptives, la restructuration cognitive et l'intervention dite en face à face (thérapeute en face de son patient versus intervention dite « self help », c'est-à-dire patient avec un guide papier ou électronique internet), entraînent de plus grands taux de rémission (50).

Au contraire, les outils n'améliorant pas le taux de rémission, voire l'aggravant sont, selon cette étude : le placebo, la rééducation respiratoire, la psychoéducation, la thérapie de soutien, l'exposition en réalité virtuelle, l'exposition in vivo mais avec une large incertitude quant à l'estimation de ces résultats (50).

Dans cette revue, le meilleur outil serait la 3^{ème} vague : c'est le mieux toléré (0,55 en IC pour les abandons) et c'est le plus efficace (Intervalle de confiance, IC : 1.97 (0.34–14.44), $p < 0,05$).

Le deuxième outil le plus efficace semble être l'exposition aux sensations intéroceptives : deuxième plus efficace pour la rémission, bonne pour favoriser une réponse positive et cet outil ne favorise pas les abandons.

La psychoéducation et la rééducation fonctionnelle respiratoire partagent le même profil d'efficacité-tolérance, à savoir : ne favorisent pas les rémissions, favorisent un peu une réponse positive, ne favorisent pas les abandons.

Ensuite viendrait l'exposition in vivo qui statistiquement n'aurait pas de conséquence délétère : ne favorise pas les abandons.

En revanche, la relaxation musculaire et l'exposition en réalité virtuelle ont, dans cette étude, favorisé les abandons.

Selon cette revue, la meilleure combinaison serait: face à face patient-thérapeute + psychoéducation+ restructuration cognitive+ exposition aux sensations intéroceptives.

Et la moins bonne combinaison s'avèrerait : psychoéducation+ rééducation respiratoire+ relaxation musculaire+ exposition in vivo+ exposition en réalité virtuelle.

Et cette revue de conclure : administrer la restructuration cognitive à l'exposition aux sensations intéroceptives se révèle plus efficace et mieux toléré que la thérapie comportementale seule (thérapie par exposition graduée ou in vivo, expositions autres que l'exposition intéroceptive) (50).

1.2 Etude de cas de M.B Michel

1.2.1 Cadre d'exercice :

J'ai commencé au mois de novembre 2019 un stage en tant qu'interne de psychiatrie dans la filière de réhabilitation psychosociale à Rodez. Sur l'ensemble des structures qui m'ont été proposées, j'ai choisi de dédier le mardi au travail au sein du Centre de Réhabilitation psychosociale (CRPS).

Le CRPS est une structure localisée au 9, rue de l'abbé Bessou à Rodez, comportant un bar thérapeutique, 16 appartements relais qui font office sur 3 étages de lieux d'habitation pour autant de patients et un studio d'essai au 1^{er} étage réservé pour les séjours de valorisation des candidats à une admission au CRPS.

C'est dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée du médecin-chef le Dr K., spécialisé en thérapies systémiques, d'une équipe soignante capable de proposer des thérapies métacognitives structurées telles que l'IPT (thérapie psychologique intégrée) ou Tom Remed et d'une assistante sociale dont les liens externes à la structure facilitent la réhabilitation par l'accès à l'emploi, que j'ai débuté quelques suivis de patients : 9 au CRPS.

1.2.2 Motif de consultation :

Quel est le problème de M. Michel B?

Quand je le vois pour la première fois, le 19 novembre 2019 dans le cadre d'une consultation au CRPS, après qu'il m'ait été présenté par le Dr K. en relais de sa prise en charge (ce que M.B. a accepté), il arrive avec des symptômes de bronchite au premier plan. Il m'apprend lors du premier entretien qu'une hyperventilation est survenue deux jours auparavant (contexte: 14h, plein jour, notion d'effort dans la rue et d'essoufflement en allant faire des courses). Ce que j'en comprends : l'accélération de la fréquence respiratoire au départ due à l'effort physique aurait déclenché un début d'attaque de panique avec hyperventilation, ce qui l'a empêché de faire ses courses. Il est donc rentré au CRPS. Par ailleurs, il avait initié de fin septembre à mi-octobre, une prise en charge à l'HDJ (hôpital de jour) de Gabriac. Lorsque je lui demande où il en est, il m'apprend qu'il ne s'y rend plus. En effet, il n'arrive plus à sortir en ville sans que ne survienne une crise d'angoisse qui l'oblige à abandonner ce qu'il est en train de faire. Il en souffre, d'autant plus qu'il y a un retentissement sur l'assiduité aux activités thérapeutiques dont certaines ont dû être annulées (le groupe parole expression à l'HDJ de Gabriac, la prise en charge en TCC proposée au CMP de Rodez). Comme expliqué par le patient : « les sorties en ville sont toujours compliquées, les courses alimentaires se font au jour le jour au Carrefour City. Il m'arrive de ne pas arriver à les faire. Je ne supporte pas le moment où il faut attendre à la caisse. Je me sens oppressé et j'angoisse très vite. Je pense alors que je pourrais parfois devenir agressif dans ces moments de crise car je me sens en danger et je cherche à tout prix à me réfugier chez moi. Niveau traitement, je pense être accro au Lexomil. Depuis le début du mois d'octobre, je prends deux barrettes entières par jour ». (En fait, une prise systématiquement le matin et une prescrite en si besoin)

Son objectif serait d'arriver à faire des courses seul dans un Supermarché. Je lui explique qu'ensemble nous essaierons de comprendre ce dont il souffre et après quelques séances d'exploration des facteurs qui contribuent à son trouble, je lui explique que nous essaierons de définir les méthodes et les objectifs d'une thérapie. Le patient me donne son accord quant à cette façon de procéder.

1.2.3 Anamnèse :

1.2.3.1 ATCD médicaux

ATCD psychiatriques :

M. B. est connu du CSAPA de Rodez (Centre de Soins d'accompagnement et de prévention en addictologie) depuis 2009, où il a été pris en charge pour un syndrome de dépendance aux opiacés (il consommait du Néocodion). Abstinant depuis 2013 sous méthadone, il est fait mention dans son dossier d'ATCD de suivi pour troubles anxieux : troubles obsessionnels compulsifs (TOC), phobie sociale et agoraphobie.

Il déclenche une 1^{ère} crise d'angoisse lors d'un « bad trip » au cannabis à l'âge de 19 ans. Un ami lui avait proposé un joint et quelques minutes après se sont déclenchés des symptômes anxieux très intenses (« Je me sentais perdu, je ne savais pas où j'étais, je tremblais et je respirais bruyamment comme une cheminée, à fond. Il a dû m'amener aux urgences. »)

Il se rappelle d'une période compliquée il y a 20 ans à Toulouse : contexte de surmenage professionnel (responsable de bar mais recherchait en plus une 2^{ème} activité), il dormait alors très peu (3h par nuit). Il devait prendre le bus pour se rendre à un entretien d'embauche lorsqu'une crise d'angoisse foudroyante avec pertes d'urines lui a fait presque perdre connaissance. Ses jambes se sont mises à trembler et c'est une infirmière de psychiatrie à la retraite qui l'a secouru en lui expliquant ce dont il s'agissait. Il consommait également des toxiques à cette époque : de la cocaïne notamment et il gérait les phases de descente avec des opiacés ou de l'alcool.

Sa 1^{ère} hospitalisation s'est effectuée en 2013 au CASAP (unité hospitalière spécialisée dans le traitement de l'addiction) pour dépendance aux opiacés (Néocodion) dans un contexte de reprise de contact avec l'hôpital psychiatrique de Rodez en raison d'idées suicidaires (IDS), car il ne voyait pas de solutions à la situation de précarité sociale dans laquelle les dépenses en médicaments, les consultations successives pour symptômes anxieux et le repli social l'avaient entraîné. Il a été sevré progressivement des opiacés et depuis, il bénéficie d'un traitement substitutif oral-TSO- en méthadone (initialement à 50mg en 2013, actuellement à 18mg en 2020).

A persisté une symptomatologie anxieuse de type trouble obsessionnel compulsif (TOC) avec compulsions de vérification et de comptage pour laquelle en 2014, il a été pris en charge en TCC au CMP de Rodez pendant 1 an. Il était alors sous traitement médicamenteux : antidépresseur Séroplex 10mg et Lexomil 1barette de 6mg par jour. Le Séroplex depuis 1,5ans a été remplacé par la paroxétine 30mg, prescrite par le Dr K.

Persistait une agoraphobie au cours de toutes ces années, handicapante : multiples lieux et situations évités, retentissement sur la capacité à trouver un emploi, idées noires-IDN- (mais pas de résurgence d'IDS depuis la 1^{ère} hospitalisation au CASAP et le suivi social instauré).

Si on résume, la prise en charge de l'époque associait CASAP, CSAPA, TCC au CMP de Rodez (sur les TOC) et traitement médicamenteux (antidépresseur Seroplex 10mg/jr + anxiolytique Lexomil 6mg/jr).

Dans son parcours, il a bénéficié de février 2019 à mai 2019 d'un séjour en accueil familial thérapeutique (AFT) pendant 3 mois à Rullac St-Cirq.

Puis, il a intégré le CRPS le 27 mai 2019 où plusieurs activités lui ont été proposées dans le cadre de l'HDJ de Gabriac ainsi qu'une TCC au CMP de Rodez en juillet 2019 sur les troubles anxieux. Le lendemain de son entrée au CRPS: résurgence d'une attaque de panique en centre -ville en passant devant un pub, en allant acheter du pain. La crise survient après 3 mois d'évolution positive en AFT à la campagne où il y avait 0 crise et où il ne prenait plus de bromazépam. Quand je vois ce patient le 19 novembre 2019, il verbalise souffrir d'angoisses, de beaucoup d'angoisses, l'envahissant dès qu'il souhaite quitter son appartement pour effectuer démarches et courses. Tout élan vers l'extérieur est entravé. Il ne se rend plus à l'HDJ et il n'a pas pu débiter la TCC qui lui a été recommandée.

ATCD somatiques :

Les ATCD somatiques de M. B. sont à ce jour : hypertension artérielle et discopathie L4-L5 modérée à la radiographie TDM du bassin.

1.2.3.2 Histoire de vie

M. B. a 55 ans, il est né le 26/06/1965 à Lyon, il est le second d'une fratrie de 3. Il a une sœur de 10 ans son aînée. Bien qu'elle vive en Aveyron, le patient a rompu le contact, en raison de la consommation de toxiques de cette dernière. Il a un frère de 5 ans son cadet qui est marié et père de deux enfants. C'est le patient qui a pris l'initiative de ne plus avoir de liens avec lui en raison cette fois de sa propre consommation de toxiques. La mère du patient était femme au foyer. M.B. la qualifie de « maman poule », attentionnée. Le père du patient était employé d'une compagnie pétrolière américaine dans laquelle il s'occupait de la maintenance des installations. M.B. le qualifie de protecteur, tolérant, d'ouvert d'esprit. De l'enfance jusqu'à l'adolescence, la famille a voyagé au gré des affectations du père, passant entre 6 mois à 1 an dans un pays étranger avant de revenir en France. Les souvenirs marquants du patient le ramènent à la ville de Moscou où il se rappelle de méthodes de pression dont les employés avec leur famille ont été victimes : des voitures aux vitres teintées les prenaient en filature et il ne s'agissait pas de l'escorte américaine habituelle. Par sécurité, la firme a muté le père dans un autre pays. Ce qui l'amène à évoquer la Nouvelle-Guinée, période heureuse de son début d'adolescence : « On partait en balade en jeeps, je ramenaient des copains qui n'entraient dans les quartiers résidentiels surveillés que si les gardes les voyaient en ma compagnie. L'Afrique, ce fut magnifique. »

La famille a été mutée en Amérique du nord (Canada) puis en Amérique centrale (Costa Rica). C'est en Amérique centrale que le jeune B. manifeste pour la 1^{ère} fois un intérêt pour la consommation locale de Coca. Il en observe les effets sur les autochtones, des effets révélateurs d'une désinhibition comportementale empreinte de mégalomanie avec une prise de risques qui le fascinait : « Une fois consommée, les routiers se riaient du danger : c'était à celui qui faisait le virage le plus serré au-dessus des falaises en hululant à gorge déployée. » Le premier évènement traumatique est survenu à l'âge de 13 ans. Les parents étaient partis pour une longue période sans lui et il a été gardé par une tante à Lyon qui avait la garde d'un cousin âgé de 19 ans. M.B. rapporte avoir été violé par ce cousin pendant 3 ans. Il n'a jamais porté plainte. Quand, à l'âge de 17 ans (période de survenue de deux autres évènements traumatiques), il a revu ce cousin, au cours d'une réunion familiale où l'enjeu était celui de l'héritage laissé par ses parents, ce dernier s'était marié et avait eu un enfant. M.B. affirme avoir ressenti une poussée de haine en face de la figure de son ancien agresseur, ainsi que perçu le malaise de ce dernier. Mais il n'a rien avoué : « J'ai eu envie de tout déballer devant sa femme, surtout qu'il avait un fils et je craignais qu'il ne reproduise sur son enfant ce qu'il m'avait fait. Mais je n'ai rien dit. Par contre, pendant des années, je me suis vengé de lui, en le faisant chanter. » A l'âge de 17 ans, le père du patient meurt d'un cancer du foie probablement viral puis sa mère décède à quelques mois d'intervalle d'un cancer du poumon. La sœur aînée ayant disparu dans la nature, le patient laisse tomber ses études afin de trouver via un travail (celui de barman), l'argent nécessaire pour éviter le placement de son petit frère par le juge des enfants (« Au juge, je montrais le reçu du loyer, afin de justifier que j'étais capable d'assurer un toit à mon frère. Je n'ai pas passé le BAC, j'ai travaillé directement jusqu'à ce que mon frère puisse achever son apprentissage. Mission accomplie, mon frère n'a pas été placé. ») Concernant sa vie affective, Mr. B. est resté en couple pendant près de 10 ans avec une femme plus jeune que lui (14 ans de différence d'âge). Lui et sa compagne ont fini par se séparer, puis il est allé vivre au Costa Rica où il a eu une fille âgée de 14 ans. Il a enchaîné différentes occupations : peintre, barman : « J'étais un bon barman. » Le regret de sa vie : avoir renoncé à des études d'archéologie : « J'avais suivi les cours d'une école privée quand j'étais en Afrique et je continue à regarder des émissions dessus sur Arte. »

1.2.4 Discussion diagnostique

Les critères diagnostiques retenus selon le DSM V du trouble panique et ceux de l'agoraphobie vont être présentés.

1.2.4.1 Diagnostic de trouble panique et discussion des différentiels

Dans le cas de M.B. ce dernier présente des attaques de paniques récurrentes qui sont, selon le critère A du trouble panique, des montées brusques de crainte intense ou la survenue brusque de malaises intenses qui atteignent leur acmé en quelques minutes. M.B. manifeste alors les symptômes suivants : palpitations, transpiration, tremblements, sensation de souffle coupé, sensation d'étranglement, gêne thoracique, sensation de vertiges ou impression d'évanouissement, une peur intense de perdre le contrôle de soi, une peur intense de mourir, parfois des bouffées de chaleur ainsi que parfois de la déréalisation. Il valide le critère A, d'autant plus que les attaques surviennent à une fréquence de 3 par semaine, soit plus de 4 par mois.

Concernant le critère B, on relève de nombreuses situations évitées (cf : analyse fonctionnelle : liste des comportements problèmes), des comportements d'évitement récurrents sur une période de plus d'un mois (critère B-2). On retrouve également une crainte persistante des conséquences des attaques de panique, à savoir des préoccupations sociales (B-1), telles que la crainte d'être jugé négativement par les autres à cause de signes visibles de symptômes d'attaques de panique (énurésie secondaire).

Concernant le critère C, l'examen somatique retrouve une bronchite chronique asthmatiforme chez un patient tabagique actif (1 paquet/jour), sans dysthyroïdie. Je me suis appuyé sur les avis de son médecin addictologue (Dr S.) qui est généraliste. En mettant nos avis en commun, nous avons conclu que les attaques de panique ne pouvaient pas être mieux expliquées par l'affection bronchique.

Il est sevré depuis 2013 en cocaïne et cannabis. Il lui arrive de reconsommer de l'alcool, ponctuellement, sans remplir les critères de troubles liés à l'usage d'alcool. Sa dernière consommation d'alcool remonte au 13 octobre. Quand je le vois le 19/11, il présente ce problème de crises d'angoisses qui s'avère indépendant de la consommation ou du sevrage en alcool, car nous nous situons à plus de 4 semaines de la dernière consommation de toxique. Il souffre cependant d'un trouble lié à l'usage de benzodiazépines.

Concernant le critère D, les attaques de panique peuvent survenir de manière modérément fréquente aussi bien dans la rue qu'à son domicile. Ce ne sont pas les soucis qui les déclenchent, mais la sensation d'étouffement respiratoire, le jugement social en lui-même n'est craint que de par la conséquence d'être vu en train de manifester les symptômes de l'attaque de panique. Chez ce patient, la peur du regard discriminant d'autrui est d'ordre contextuel, circonscrit à la survenue d'une énurésie. Il ne craint pas de manière significative d'objet spécifique. Il ne remplit pas non plus tous les critères liés à l'anxiété de séparation (il remplit les critères A1 et A4, soit moins de 3 critères pour en valider le critère A). Il ne présente pas de syndrome de répétition, ni de flashbacks. Nous pouvons ainsi conclure qu'une

phobie spécifique, une anxiété de séparation, un état de stress post traumatique, une phobie sociale n'expliquent pas mieux la survenue des attaques de panique que le trouble panique.

Pour le trouble lié à l'usage de benzodiazépines, on retrouve :

- la tolérance. En effet, laissons parler le patient : « Je prends le Lexomil mais il ne me fait plus d'effet. » (Rajoutons : à la posologie habituelle à laquelle je le prends)
- la poursuite de la consommation malgré la connaissance de l'affection broncho-respiratoire et malgré le potentiel risque de détresse respiratoire de cette consommation associée à celle de méthadone.
- L'échec des tentatives de sevrage antérieures au bromazépam.

Il en consomme depuis au moins 2013. On a donc bel et bien un trouble lié à l'usage de bromazépam d'intensité légère.

Il en est de même pour la consommation tabagique (1 paquet/jour depuis plusieurs années) vis-à-vis de laquelle le patient ne manifeste aucune motivation à l'arrêt : échec des tentatives antérieures, poursuite de la consommation malgré la bronchite chronique, craving. On peut aussi valider le diagnostic de trouble lié à l'usage de nicotine.

1.2.4.2 Diagnostic de l'agoraphobie et discussion des différentiels :

M. B. manifeste une peur réelle ou anticipée du fait des situations suivantes : transports en commun, endroits ouverts (parkings), endroits clos (cinéma, magasins), patienter dans une file d'attente ou dans une foule, être seul à l'extérieur du domicile à des degrés divers (voir inventaire de mobilité de l'agoraphobe). Il valide le critère A DSM V de l'agoraphobie.

Concernant le critère B : il y a des pensées catastrophistes témoignant d'une peur que quelque chose de terrible ne lui arrive dans les situations ci-dessus. Il craint de ne pouvoir s'échapper en cas de survenue de symptômes de panique, il craint également de mourir, de perdre le contrôle, de devenir agressif. Quand il pénètre par exemple au Tex Mex au mois de mars, c'est à la condition de choisir la chaise située le plus près possible de la sortie de ce bar.

Concernant le critère C : Régulièrement au cours de la thérapie, j'ai fait référence à certains lieux cités ci-dessus et souvent cela a éveillé en lui un cocktail de sensations désagréables.

Concernant le critère D : nombre de situations sont évitées avec restriction de son périmètre d'action estimé à environ 300m autour du CRPS.

Critère E : nous avons eu un entretien axé là-dessus où lui-même reconnaissait rationnellement l'absence de danger dans la rue le soir du 27 mai. Il en était convaincu logiquement mais pas émotionnellement (voir analyse fonctionnelle).

Critère F : depuis au moins 20 ans, M. B. présente ce problème d'évitement.

Critère G : la peur, l'anxiété et l'évitement causent une détresse cliniquement significative et une altération du fonctionnement social (isolement), professionnel (sans emploi, ne peut pas sortir, ne peut pas passer un entretien d'embauche) ou dans d'autres domaines importants (qualité de l'alimentation, vie affective)

Critère G : pas d'affection somatique pouvant mieux expliquer l'agoraphobie.

Critère I : nous avons précédemment dans la partie discussion du trouble panique et de ses différentiels écarté les autres troubles anxieux du tableau clinique diagnostique de M.B. : la phobie sociale, l'état de stress post traumatique (bien que non mis dans la catégorie trouble anxieux dans le DSM V, contrairement au DSM IV-R), les phobies spécifiques, l'anxiété de séparation.

Concernant les grands diagnostics différentiels à éliminer :

- les troubles de l'humeur : ne peuvent pas expliquer ce dont souffre M. B. En effet, ni tristesse pathologique de l'humeur ni anhédonie suffisamment persistante.
- Pas non plus de symptôme du tableau opposé malgré une faible quantité d'heures de sommeil (dort entre 3 à 5h/ nuit) mais avec fatigue. Pas de rupture avec l'état antérieur d'au moins 4 jours (pour l'hypomanie) ou d'au moins 7 jours (pour l'épisode maniaque). Donc, pas de trouble bipolaire.
- Pas de période de moins d'1 mois ou de plus d'1 mois avec idées délirantes ou hallucinations ou appauvrissement constaté de la vie psychique, de la motivation ou des activités. Pas de bizarrerie comportementale, pas de période de désorganisation idéo-affective ni comportementale. Aucun argument pour poser un diagnostic donc de trouble psychotique bref ou chronique.

1.2.4.3 En conclusion :

Le diagnostic psychiatrique complet de M.B., 55 ans, est celui d'un trouble panique et d'une agoraphobie retentissant de manière sévère sur le plan social et professionnel (chômage, bénéficiaire de prestations sociales RSA puis AAH), sans épisode dépressif caractérisé et avec en comorbidités : un trouble lié à l'usage de nicotine, un trouble lié à l'usage de benzodiazépines d'intensité légère (Et on aurait pu rajouter trouble obsessionnel compulsif en rémission depuis 6 ans).

1.2.5 La ligne de base

1.2.5.1 choix des critères d'évaluation et nombre de séances

Choix des critères d'évaluation

Il est important avant de débiter un travail thérapeutique de définir certains critères qui permettront d'en évaluer l'efficacité. En matière de critère de jugement principal, la littérature du trouble panique avec agoraphobie autorise d'utiliser un critère clinique simple, à savoir le nombre d'attaques de panique rapporté à une durée (21). La fréquence d'attaques de panique de M.B est estimée en concordance avec l'équipe soignante à 3 attaques de panique par semaine.

Pour évaluer l'agoraphobie, j'ai choisi l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe (IMA), une échelle d'autoévaluation qui cote le degré d'évitement de 0 à 5. Il s'agit d'une échelle donnée au patient en début de thérapie qui servira de guide pour évaluer l'effet des techniques d'exposition.

J'évaluerai également au cours de la thérapie la posologie quotidienne rapportée par l'équipe infirmière de bromazépan puisqu'elle est corrélée à la survenue ou à l'anticipation d'attaques de panique. Ainsi, si nous récapitulons, les éléments suivants serviront en tant que ligne de base, évaluée donc au départ comme suit :

| | |
|---|---|
| La fréquence hebdomadaire d'attaques de panique | 3 attaques de panique par semaine |
| La posologie quotidienne de bromazépan en mg | 12mg par jour (2 barrettes de 6mg/jour) |

et l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe du 10/12, évalué au départ comme suit :

AGE : 55 ans
 DATE : 2012/11/20

Indiquez à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné(e) d'une personne sécurisante ou lorsque vous êtes seul(e). Utilisez l'échelle suivante :

1. Je n'évite jamais.
2. J'évite rarement.
3. J'évite une fois sur deux.
4. J'évite la plupart du temps.
5. J'évite toujours.

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3/4 ou 4/4).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque **endroit** ou **situation** sous les deux conditions suivantes : accompagné(e) et seul(e).

Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

| ENDROITS | ACCOMPAGNÉ(E) | SEUL(E) |
|---|---------------|---------|
| Cinémas | 5 | 5 |
| Supermarchés | 5 | 5 |
| Salles de cours | | |
| Magasins à rayons | 3 | 4 |
| Restaurants | 5 | 5 |
| Musées | 1 | 1 |
| Ascenseurs | 5 | 1 |
| Amphithéâtres ou stades | 1 | 3 |
| Stationnements intérieurs | 4 | 4 |
| Endroits élevés | 1 | 2 |
| Quelle hauteur : | 5 | 5 |
| Espaces fermés (ex. : tunnels) | | |
| Espaces vastes : | | |
| a) à l'extérieur (ex. : champs, rues larges, cours d'école) | 2 | 2 |
| b) à l'intérieur (ex. : grandes chambres, salles d'attente) | 4 | 5 |
| Aller en : | | |
| Autobus | 5 | 5 |

| ENDROITS | ACCOMPAGNÉ(E) | SEUL(E) |
|---|---------------|---------|
| Train | | |
| Métro | | |
| Avion | | |
| Bateau | | |
| Conduire ou aller en automobile : | | |
| a) n'importe quand | 2 | 1 |
| b) sur les voies rapides | 1 | 1 |
| Attendre en ligne | 5 | 5 |
| Traverser des ponts | 5 | 5 |
| Réceptions (party) ou rencontres sociales | | |
| Marcher sur la rue | 2 | 4 |
| Rester seul(e) à la maison | NP | 4 |
| Être éloigné(e) de la maison | | 4 |
| Autres (spécifiez) | | |

Nombre de séances :

Tout d'abord, si on fait le point sur le nombre de séances (tableau ci-dessous)

| |
|---|
| <u>Nombre de séances</u> |
| <u>Novembre</u> : 1 (19/11) |
| <u>Décembre</u> : 5 (03/12 au 31/12) |
| <u>Janvier</u> : 0 vu à partir du 21/01 (retour de congés) mais jusqu'à la semaine du 04/02 : exacerbation bronchique |
| <u>Février</u> : 4 (du 04/02 au 25/02) |
| <u>Mars</u> : 5 (du 03 au 31/03) |
| <u>Avril</u> : 1 (le 07/04) |
| <u>Mai</u> : 4 (du 05/05 au 26/05) |
| <u>JUIN</u> : 1 (du 02/06) : évaluation finale de la ligne de base |

Le nombre de séances allouées à la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie de M.B. a été de: 21 séances.

Sur le plan clinique, cependant, chaque semaine, je faisais le point en entretien sur le nombre d'attaques de paniques subies par le patient, grâce à l'entretien et aux exercices d'auto-observation donnés, exercices calqués sur le modèle de la grille d'auto-observation des attaques de panique. Néanmoins, il a été pertinent d'évaluer les progrès du patient le 10/03/2020 (12^{ème} séance) puis en fin de thérapie, le 02/06 à la 21^{ème} séance. En effet, fixer par exemple une évaluation une fois par mois n'aurait pas eu grand sens. En effet, le patient par exemple, en décembre était encore aux premières étapes d'éducation à la thérapie et de l'analyse fonctionnelle. Puis, de la mi-décembre à la mi-mars, il a bénéficié de la psychoéducation, d'un début de restructuration cognitive et de l'apprentissage d'une technique de relaxation respiratoire. De ce fait, j'ai fait le choix de l'évaluer après une période de progrès dans la mise en pratique des tâches à domicile portant sur le contrôle respiratoire, la psychoéducation et la restructuration cognitive. Quant à l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe, j'ai choisi de l'évaluer bien après, c'est-à-dire précisément après une intervention spécifique sur cette dimension symptomatique, soit à la 21^{ème} séance. En effet, les exercices d'exposition en imagination ont commencé le 05/05 et l'exposition in vivo s'est déroulée le 26/05. Cela ne m'a pas empêché de m'entretenir régulièrement avec lui, en face à face, au sujet des situations ou qu'il évitait ou qu'il affrontait au prix de passages en force et d'évitements subtils (ex : il se remet à fréquenter un bar, le TEX MEX au mois de mars, en faisant attention à ritualiser certaines étapes : payer premièrement précipitamment la serveuse pour ne pas endurer une file d'attente puis s'asseoir le plus près possible de la sortie).

1.2.5.2 Evolution de la ligne de base

Le tableau suivant et l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe récapitulent l'évolution des éléments de la ligne de base et seront discutés ultérieurement (cf : discussion des résultats finaux de la thérapie).

Tableau récapitulatif des éléments de la ligne de base

| | Evaluation de départ (10/12) | A la 12 ^{ème} séance : Entre parenthèse, le pourcentage d'évolution par rapport au départ | A la 21 ^{ème} séance : entre parenthèse, le pourcentage d'évolution par rapport au départ |
|--|------------------------------|---|---|
| Fréquence hebdomadaire d'attaques de panique | 3 | 0 (-100%) (depuis 14 jours) | 0 (-100%) (depuis 21 jours) |
| Posologie quotidienne de bromazépam (en mg) | 12 mg/jour | $\frac{3}{4}$ de 6mg/jour, soit 4,5mg/jour (-62,5%) (depuis 14 jrs) | Sa consommation varie entre 4,5mg et 9mg par jour. Je prends en résultat final le chiffre le moins bon, soit 9mg/jour (-25%) |

Ci-dessous : l'évolution de l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe entre le 10/12/2019 et le 02/06/2020

Inventaire de mobilité de l'agoraphobe (degré d'évitement de départ en bleu, degré d'évitement en fin de thérapie en rouge, entre parenthèses le pourcentage d'évolution par rapport au degré d'évitement de départ et un astérisque apposé devant les situations ayant évolué positivement)

AGE : 55 ans
 DATE : 02/05/2020

Indiquez à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné(e) d'une personne sécurisante ou lorsque vous êtes seul(e). Utilisez l'échelle suivante :

1. Je n'évite jamais
2. J'évite rarement.
3. J'évite une fois sur deux.
4. J'évite la plupart du temps.
5. J'évite toujours.

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3¼ ou 4½).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque **endroit** ou **situation** sous les deux conditions suivantes : accompagné(e) et seul(e).

Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

En bleu : Degré d'évitement de départ *En rouge : Degré d'évitement en fin de thérapie*

| ENDROITS | ACCOMPAGNÉ(E) | | SEUL(E) | |
|---|---------------|-----------|---------|-----------|
| | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Cinémas | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Supermarchés * | 5 | 4 (-20%) | 5 | 4 (-20%) |
| Salles de cours | | | | |
| Magasins à rayons * | 3 | 1 (-66%) | 4 | 1 (-75%) |
| Restaurants | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Musées | 1 | 3 (+300%) | 1 | 5 (+500%) |
| Ascenseurs * | 5 | 1 (-80%) | 1 | 1 |
| Amphithéâtres ou stades | 1 | 5 (+500%) | 3 | 5 (+166%) |
| Stationnements intérieurs * | 4 | 2 (-50%) | 4 | 2 (-50%) |
| Endroits élevés | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Quelle hauteur : | | | | |
| Espaces fermés (ex. : tunnels) * | 5 | 4 (-20%) | 5 | 4 (-20%) |
| Espaces vastes : | | | | |
| a) à l'extérieur (ex. : champs, rues larges, cours d'école) * | 2 | 1 (-50%) | 2 | 1 (-50%) |
| b) à l'intérieur (ex. : grandes chambres, salles d'attente) | 4 | 4 | 5 | 5 |
| Aller en : | | | | |
| Autobus * | 5 | 4 (-20%) | 5 | 4 (-20%) |

| ENDROITS | ACCOMPAGNÉ(E) | | SEUL(E) | |
|---|---------------|-----------|---------|----------|
| | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Train | | | | |
| Métro | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Avion | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Bateau | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Conduire ou aller en automobile : | | | | |
| a) n'importe quand | 1 | 1 | 1 | 1 |
| b) sur les voies rapides | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Attendre en ligne * | 5 | 3 (-40%) | 5 | 4 (-20%) |
| Traverser des ponts | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Réceptions (party) ou rencontres sociales * | 5 | 4 (-20%) | 5 | 5 |
| Marcher sur la rue * | 2 | 2 | 4 | 2 (-50%) |
| Rester seul(e) à la maison | NP | | 1 | 1 |
| Être éloigné(e) de la maison | 1 | 2 (+100%) | 4 | 2 (-50%) |
| Autres (spécifiez) | | | | |

1.2.6 Analyse fonctionnelle

1.2.6.1 premières étapes

Avec M.B., se posant la question de qu'est-ce qui pose problème, nous avons listé un certain nombre de comportements ouverts et couverts qui ont servi de point de départ à une réflexion conjointe :

- Il évite de sortir dans la rue aux heures de pointe ou le mercredi qu'il considère comme un jour de forte affluence (« jour des enfants »).
- Il réfléchit à deux fois avant de sortir même quand il le doit (pour par exemple acheter les courses alimentaires).
- Il évite de passer devant un pub.
- Il évite de se rendre dans une grande surface.
- Pour se rendre chez le boulanger, il doit à l'avance téléphoner afin de l'avertir.
- Quand il pousse la porte de la boulangerie, ce dernier doit lui avoir préparé ce qui a été demandé.
- M.B. reste le moins longtemps possible dans la boulangerie.
- M.B. du fait de son anxiété fait ses courses le plus rapidement possible.
- M.B., du fait de la précipitation, constate en rentrant chez lui qu'il a oublié de faire quelques courses essentielles.
- Ayant oublié quelques courses, il devrait retourner au petit casino mais préfère se rabattre sur la boulangerie.
- M.B. ne sort pas sans demander aux IDE une barrette de bromazépan.
- Son rayon de circulation ne dépasse pas les 300 à 400m autour du CRPS.

Ensuite, nous avons classé ces comportements en comportements en excès ou en déficit par rapport à la norme. Quelques exemples ci-dessous :

Liste des comportements problèmes classés en excès ou en déficit

| Excès | déficit |
|---|---|
| De consommation de bromazépam(12mg/jour) | périmètre de circulation restreint |
| Fait ses courses trop rapidement par rapport à la normale (typique d'un comportement ouvert de type passage en force) | Qualitatif alimentaire (mange gras et est constipé, s'alimente beaucoup à la boulangerie) |
| De préparation, de tentative de maîtrise | Quantitatif alimentaire (oubli de courses) |
| Anxiété anticipatoire | |
| D'évitements situationnels (grandes surfaces, tunnels, trains) avec énormément de conséquences sur sa qualité de vie | |

Plusieurs modèles génériques d'analyse fonctionnelle existent (BASIC IDEA, SORC, ABC). Celui que je propose reprend le modèle de la grille SECCA (74).

1.2.6.2 Analyse fonctionnelle SECCA diachronique :

Facteurs prédisposants :

Nous allons les subdiviser en biologiques et en environnementaux.

| BIOLOGIQUES ou de Personnalité | ENVIRONNEMENTAUX |
|---|---|
| <p>-Vulnérabilité familiale à la dépendance aux toxiques : ATCD personnel de polytoxicomanie, ATCD familial au 1^{er} degré de consommation de toxiques chez une sœur</p> <p>- pas d'ATCD parental de trouble mental</p> | <p>-Deuils successifs : décès des parents</p> <p>- abandon familial (de la famille élargie)</p> <p>-abus sexuels pendant 3 ans récurrents</p> <p>- épisodes répétés d'éloignement familial</p> |
| <p>-Traits de personnalité dépendants</p> <p>- Critères OCEAN : personnalité plutôt ouverte, agréable malgré un contact « râleur », peu consciencieuse. On devine du fait des premières expériences une appétence antérieure pour la recherche de sensations fortes, un goût par le passé prononcé pour l'aventure.</p> | <p>-Stress chronique : A 17 ans, mis dans une position sacrificielle pour éviter le placement de son frère</p> <p>- Eloignement géographique avec sa fille et la mère de celle-ci restées au Costa Rica</p> <p>- tristesse lors des fêtes de fin d'année : « Je préfère l'après jour de l'an. Décembre me fait songer à ma fille que j'ai laissée au Costa Rica avec sa mère.»</p> |
| <p>- J'ai pu observer une certaine familiarité à la limite de la vulgarité avec insultes (c'est arrivé une fois, alors qu'il pensait que je n'étais pas là) envers des IDE</p> | <p>-isolement social (en dehors de l'équipe soignante, pas de contacts réguliers)</p> <p>-isolement familial du fait des consommations anciennes de toxiques (cf : histoire de vie) éveillant sentiment de honte et de culpabilité avec cauchemars portant sur la thématique des consommations de drogues</p> <p>-difficultés financières, le chômage et la rétroaction négative sur le sentiment d'efficacité personnelle.</p> |

Facteurs déclenchants initiaux retrouvés :

Un ami, à l'âge de 19 ans lui propose un joint de cannabis (cf : ATCD psychiatriques)

Evènement précipitant les troubles :

Le conditionnement répondant : De retour en milieu urbain, après 3 mois asymptomatique en AFT, en passant devant un pub, une attaque de panique inattendue avec énurésie se déclenche. Quand on analyse, on se rend compte que le retour en milieu urbain associé au passage devant ce pub a ravivé des réflexes physiologiques et des souvenirs faisant écho à une période de détresse psychosociale extrême (à Toulouse, attaque de panique avec énurésie, voir ATCD psychiatriques). C'est comme si le passage devant le pub l'avait ramené à cette époque.

Facteurs de maintien du trouble :

- L'absence de prise en charge en TCC spécifique sur le trouble panique avec agoraphobie,
- les renforçateurs négatifs diminuant la capacité à sortir ou majorant l'anxiété anticipatoire : les évitements majeurs et multiples ou la dépendance comportementale aux benzodiazépines (en effet, le patient ne sort jamais sans demander le Lexomil en si besoin. Se faisant, il s'autoconvainc de la dangerosité qu'il y ait à sortir sans.),
- l'adhésion à des croyances issues de biais cognitifs renvoyant à des jugements d'étiquetage : « En cas d'attaque de panique, les gens vont penser que je suis un toxicomane. »,
- les biais cognitifs : les pensées irréalistes catastrophistes : « Mon cœur palpite. C'est le signe qu'il va s'arrêter. Ma respiration se bloque, mon corps va s'emballer. » Ou encore : « Ma respiration se bloque, je vais mourir étouffé. »
- La démotivation, le découragement (pas au stade de perte d'espoir avec IDS ou d'impuissance apprise de Seligman)

Traitement :

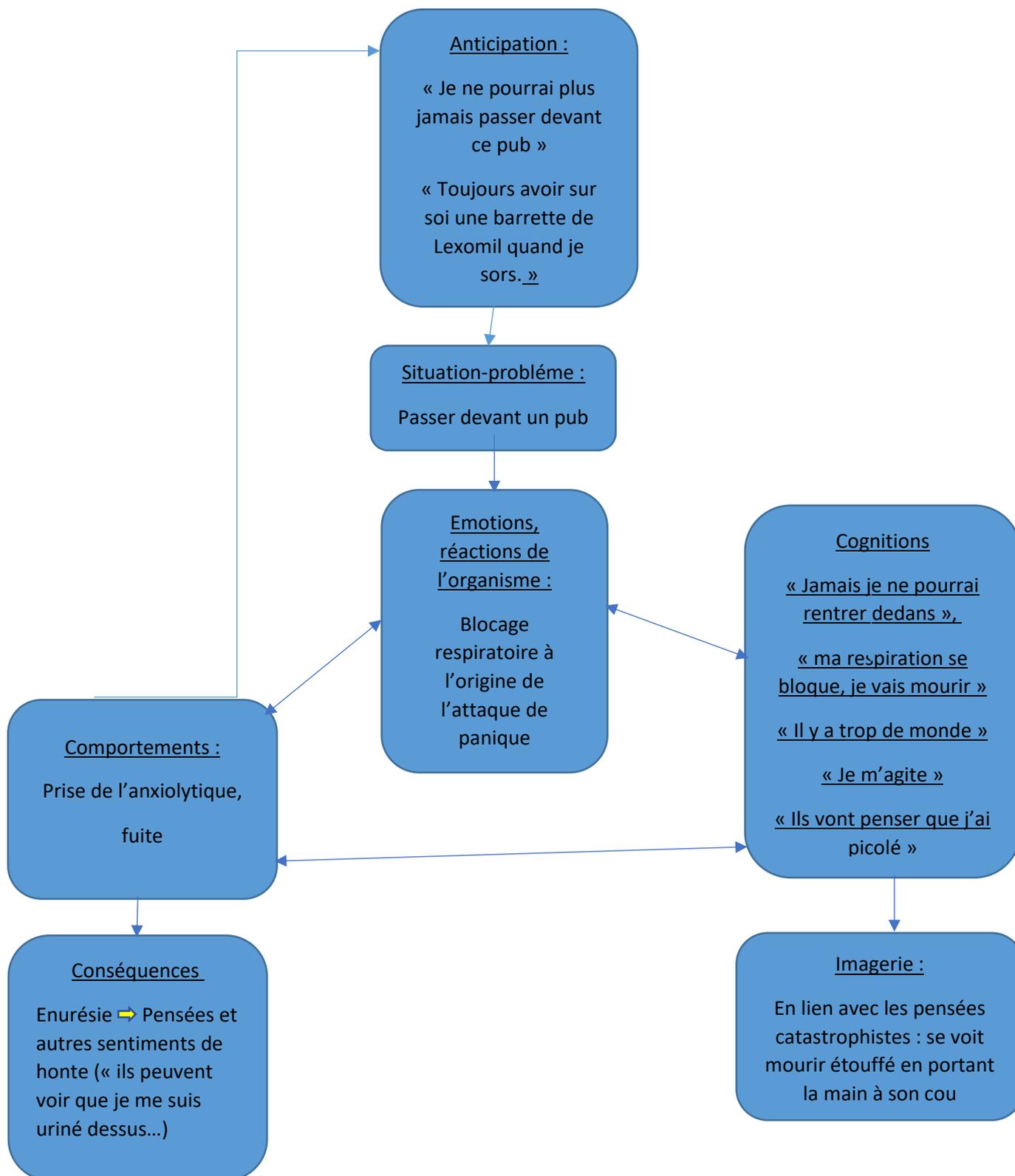
Paroxétine 30mg : 1,5cpr de 20mg le matin, soit 30 mg par jour.

Prescription d'anxiolytique : bromazépam 6mg/jour + 6mg/jr en SOS (en si besoin)

Prise en charge psychosociale au CRPS : suivi psychiatrique, IDE, mesures sociales (AAH pour TOC, appartement-relais au CRPS de Rodez)

Maladies physiques : voir ATCD somatiques

1.2.6.3 Grille SECCA : analyse fonctionnelle synchronique :



Situation : Le patient sort du CRPS pour la 1^{ère} fois afin de rejoindre quelqu'un et pour s'acheter du pain. Il passe devant un pub.

Emotion et réactions de l'organisme :

Emotion de peur, sentiment de honte (par conditionnement répondant à la vue du bar)

Frissons des pieds à la tête, blocage respiratoire, hyperventilation, palpitations, impression imminente de perte de connaissance avec déréalisation,

Cognitions :

« Jamais je ne pourrai rentrer là-dedans », « ma respiration se bloque : je vais mourir », « il y a trop de monde », « je m'agite... ils vont penser que j'ai picolé. »

Imagerie :

Il se voit porter la main à son cou tout en étouffant. Il se voit s'uriner dessus. Il se voit jugé par le regard d'autrui.

Comportement :

Il prend une barrette de 6mg de bromazépam per os qu'il gardait dans un flacon, au sein d'une poche de son pantalon. Comportement de fuite, il cherche un refuge, une petite rue, il s'éloigne du pub en courant.

Conséquences :

Pas d'effet du Lexomil sur le déroulement de la crise d'angoisse. Il pense : « Je continue à trembler et je suis en sueurs. » La détresse augmente puis... Enurésie en pleine rue (comme à Toulouse). Il pense alors : « Ils peuvent voir que je me suis uriné dessus, c'est encore plus honteux. » « Je me dégoûte. » « Je ne pourrai plus passer devant ce pub. »

Anticipation:

Renforçateurs négatifs :

- cognitifs, lorsqu'il se dit: « je ne pourrai plus jamais passer devant ce pub. » Cette pensée entraîne une surgénéralisation qui se voit dans le fait qu'il va dorénavant éviter jusqu'au mois de mars 2020, de passer devant tout pub (l'évitement évolue de ce pub à tout lieu évocateur de potentielle consommation de boissons alcoolisées, incluant le bar thérapeutique du CRPS.). Le renforcement négatif se voit aussi dans le fait qu'il va éviter d'emprunter la rue risquant de le mener à ce pub et qu'il préfère perdre plusieurs minutes en détours divers.
- « Toujours avoir sur soi une barrette de Lexomil quand je sors. » On retrouve le biais cognitif de surgénéralisation et la réapparition d'un comportement qui avait disparu en AFT.
- Le fait de s'être uriné dessus... Il a appris qu'en situation de crise d'angoisse, la perte de contrôle pouvait s'avérer telle qu'elle pouvait déboucher sur le relâchement des sphincters. Comme on aurait pu l'indiquer sur un schéma de cercles vicieux, cette perte de contrôle des sphincters déclenche d'autres émotions de peur, de honte et une nouvelle, celle du dégoût de soi vis-à-vis de ce corps qui lâche (expliqué au patient). La présence de témoins amplifie la charge d'émotions négatives et le jugement dans un premier temps négatif puis discriminant sur soi (renvoyé à l'étiquette toxicomane)

1.3 Projections thérapeutiques et réalisation de la thérapie

1.3.1 Analyse de la demande et contrat thérapeutique

On se rappelle de la demande initiale du patient : supporter de patienter dans une file d'attente SEUL en allant faire ses courses dans un supermarché. Au bout du 4ème entretien, je lui restitue le bilan de l'analyse fonctionnelle au regard de la demande initiale.

- Aujourd'hui, je vais vous résumer le bilan des 3 séances précédentes. Nous nous sommes quittés la dernière fois sur le fait que vous étiez d'accord pour réfléchir à une thérapie. Est-ce encore le cas ? »

Le patient : « Oui. »

- Que vous apporterait une thérapie selon vous ?

Le patient :

-Me sentir mieux.

-C'est-à-dire, lui demandé-je ?

- être moins angoissé.

- C'est-à-dire ?

- Ben, vous savez bien.

-Ce qui m'intéresse, c'est de savoir, si vous êtes moins angoissé, qu'est-ce que cela changerait ? Y a-t-il des choses que vous pourriez faire en plus ou en moins ?

- Déjà, je pourrais sortir.

-Autrement dit, aujourd'hui ce n'est pas le cas ?

-Oui, mais je pourrais sortir sans faire de crise d'angoisse.

Je me penche sur les notes prises lors de la 1^{ère} consultation.

- Quand nous nous sommes vus la 1^{ère} fois, vous m'expliquiez que certains actes de la vie quotidienne restaient extrêmement difficiles à réaliser à cause de ces crises d'angoisse. Vous vous en souvenez ?

Le patient :

- Oui et c'est encore le cas. Faire mes courses au Carrefour City par exemple.
- Qu'est-ce qui est difficile quand vous allez faire les courses au carrefour city ?

Réponse du patient : « Ben, je panique. »

- Et quelles sont les conséquences de ces paniques ?
- Je ne supporte pas la queue, alors parfois je laisse les courses en magasins.
- Et donc, quelles sont alors les conséquences ?

- Je rentre chez moi, le frigo est vide, je dois alors appeler la boulangerie pour qu'ils me préparent des provisions. Mais les pizzas et les quiches chaque jour cela revient à bien plus cher. De plus, à un moment, j'en ai la nausée de ces pizzas et de ces quiches.
- Donc, si j'ai bien compris, les conséquences seraient multiples : d'ordre financière et d'ordre lié à la qualité de votre alimentation.
- Oui.
- Est-ce 2 choses importantes pour vous ?
- Oui, avec le fait de retrouver un certain contrôle.

Je revisite ensuite les données issues de l'entretien précédent.

- La semaine dernière, nous avons exploré ensemble plus en détail au travers de la crise du mois de mai, vos angoisses. Qu'en avez-vous compris ?
- Que quand je panique, c'est d'abord ma respiration avant toute chose qui se bloque et alors je me dis que je vais mourir.
- Très bien, seriez-vous d'accord pour que la thérapie aborde cet aspect des choses, la travaille, en fait que nous travaillions ensemble sur cet aspect, j'insiste sur le nous, c'est à dire VOUS et moi.
- Oui.
- Très bien. Je vais être plus explicite. (Je prends alors le schéma de l'analyse fonctionnelle que je complète avec des flèches) Chaque flèche, je lui explique, représente un axe de travail que nous ferons ensemble. Si vous acceptez que la thérapie aborde ces deux points, à savoir premièrement le trigger respiratoire (1^{ère} flèche montrée) et deuxièmement ce qu'il déclenche, à savoir les pensées automatiques véhiculant la peur de mourir d'arrêt respiratoire (2^{ème} flèche désignée au patient), alors je pourrais vous proposer certaines méthodes après vous avoir expliqué le modèle TCC du trouble panique. Peut-être pourrions-nous commencer d'abord par une méthode respiratoire afin de vous aider à reprendre le contrôle sur cette sensation tout en voyant ensemble ce qu'est la réaction d'alarme ?
- Pourquoi pas.
- Cela pourrait être intéressant de commencer ainsi, car c'est cette sensation d'étouffement qui déclenche on l'a vu (je lui remontre son analyse fonctionnelle et je me mets à côté de lui) la pensée : « je vais mourir. » Qu'en pensez-vous ?
- Cela me paraît ok.
- Ensuite, deuxièmement, nous aborderons les pensées en elles-mêmes, nous ferons ce qu'on appelle de la restructuration cognitive sur l'ensemble des pensées pouvant accompagner les symptômes du trouble panique. Nous en avons identifié une qui est: « Je n'arrive pas à respirer et donc je vais mourir étouffé » puis nous explorerons les autres. Qu'en dites-vous ?
- Oui, je suis d'accord. En effet, c'est ce dont on avait parlé la dernière fois. J'ai la sensation respiratoire puis c'est à ce moment-là que je panique et ensuite viennent d'autres sensations.

- Très bien. Ensuite, vous me disiez que ce que vous vouliez lors des séances précédentes, c'était de pouvoir sortir plus facilement, voire par exemple de pouvoir faire vos courses et notamment de pouvoir patienter sereinement dans la file d'attente d'un supermarché.
- Oui. En effet, c'est ce que je veux.
- Ainsi, avec votre accord, je me dis que l'un des objectifs principaux de la thérapie serait de vous permettre de réaliser cela, sans obligation de succès ou de performance, juste à un moment donné de pouvoir le travailler ENSEMBLE, j'insiste. Alors, pour arriver à cet objectif final, il s'agit d'un autre travail que je pourrais vous proposer, à savoir un travail qu'on appelle travail d'exposition (3^{ème} flèche). Nous hiérarchiserons diverses situations. En effet, l'exposition peut être progressive, c'est-à-dire qu'avant de réussir à faire vos courses dans un supermarché, le mieux ce serait par exemple de réussir à les faire sereinement sans vous précipiter au Carrefour City, un plus petit centre commercial. C'est ce qu'on appelle l'exposition graduée. Mais il en existe divers types.

Ci-dessous : l'analyse fonctionnelle avec les flèches d'étayage thérapeutique



Ainsi, les axes thérapeutiques proposés à ce patient ont été les suivants :

- Dans un premier temps, phases d'auto-observation et d'analyse fonctionnelle (en se servant pour l'auto-observation de la Grille d'auto-observation des attaques de panique ou GAAP ou au moins en s'y inspirant : le patient fut en effet peu enclin à remplir cette grille structurée, préférant noter directement sur le carnet de thérapie ou me parler).

- Deuxième temps : apprentissage d'une technique de relaxation respiratoire car nous l'avons vérifié avec lui, la sensation de blocage respiratoire constitue le déclencheur de la plupart de ses attaques de panique. Et, psychoéducation sur le modèle TCC du trouble panique avec agoraphobie via l'explication de la réaction d'alarme. Utilité de la psychoéducation : réduire l'écart de compréhension thérapeute-patient, favoriser l'établissement d'une alliance thérapeutique solide, améliorer la compréhension des réactions de son organisme afin de lui redonner confiance pour passer à l'action lors de la prescription des tâches à domicile (exemple : relaxation au moins 1 fois 15 minute par jour et tous les jours).
- Troisième temps, la restructuration cognitive couplée à l'exposition aux sensations intéroceptives.
- Quatrième temps, les exercices d'exposition en imagination puis l'exposition in vivo. Ainsi, via une méthode de désensibilisation à travers la réaction d'habituation, j'espère contribuer à ce que nous atteignons ensemble son objectif de fin de thérapie, à savoir : pouvoir sereinement faire les courses dans une grande surface (exemple : Monoprix sans les passages en force ou tolérer de patienter dans une file d'attente au SUPER U.)

Je conclus cette 4^{ème} séance : « Nous sommes deux experts qui nous penchons sur un problème. Avec votre permission, M.B, je vous rappelle qu'il y a entre 75 et 90% de réussite (21) et que les TCC sur les TOC ont chez vous donné d'excellents résultats grâce à votre implication (rappel d'une réussite antérieure afin qu'il s'implique sereinement dans la thérapie).

1.3.2 La réalisation de la thérapie

1.3.2.1 Phase1 : les premières étapes de la thérapie

Cette phase ayant été en partie décrite dans les chapitres précédents, rappelons tout de même les différentes étapes :

- Le premier entretien avec le patient permet de poser les bases d'une mise en confiance lui offrant un espace où il commence à se dévoiler. C'est ainsi que je repère qu'il souffre d'une bronchite chronique puis il me parle spontanément de la survenue il y a 2 jours d'une hyperventilation qui a déclenché une attaque de panique. Mon inquiétude est alors de savoir s'il a pu acheter des aliments. Je prends lors d'un entretien semi-dirigé les informations d'ordre social et relatives à son suivi à la fois actuel (CSAPA, suivi infirmier, intervenants sociaux) et antérieur (voir anamnèse).
- Cette première phase s'est étendue du 19/11/ 2019 au 17/12/2019, soit 4 séances en tout.
- Elle a consisté en le recueil anamnestique (cf : anamnèse), l'évaluation diagnostique (cf diagnostic), la recherche des diagnostics différentiels (cf diagnostique), l'établissement d'une ligne de base (cf ligne de base),
- elle s'est appuyée sur des techniques d'entretien motivationnel permettant de rouler avec la résistance au bénéfice de l'alliance thérapeutique, d'explorer les divergences au bénéfice de la clarification des ambivalences, d'augmenter sa confiance (en lui

rappelant par exemple le succès d'une thérapie TCC antérieure sur les TOC) et de le connecter à des facteurs intrinsèques motivationnels bénéfiques pour favoriser l'acceptation puis l'engagement dans la thérapie (car de tels facteurs sont de bien plus puissants vecteurs de motivation que des facteurs extrinsèques).

- Elle s'est appuyée également sur une explication du modèle TCC du trouble panique avec agoraphobie. Grâce aux techniques d'entretien motivationnel utilisées, le patient passe entre novembre à décembre d'une phase initiale contemplative vis-à-vis de la thérapie mêlée de découragement vis-à-vis de son problème d'anxiété à une phase au 3^{ème} entretien de préparation (cf annexe 2). De par l'anamnèse, après lui avoir reflété son succès antérieur en psychothérapie, il questionne sur la prise en charge en TCC du trouble panique dans une quête active d'informations pour passer à l'action ce qui m'amène à entamer la psychoéducation. D'où l'explication de la réaction d'alarme via le déclencheur respiratoire. Ci-dessous, un tableau récapitulatif des sensations physiologiques accompagnant la réaction d'alarme.

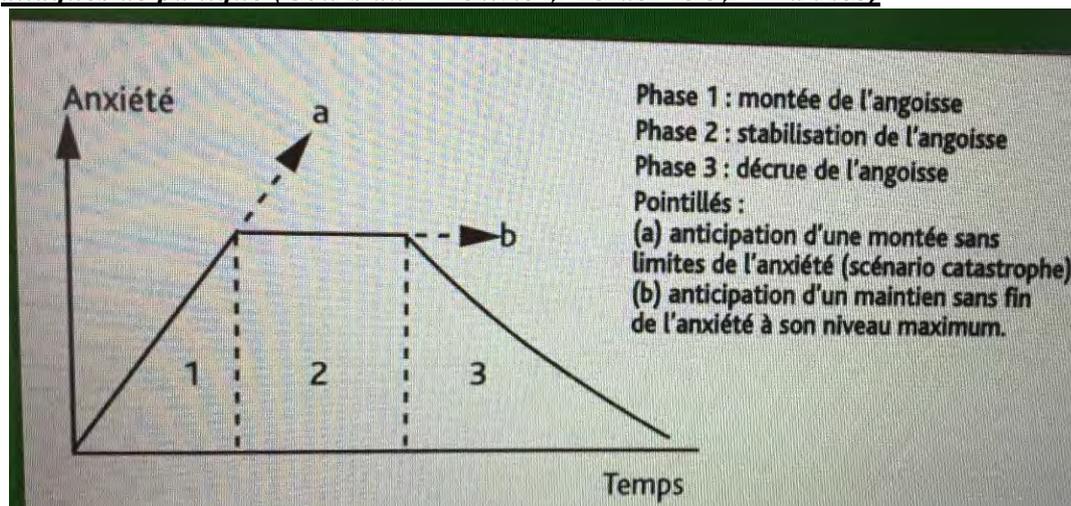
Tableau des modifications physiologiques accompagnant la réaction d'alarme (cours du Dr Olivier, DU TCC sur le trouble panique 1^{ère} année)

| |
|--|
| Pression artérielle augmente |
| Débit sanguin augmente dans les muscles dont les vaisseaux se dilatent |
| Augmentation de la fréquence cardiaque |
| Diminution du débit sanguin au niveau de l'intestin, de l'estomac et des reins |
| Augmentation de la fréquence respiratoire |
| Augmentation du tonus musculaire du fait de la contraction des fibres |
| Peau : vasoconstriction, horripilation, augmentation de la sudation |
| Augmentation de la glycémie (glycogénolyse au niveau des muscles et du foie) |
| Augmentation de la coagulation sanguine |
| L'activité cérébrale augmente |

Et selon le cours cité ci-dessus, de conclure quant à la réaction d'alarme : il s'agit d'un réflexe qui augmente l'ensemble des compétences de l'organisme pour faire face à un stress ou à un danger.

Tout en expliquant la réaction d'alarme, la psychoéducation sur le stress via la modélisation de son évolution au cours du temps a débuté. J'ai expliqué au patient qu'une émotion finit toujours par diminuer en intensité après avoir atteint un plateau. Et que cette descente est sûre à 100%. Ci-dessous un schéma en facilitant la visualisation.

Schéma d'évolution générale de toute émotion y compris de l'émotion de peur associée aux attaques de panique (Cours du Dr Olivier, DU de TCC, 1^{ère} année)



- Ensuite, nous avons abordé ce qui se passe au niveau de la sphère respiratoire et du dioxygène ambiant en prenant l'image du diaphragme qui « monte et descend » et des muscles intercostaux qui « se contractent et se relâchent comme un accordéon ». Et que donc, il est « impossible de manquer d'air, surtout qu'il y a toujours, de par la gravité une pression atmosphérique. Mais le diaphragme continue à toujours monter et descendre même lorsque l'on fait une attaque de panique et qu'on a l'impression d'étouffer. »

Pour moi, c'était plus de la psychoéducation que de la restructuration cognitive, c'est pourquoi je me suis permis de la débiter aussi tôt. Mais je me rends compte que cette psychoéducation a servi également de restructuration cognitive. M. B. y fera référence à de nombreuses reprises au cours de nos séances, arguant que cela le rassure que le diaphragme poursuive ses mouvements verticaux. Il en a conclu qu'il était impossible de mourir asphyxié. Il dira même, montrant l'évolution de sa pensée, que c'est son corps qui le « bluffe » (bluffe: l'usage d'un vocabulaire ludique indiquant selon moi un rapport au corps qui change, passant d'un corps catastrophique lâcheur et inondant à un corps joueur).

- Cette première phase a consisté également en la réalisation de tâches à domicile d'auto-observation, afin de modifier son rapport aux symptômes. Je lui ai expliqué au cours d'un entretien (chez un patient à la vocation archéologique première) de se mettre dans la peau d'un chercheur qui va devoir se pencher sur un phénomène. La particularité, c'est que ce phénomène est un phénomène intérieur. Et avec son accord, le but a été d'étudier ce phénomène, c'est-à-dire sur une semaine par exemple, de noter la survenue d'une attaque de panique avec son contexte (de l'écrire dans un cahier ou de compléter une grille la GAAP : cf analyse de la demande et contrat thérapeutique) de temps, de lieu, d'action, de pensée, de sentiment avant attaque puis après attaque et de décrire les sensations corporelles. Cette tâche a été proposée à partir du 10/12 puis reconduite (partiellement faite par le patient entre 2 entretiens : « j'ai oublié, j'avais trop de RDV cette semaine, désolé... », ce qui m'obligea à rechercher les informations contextuelles en séance).
- Cette première phase de la thérapie culmine par la réalisation conjointe de l'analyse fonctionnelle diachronique et synchronique (cf partie analyse fonctionnelle) puis du contrat avec objectifs thérapeutiques dont la restitution clôt le 17/12 cette première phase.

1.3.2.2 Phase 2 : phase comportementale de contrôle respiratoire

Apprentissage de la méthode de relaxation respiratoire :

Cette phase a débuté le 31/12/2019. Le choix s'est porté sur une méthode comportementale remplissant les critères suivants :

- Premièrement, la simplicité de la méthode afin de ne pas le décourager et donc de l'inciter à la mise en pratique.
- Deuxièmement, la rapidité d'action, à même de donner dans des délais que lui et moi voulions courts, des résultats qui à leur tour enclencheraient un cercle vertueux (confiance suffisante pour essayer si la technique est simple- mise en action- résultats favorables sur les sensations respiratoires- augmentation à nouveau de la confiance) jouant le rôle de renforçateurs positifs intrinsèques motivationnels pour le comportement « mise en pratique de la relaxation respiratoire. »
- Troisièmement, l'utilité clinique. L'analyse fonctionnelle ayant montré que la plupart des attaques de panique ont pour trigger le système respiratoire mis à mal par la sensation d'étouffement, il nous a semblé cohérent de commencer la thérapie par une méthode ciblant cette voie. Traiter cette porte d'entrée constituait la voie royale pour exercer un début de contrôle sur la réaction d'alarme.

Nous avons donc débuté la pratique de la relaxation respiratoire le 31/12. La méthode choisie fut empruntée au TD relaxation effectué l'an dernier dans le cadre du DU de TCC (1^{ère} année). L'intervenante nous avait enseigné une méthode simple de respiration abdominale que l'on pouvait immédiatement mettre en pratique. La technique consiste en deux secondes d'inspiration par le nez, suivies si on le désire d'un blocage d'une à deux secondes, auquel succèdent 4 secondes d'expiration lente par la bouche. On pouvait aussi utiliser un temps 3/6 au lieu de 2/4, le principe étant de respecter une règle : expirer deux fois plus longtemps qu'inspirer. Se faisant, une activation du système parasympathique se met en place.

Dans le cas d'une attaque de panique, la réaction d'alarme entraîne une hyperactivation adrénergique, il y a donc une activation du système sympathique. L'idée de la relaxation est de revenir à un fonctionnement de l'organisme opposé, c'est-à-dire parasympathique. Ainsi, le 31/12, je lui enseigne cette méthode. Nous réalisons ensuite une séance pratique de relaxation, après explication des mécanismes mis en place dans la réaction d'alarme et dans la réaction de relaxation. Au milieu de la séance, au bout de quelques minutes: il y a activation du système parasympathique du patient: majoration de la salivation, majoration du flux lacrymal, envie de bâiller, sensation de détente. Le patient expérimente en lui cette activation avec les sensations qui l'accompagnent. Je lui propose alors d'effectuer cette pratique de relaxation respiratoire en tâche à domicile tous les matins si possible pendant au moins 20 minutes. Et ensuite, nous refferons le point lors de la prochaine séance sur ce qu'il aura pu observer au cours de la semaine qui allait suivre. J'ai dans l'idée, qu'en lui disant 20 minutes, il en fera 10 (ce qui sera d'ailleurs le cas), mais pratiquer régulièrement même pendant 10 minutes suffit à déclencher cette réaction de détente. Se faisant, le but recherché est aussi de modifier son rapport au corps (un corps qui peut s'appréhender autrement que comme un objet de déclenchement d'alarmes).

Cette méthode de relaxation respiratoire est également enseignée dès le 31/12 afin de remplir cinq objectifs supplémentaires :

- Satisfaire au principe de l'inhibition réciproque de Wolpe, psychiatre né sud africain. En effet, il est impossible selon ce principe d'être à la fois détendu et en état de stress. Autrement dit, ou on est en état de relaxation ou on est en état de stress. Appliqué à M. B., ce principe permettrait normalement de switcher d'un état de réaction d'alarme à un état de relaxation.
- Servir de première étape aux techniques d'exposition intéroceptive.
- Passer d'une connaissance passive (apprise en psychoéducation, assis comme à l'école, or M.B. déteste cette position passive) à une compétence (répétée en pratique tous les jours en pensant aux contractions ininterrompues du diaphragme et des muscles intercostaux pour une rétroaction sur la cognition de mourir étouffé). Quand je lui explique que mon souhait est qu'il passe d'un état passif à un état responsable, je sens qu'il entend des mots à même de le positionner dans une posture qui lui donne de la dignité.
- M.B. ayant une comorbidité d'asthme, on sait que dans cette maladie, il peut survenir un frein expiratoire nécessitant une expiration à lèvres pincées. Ainsi, le choix d'une expiration lente par la bouche s'avère assez proche de ce type d'expiration.
- Cinquièmement, ce type d'expiration est une respiration de type abdominale qui est la respiration relaxante par excellence. (cours de 1^{ère} année sur la relaxation DU de TCC de Toulouse)

Pour conclure cette séance, nous faisons un feedback. Voilà ce qui en ressort. Observation du 31/12 :

Patient motivé que ce soit au niveau verbal et paraverbal qui dit: " je ne savais pas que le diaphragme quoi qu'il arrive se contracte et se relâche. Donc quoi qu'il arrive, je ne peux pas manquer d'air." Explication du fait que ce sont les muscles intercostaux qui se contractent lors de l'hyperventilation.

Analyse de l'efficacité :

Après cette séance dédiée à la relaxation respiratoire, je suis parti en congés. A mon retour, ce patient se trouvait dans un état qui laissait craindre une détresse respiratoire. L'auscultation pulmonaire retrouvait une prédominance de sibilants avec quelques ronchi, un épisode de bronchite sans signe de foyer pulmonaire qui a nécessité deux semaines de traitement. Autant dire qu'évidemment, la priorité était aux soins somatiques. Ce fut une période délicate, marquée par deux consultations de médecine générale annulées en raison des conduites d'évitement du patient. Une a été annulée parce que le patient s'imaginait déclencher une attaque de panique au milieu de la salle d'attente. Son médecin a été obligé d'aménager la prise de contact, c'est-à-dire de lui donner un RDV (à 15h). Mais l'anxiété était si forte, que le patient à peine entré en salle d'attente, a ressenti les sensations précédant le déclenchement d'une attaque de panique. Bien qu'accompagné d'une IDE du CRPS, il a demandé à faire demi-tour. Finalement, c'est son addictologue qu'il consulte 1 fois/ mois au CSAPA (donc habitué à s'y rendre, endroit familier, personnes connues, attente dans une salle avec très peu de patients) qui a pu le prendre en charge le 28/01 pour la bronchite.

Nous reprenons donc la prise en charge (PEC) TCC le 04/02. Je note: « majoration depuis une semaine des évitements qui deviennent majeurs, sentiment de vide, tristesse, fatigue,

anhédonie, pas d'IDS. Nécessité de reprendre la PEC de l'agoraphobie avec trouble panique (il ne va vraiment pas bien). Il ne fait plus les exercices, je suis obligé de recadrer, de rappeler les objectifs et ce qui est important pour lui. »

Je me précipite peut-être un peu mais je lui conseille de reprendre les exercices donnés en tâche à domicile (relaxation respiratoire) après prescription de la kinésithérapie respiratoire.

Le 11/02, je le revois. Je note : « Il ressort de son appartement, moins d'évitement, il pratique tous les jours la relaxation, il se présente avec son carnet de thérapie, il respire mieux. Résultats de la relaxation : il a eu une crise d'angoisse dans la semaine avec sensation de respiration bloquée, à 150m du CRPS, prévoyant d'aller à la boulangerie. Il était seul, à 11h du matin. Il a envisagé des alternatives et pensé : rentrer ? Faire la relaxation ? Son choix : entrer dans un garage, réaliser les exercices respiratoires pendant 15 min. La conclusion : Il a pensé : "je retrouve le contrôle, je n'ai pas besoin de rentrer pour prendre le Lexomil". Ses sensations : " je respire mieux". Les conséquences : " je vais à la boulangerie, j'étais détendu, j'y suis resté plus longtemps, j'ai repris le contrôle." Il y a eu une deuxième situation. Voilà ce qu'en dit le patient : "j'ai fait mes exercices respiratoires pendant 15 minutes avant de prendre le bus pour Onet-le-Château, j'ai réussi à prendre le bus, je me suis mis devant pour ne pas voir les passagers, je suis allé à Onet, j'ai fait ce que j'avais à faire à savoir rencontrer mon ancien propriétaire par rapport à des impayés de loyers et je suis rentré. Je n'ai pas eu de crises d'angoisses."

On est revenu sur la séance précédente pour s'assurer de sa compréhension. Et objectifs pour la prochaine séance: poursuivre la pratique quotidienne d'exercices respiratoires.

1.3.2.3 Phase 3 : restructuration cognitive et exposition aux sensations intéroceptives

1.3.2.3.1 Objectif de la phase et première étape

Cette phase va associer : une technique cognitive à une technique comportementale, d'abord la restructuration cognitive que nous allons aborder par étapes puis l'exposition aux sensations intéroceptives. La restructuration cognitive commence par la mise en lumière, via l'auto-observation des pensées automatiques, du lien entre les émotions et les cognitions. Elle consiste à façonner les pensées automatiques catastrophistes du patient en des cognitions réalistes qu'il pourra conscientiser en situation.

La psychoéducation débutée dès le 10/12 fait en partie office de restructuration cognitive. Comme évoqué précédemment, elle a au travers de l'apprentissage de la réaction d'alarme abordé les pensées irréalistes survenant lors de la sensation d'étouffement. J'ai demandé au patient de s'autoobserver afin de noter plus précisément ces phénomènes. Cette auto-observation a d'abord mis en lumière la pensée automatique : « ma respiration se bloque alors je vais mourir étouffé. » Ci-dessous, un tableau pour illustrer cette première étape (selon le modèle ABC).

Tableau ayant servi de point de départ à la restructuration cognitive.

| A (Sensation physiologique) | B (pensée automatique) Cotation de la certitude | C (émotion) |
|-----------------------------|--|---------------|
| Blocage respiratoire | « Je vais mourir étouffé. » Certitude : 80% | Anxiété 10/10 |

Ensuite, le 24/12, le patient ayant mieux compris la réaction d'alarme, il accepte que l'on travaille sur la pensée automatique mise en évidence à partir de la tâche d'auto-observation du 10/12. Nous revoyons ce qui a été abordé lors de l'analyse fonctionnelle: le facteur précipitant qu'est la sensation d'oppression respiratoire et les facteurs entretenant que sont les interprétations cognitives des sensations corporelles qui à leur tour vont amplifier les réactions physiologiques selon un modèle de cercle vicieux. S'ensuit une hyperventilation liée à l'accélération de la fréquence respiratoire, hyperventilation elle-même responsable de sensations dont les étourdissements. Puis un schéma lui a été remis (cf : annexe 1) afin de comparer l'impact des cognitions catastrophistes à l'impact des cognitions neutres.

Le but est de lui remontrer l'importance des cognitions alarmistes en tant que facteur perpétuant du trouble panique. Le patient, en effet, cote à 30% avant intervention cognitive la certitude liée à la peur de s'évanouir, à 70% la certitude liée à la peur de perdre le contrôle, à 80% la certitude liée à la peur d'avoir une crise cardiaque et à 80% (voir tableau précédent) la certitude liée à la peur de mourir d'asphyxie par manque de dioxygène. Ci-dessous le tableau complet établi sur le modèle ABC des pensées automatiques secondaires aux sensations physiologiques avec cotation du degré d'adhésion aux croyances catastrophistes

Modèle ABC des pensées automatiques secondaires aux sensations physiologiques avec cotation du degré d'adhésion aux croyances catastrophistes. L'émotion étant évaluée en tant que conséquence des pensées automatiques.

| A (sensation physiologique) | B (pensées automatique) Cotation de la certitude | C (émotion) sera cotée 10/10 correspondant à l'anxiété de l'attaque de panique sauf pour la sensation vertigineuse qui est moins anxiogène |
|--|--|--|
| Blocage respiratoire | « Je vais mourir étouffé » Certitude : 80% | Anxiété 10/10 |
| Palpitations, accélération de la fréquence cardiaque | « Je vais faire une crise cardiaque puis mourir » Certitude : 80% | Anxiété 10/10 |
| Sensation vertigineuse | « Je vais m'évanouir » Certitude 30% | Anxiété 5/10 |
| Oppression thoracique | « Je manque d'air » Certitude 80% | Anxiété 10/10 |

1.3.2.3.2 Réévaluation cognitive et remplacement des idées irréalistes par des pensées plus réalistes

Le but est de modifier les pensées catastrophistes sur la base des expériences passées et de l'information acquise au travers du questionnement socratique avec des questions de type : « Est-ce bien vrai ? Quelles sont les conséquences ? En êtes-vous sûr ? » ciblant les pensées automatiques. C'est aussi, via la sonde cognitive interrogeant les conséquences du pire scénario possible alloué à une pensée automatique, que je me suis intéressé à la peur de s'évanouir. Il en résulte que M. B. craint de s'évanouir car si cela survient, dit-il :

- Je perds le contrôle, j'ai peur de l'inconnu (« Et donc, quelle est la conséquence ? lui demandé-je »). La conséquence ? Je peux tomber sur de mauvaises personnes, soit on vient me secourir, soit on vient me voler.

Reprenant le modèle de restructuration canadien (guide TCC de Montréal), je lui réexplique en séance, que le diaphragme même en cas de crise, monte et descend, se contracte, se relâche et que les muscles intercostaux se contractent sous l'effet de la réaction d'alarme. Je lui demande en interrogeant la pensée : « je manque d'air », s'il estime que le dioxygène peut, à un moment donné dans la rue, finir par s'évaporer. Il me répond après réflexion, qu'il ne pense pas que cela soit possible. Je lui réponds :

-En effet, la pression atmosphérique fait qu'il y a en PERMANENCE de l'oxygène même en cas de survenue d'une attaque de panique.

En fin de séance, je lui demande de noter la certitude de mourir d'asphyxie par manque d'oxygène. Il la cote à 40%. Je lui demande pourquoi 40 et pas 80% comme en début de séance. Il me répond : « C'est parce que je lui ai expliqué que le diaphragme continue ses mouvements, que les muscles intercostaux se contractent et en effet, qu'il est en principe TOUJOURS environné d'oxygène. » Il n'en est pas émotionnellement encore convaincu à 100%. Je le félicite néanmoins puis je lui conseille d'écrire ces phrases sur le carnet de thérapie afin de les lire tous les jours.

1.3.2.3.3 L'exposition aux sensations intéroceptives avec tableau récapitulatif des résultats

Malgré la nette amélioration de la ligne de base évaluée le 10/03, il connaît sur le plan clinique une phase de recul, la problématique de l'évitement acutisée par le contexte de confinement. M.B. craint de s'exposer au coronavirus qui sévit. Il s'enferme dans son appartement et regarde BFMTV en boucle.

La semaine du 24/03 voilà ce que je note :

- L'entretien se fait via l'interphone: il ne souhaite pas descendre pour la consultation et ne souhaite pas que l'on monte chez lui. Il reste confiné à cause du coronavirus avec crainte (légitime) de le contracter. Cependant, sa pathologie étant celle de l'évitement, je crains que l'on ne perde les bénéfices établis en matière de degré de liberté obtenus dès le mois de février. Il se restreint d'aller faire les courses, alors qu'il parvenait à se rendre au petit carrefour jusqu'à la semaine dernière (avant le confinement), certes au prix de comportements d'évitement subtils et de forçage (" temps rapide, ritualisé par rapport aux rayons et aux aliments, précipitation à la caisse pour payer). Et donc:
 - Il sera revu obligatoirement sur le plan médical la semaine prochaine dans son studio qu'il le veuille ou pas.
 - Entretien IDE à planifier cette semaine notamment pour vérifier s'il a encore tout à disposition dans le studio (en matière alimentaire notamment).

La semaine d'après, il accepte de descendre en salle de consultation. Nous poursuivons alors la restructuration cognitive avec cette fois ci exposition aux sensations intéroceptives. Nous remettons en évidence les pensées automatiques pouvant survenir en cas d'attaques de panique. Je lui rappelle qu'il a avec succès dédramatisé la sensation de blocage respiratoire grâce aux explications sur la mécanique musculaire du diaphragme et surtout grâce à son implication. Ayant obtenu son accord, je propose que nous nous penchions sur les sensations cardiaques ou d'oppression thoracique et sur les sensations d'étourdissement. Je lui rappelle qu'il pensait alors automatiquement : « Je vais mourir de crise cardiaque et je vais m'évanouir. » Je lui explique que le cœur ne peut pas éclater car le cœur n'a pas de consistance uniquement molle, il ne peut pas exploser comme un ballon de baudruche. Ensuite, que le mécanisme de la crise cardiaque est celui de l'hypoxie (et j'en explicite le terme). Or, lui demandé-je, est-il possible de manquer d'air lors d'une attaque de panique ? Il me répond: « Non. »

La certitude de mourir d'une crise cardiaque était cotée initialement à 80%. « S'il est impossible de manquer d'air et si le cœur ne s'arrête que quand il en manque, qu'en conclure du risque réel de faire un arrêt cardiaque au cours d'une attaque de panique ? » La certitude d'une telle occurrence s'abaisse à 40%. Nous prenons ensuite chacun une chaise tournante. Il

cote contrairement à la dernière fois (30% en décembre) à 10% la certitude de s'évanouir lorsque survient la sensation d'étourdissement. Je lui explique qu'en cas d'attaque de panique, les guides effectués par des thérapeutes expérimentés précisent que l'évanouissement n'est pas la conséquence directe d'une crise d'angoisse et nous revoyons ensemble les notions de système sympathique et de système parasympathique. En cas d'attaque de panique, le mécanisme activateur sympathique s'oppose au relâchement de la vigilance qui provoque l'évanouissement. Après explication et reproduction de la sensation d'étourdissement (tourner sur la chaise pendant 45s, de manière sécurisée, s'arrêter avant en cas de malaise), je lui demande de coter la certitude de survenue d'un évanouissement. Elle tombe à 0. Le but de l'exposition intéroceptive c'est, après relaxation, de reproduire les sensations qui habituellement déclenchent ou accompagnent les attaques de panique. Sauf que, restructuration cognitive aidant, les pensées du patient sont plus réalistes vis-à-vis de ces sensations, ce qui atténue la réaction d'alarme. J'ai choisi volontairement de coupler l'exposition aux sensations intéroceptives à la restructuration cognitive car les deux s'avèrent complémentaires. Une fois la pensée irréaliste de mort ou de catastrophe hameçonnée, il s'agit de la reformuler en pensée plus objective. Ensuite, pour renforcer la dédramatisation, on expose le patient aux sensations qui habituellement déclenchent les pensées irréalistes, suffisamment longtemps et de manière répétée pour qu'il les substitue en contexte par des pensées moins alarmantes. En mars, j'ai consacré deux séances de 2heures pour réaliser cette étape aussi complètement que possible. Et, je lui ai donné quelques tâches à faire au domicile afin qu'il s'expose de cette manière (monter et descendre les escaliers menant aux étages patients pendant 1 minute après relaxation ; annoter les pensées plus réalistes dans le carnet de thérapie puis les lire à haute voix...)

Ci-dessous le tableau récapitulatif des résultats de la restructuration cognitive effectuée avec ce patient

Tableau récapitulatif de la restructuration cognitive et de ses résultats

| A (sensation de l'organisme) | B (pensées automatique irréaliste/ <i>Pensée restructurée</i>) | C (émotion suite à pensée irréaliste/ émotion suite à pensée restructurée) |
|--|--|--|
| Blocage respiratoire | « Je vais mourir étouffé. »/ « <i>Le diaphragme et les muscles intercostaux continuent à fonctionner.</i> » | Anxiété 10/10/ Anxiété 4/10 |
| Palpitations, accélération de la fréquence cardiaque | « Je vais faire une crise cardiaque puis mourir. » / « <i>Le cœur ne peut ni éclater ni manquer d'oxygène en cas d'attaque de panique.</i> » | Anxiété10/10/ Anxiété 4/10 |
| Sensation vertigineuse | « Je vais m'évanouir » / « <i>Il est impossible de s'évanouir à cause d'une attaque de panique.</i> » | Anxiété 5/10/Anxiété 0/10 |
| Oppression thoracique | « Je manque d'air » / « <i>il y toujours de l'air autour de moi</i> » | Anxiété 10/10/ Anxiété 4/10 |

1.3.2.4 Phase 4 : les expositions

1.3.2.4.1 Explication de la problématique de l'évitement

Avec M.B., nous nous sommes penchés sur cette notion d'évitement lors de la réalisation de l'analyse fonctionnelle (voir situations listées lors de l'analyse fonctionnelle: M.B. évite de...). L'évitement en effet constitue un comportement problématique. Certes, il soulage l'anxiété à court terme, mais à long terme il participe à un cercle vicieux qui diminue le niveau de fonctionnement et de liberté du patient. En effet, via les mécanismes du conditionnement opérant, l'évitement constitue un facteur de renforcement négatif, de par le soulagement immédiat de l'anxiété obtenu telle une récompense à la mise en pratique de ce comportement qui tendra à se répéter (d'où le terme de renforcement) afin de répliquer le soulagement obtenu par l'évitement du stimulus. En revanche, sur le long terme, l'évitement aggrave l'anxiété, parce que le système nerveux a enregistré que la situation évitée doit nécessairement continuer à l'être. C'est comme si le patient se disait : « Ouf, je suis sorti de

cette situation. J'avais bien raison de m'inquiéter et d'éviter cette situation dangereuse. » Ce à quoi le chimpanzé du mental acquiesce.

1.3.2.4.2 hiérarchisation des situations anxiogènes et définition de l'habituation

Avant thérapie, lors de l'établissement de la ligne de base, j'ai donné une tâche à domicile dès début décembre, le remplissage de l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe (IMA). Il s'agit d'un questionnaire valide pour évaluer l'importance de l'agoraphobie. Elle remplit comme objectif de renseigner sur les situations anxiogènes du patient tout en donnant une idée du degré des évitements (cf : ligne de base). Néanmoins, la hiérarchisation des situations évitées en fonction de l'intensité de l'anxiété, s'est effectuée juste avant de débiter la phase spécifique d'exposition (c'est à dire fin avril). C'est pourquoi elle n'est pas incluse dans la ligne de base. Cependant, elle demeure corrélée aux degrés d'évitement mis en évidence par l'IMA.

Ci-dessous : les résultats de cette hiérarchisation

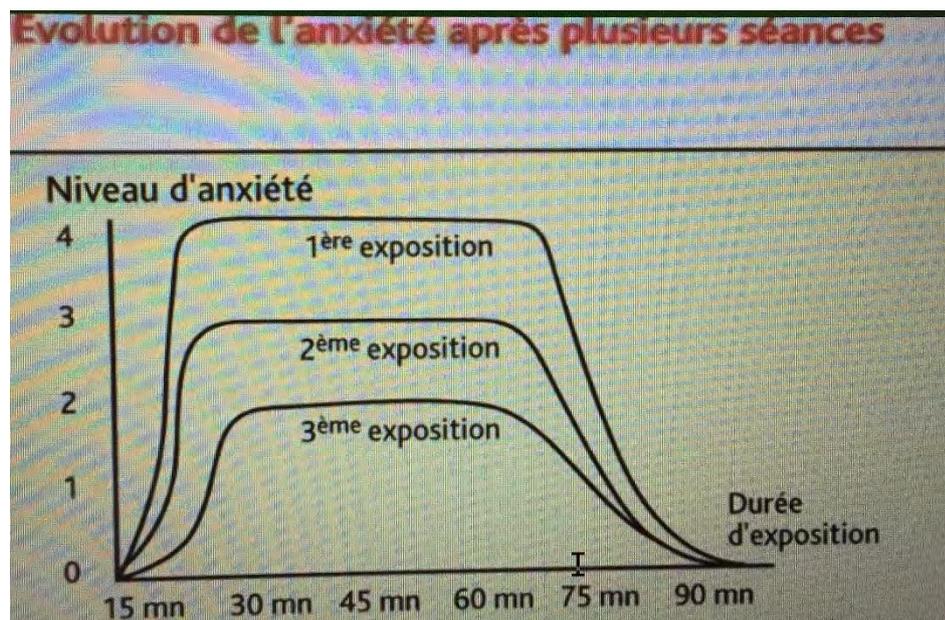
hiérarchisation de quelques situations en fonction de l'intensité de l'anxiété sur une échelle allant de 0 à 100

| Lieux | Intensité de l'anxiété |
|----------|------------------------|
| avion | 100/100 |
| train | 100/100 |
| bus | 100/100 |
| Foule | 100/100 |
| SUPER U | 80/100 |
| MONOPRIX | 70/100 |
| parkings | 10/100 |
| CRPS | 5/100 |

Après la phase de hiérarchisation, j'ai demandé au patient quelles étaient les situations sur lesquelles il acceptait de travailler. Je lui ai expliqué à partir du 05/05 ce qu'on entendait par désensibilisation. La désensibilisation en effet repose sur l'habituation (le contraire de la sensibilisation) des réactions physiologiques de l'organisme mis dans un certain milieu. Autrement dit, suite à la répétition d'un stimulus qui les suscite, l'habituation est la diminution en intensité et en durée des réactions automatiques de l'organisme (observé par Pavlov). Adapté au modèle du trouble panique avec agoraphobie, l'exposition consiste à habituer le patient à tolérer ses sensations physiologiques dans des situations que jusque- là il évitait. Ces explications ont été comprises, les situations ont auparavant été hiérarchisées et le patient a demandé que nous tentions de le désensibiliser sur deux situations qui selon lui le motiveraient le plus tout en restant possibles à travailler : « faire mes courses au SUPER U » (qui est l'objectif comportemental de fin de thérapie) et « faire mes courses au monoprix. »

Ci-dessous : le modèle expliqué au patient de l'évolution attendue de l'anxiété en fonction de la répétition des expositions.

Schéma de l'évolution attendue de l'anxiété après plusieurs séances



On attend, de la répétition des expositions pratiquées suffisamment longtemps, une conséquence : la diminution de l'anxiété.

1.3.2.4.3 La réalisation des expositions :

J'opte d'abord pour une exposition en imagination afin de préparer M.B. à l'exposition in vivo. Donc on se met d'accord sur la situation du Super U mine de rien cotée à 80/100, ardue à mon sens, mais qu'il a choisie, d'autant qu'il avait prévu le lendemain une sortie entre amis afin de se rendre dans ladite grande surface. Ainsi, le scénario travaillé ensemble sera le suivant : après avoir rempli deux sachets de course, il se rend compte qu'il n'y a qu'une file de libre avec une dizaine de personnes devant lui. Il a le choix entre tout abandonner ou patienter, mais s'il abandonne les courses, il devra les refaire. Toutes les 2 minutes environ, je ferai avancer la file d'une personne et à chaque progression, j'évaluerai son niveau d'anxiété de 0 à 10, les sensations éprouvées et les pensées associées. Ainsi, il se décide à patienter SANS un ami parti dans une boutique annexe et c'est une fois la scène visualisée que commence l'exposition. Il faut composer avec les évitements. Normalement, on aurait dû l'exposer à une ou deux situations de plus faible hiérarchie, mais le patient se montre motivé d'autant plus que demain, comme dit précédemment est prévu la vraie sortie, dans la réalité.

Ainsi, nous commençons. Donc, exposition pendant 20 min après mise en lumière des évitements subtils (prendre le portable, compter les courses, se projeter hors de l'instant présent, faire apparaître dans la situation comme par magie M.C, l'ami béquille):
anxiété avant exposition à 5/10, l'anxiété monte à 7/10 au fur et à mesure de l'exposition entre la 8^{ème} et la 10^{ème} minute (pensées automatiques: "je constate que je suis coincé, il ne manquerait plus que la personne derrière me donne des coups de caddies comme cela peut arriver dans ce genre de situations. »)

Anxiété au bout de 16min, retombe à 5/10("bien que je n'aie pas encore avancé") puis à 4/10

("car c'est bientôt mon tour") puis on résout la situation dans un lieu sûr (dans la voiture avec M.C après avoir payé) et elle retombe à 0/10.

Les tâches à domicile données pour la semaine d'après sont les suivantes :

- répéter l'exposition en imagination à la situation scénarisée,
- poursuivre la relaxation respiratoire.

La semaine suivante (12/05), retour sur les tâches à domicile : il a pratiqué la relaxation, a continué à s'auto- observer. Par contre, bien qu'ayant compris le principe de l'exposition, il ne l'a pas répétée. Donc, je lui réponds que ce n'est pas grave, puisqu'on va le refaire en séance aujourd'hui. Je lui réexplique que l'anxiété comme toute émotion a des variations, qu'elle a un plateau d'intensité et de durée et qu'elle finit par redescendre. Je reschématise la courbe d'évolution de l'anxiété au cours du temps. Je pense que la motivation est retombée entre les deux séances, car il m'apprend que finalement il ne s'est pas rendu avec son ami au SUPER U. Ce dernier, l'ayant vu habillé en pyjama quand il est venu le voir mercredi matin, a alors glissé : « J'en étais sûr (que tu serais incapable de le faire) ».

Il faut donc le remotiver, lui relaisser le choix. Je lui propose même de changer de situation s'il le désire. Il me répond que celle que nous avons commencé lui convient. J'ai en tête que nous ne devons pas travailler en même temps plus de 2 situations et que nous avons commencé avec une cotée tout de même à 5/5 en matière de degré d'évitement et à 80% en matière d'intensité. Mais il propose que nous en restions à cette situation précédemment travaillée. Ainsi, nous poursuivons le 12/05.

Observation Cariatides (logiciel de gestion du dossier patient) du 12/05 :

-Poursuite de l'exposition (en imagination), 1 exercice, celui de la semaine dernière, répété. Il tient bon bien que ce fut difficile. L'anxiété au départ à 3/10 passe à 7/10 à la 6^{ème} minute (« impatiences, je bouge, je râle, je fais du surplace. ») Elle reste à 7/10 pendant huit minutes (« mal au ventre, majoration de l'impatience, énervement intérieur, début de perte de contrôle, je reste ou je sors mais si je n'ai pas les produits, il faudra y retourner, j'en ai besoin. Donc je prends sur moi. ») L'anxiété à la 16^{ème} minute atteint le pic de 8/10. Elle est à nouveau à 7/10 à la 18^{ème} minute et y reste jusqu'à ce que, enfin, il s'imagine poser les articles sur le tapis de la caisse (« Je me sens pressé, je range les articles puis je paie. ») Elle redescend à 5/10 devant la caissière avant de s'abaisser complètement à 0. Il perçoit cette fois quelque chose de supplémentaire par rapport à la première séance d'exposition, à savoir le moment de la détente. Il accepte d'expérimenter au cours de la semaine une situation similaire in vivo. Il se montre motivé: " je veux le faire dans la vraie vie."

tâches à domicile, donc:

- s'exposer après relaxation (au moins 3 fois/ semaine cette semaine), car lui dis-je, pour que l'exposition marche, il faut la répéter et noter son anxiété avant, pendant et après.
- relaxation tous les matins

Observation du 19/05 :

-Il a réalisé la relaxation et s'est exposé in vivo à la situation du Monoprix (moins crainte que celle que nous avons travaillé) sans prise de Lexomil au préalable, comme convenu avec les infirmiers. Il me dit qu'il s'y est rendu à deux reprises pendant une vingtaine de minutes sans que ne survienne une attaque de panique. Il a ressenti des sensations d'oppression thoracique et respiratoire mais il a mis en pratique ce qu'il a appris lors des séances de restructuration cognitive et les sensations ont cessé. Nous reprenons l'exposition en imagination sur la situation Super U.

- L'exposition en imagination du 19/05 retrouve un profil similaire en matière d'évolution de l'anxiété. Une anxiété qui atteint 7/10 à la 8^{ème} minute (se visualise trembler, car il reste 7 personnes devant lui, car « ça commence à bloquer, la file n'avance pas assez vite. Alors je me concentre, je fais le vide, je respire plus lentement, je me dis que tout va bien et que bientôt je vais avancer. ») Elle reste à ce niveau pendant 4 minutes puis elle redescend à 5/10. A 5/10, le patient affirme : « je continue à m'énerver, je suis impatient, j'anticipe le relâchement lorsque je pourrai enfin déposer les courses ». Avec deux personnes devant lui à la 16^{ème} minute, le patient a alors pensé : « tout va bien, je suis juste derrière, je regarde la personne et je l'aide mentalement à aller plus vite. Je suis un peu tendu, je tremble moins, la respiration redevient contrôlable. » Une fois son tour de passer à la caisse, l'anxiété redescend à 3/10 et il a pensé : « je suis content, je suis heureux, la tension vient de retomber. » Puis résolution, anxiété à 0/10 : « je m'assieds sur un banc quelques minutes. »

J'observe que le niveau de très forte anxiété (7/10) est resté en plateau moins longtemps (4 min) comparativement aux séances précédentes (8 minutes). Elle est donc redescendue plus rapidement. J'en félicite le patient et lui redonne cette situation à travailler en imagination au domicile. Puis, pour la séance de la semaine prochaine, nous programmons une situation d'exposition dans la rue. Comme il s'expose in vivo avec succès, je propose que nous travaillions en exposition à partir de la semaine prochaine la situation foule.

Le 26/05, nous réalisons une exposition dans la rue, le patient désirant acheter du tabac. L'anxiété en partant du CRPS est cotée à 2/10, puis à 4/10 dans la rue. Quand on arrive devant le tabac, je le laisse y entrer seul, il achète ce dont il a besoin, il ressort, l'anxiété est restée à 4/10 à l'intérieur du tabac devant le commerçant ("il n'y avait personne, pas de foule") et il a payé rapidement. Je prolonge la durée d'exposition dans la rue. Il m'explique que l'anxiété est retombée alors à 2/10 (donc une diminution de 50% par rapport à 4/10, intensité initialement ressentie sur le trajet menant du CRPS au bureau de tabac). On est passé devant des bars de Rodez au rond-point de la cathédrale, il m'explique qu'habituellement ils sont "noirs de monde". L'exposition a duré 20 minutes sans préparation physiologique au préalable. L'expérience fut positive pour lui.

Une fois de retour au CRPS, je lui demande s'il accepterait que l'on commence à se pencher sur les situations du « haut du panier », celles qui déclenchent une anxiété à 100/100 dans sa liste hiérarchique. Auparavant, je l'exposais sans préparation physiologique préalable. Mais vu le niveau de difficulté, j'avais en tête le schéma initial de 5min de relaxation puis 20 minutes d'exposition. Ainsi, nous préparons la situation. Ce fut plus compliqué, il fait 2 minutes d'exposition, l'anxiété monte à 10/10, il déclare ne pas supporter, donc on bascule sur 5 min de relaxation, l'anxiété retombe alors à 2/10, puis réexposition. Il tient une minute de plus mais surviennent : sensation de tension abdominale, envie d'uriner, tremblements, début de sueur, anxiété à 10/10 donc on pratique la relaxation pendant 5 min. L'anxiété décroît à 4/10 au bout de 2min, mais il se sent " vidé, épuisé", donc on stoppe l'exposition.

Et donc, en tâche à domicile :

- Je lui propose autre chose, mais il demande à se réexposer en imagination sur la situation "foule"(par exemple à Intermarché). Il écrit sur son carnet l'objectif de l'exposition (la réduction de l'anxiété à 5/10 ou moins), la nécessité de rester suffisamment longtemps (15 à 20 min), d'éviter les évitements subtils (distraction, s'affairer, ne pas se concentrer, projection hors de l'instant présent) et de ne pas insister si l'exercice s'avère trop pénible

-Je l'oriente cependant à privilégier l'exposition en imagination qu'il avait mieux supportée, à savoir «file d'attente au Super U», l'exposition à la situation « foule » s'avérant trop difficile

à mon sens tant que la précédente n'est pas suffisamment désensibilisée.

Le 02/06, 21^{ème} séance, nous faisons le point sur les tâches à domicile :

- l'exposition en imagination à la situation foule est en effet trop difficile (pour le moment),
- l'exposition in vivo au Monoprix s'effectue sans que ne se déclenche une attaque de panique,
- enfin, nous évaluons ensemble la ligne de base finale (cf évolution de ligne de base, tableau, 21^{ème} séance étant la dernière séance).

1.3.3 Discussion des résultats immédiats de la thérapie

Notre discussion se fera sur divers paramètres (l'évolution de la ligne de base et la demande initiale du patient qui est l'objectif comportemental de fin de thérapie).

Rappel de la demande initiale du patient : « faire des courses sans que ne se déclenche une attaque de panique dans une grande surface telle que le Super U. » Nous devons affirmer que nous n'avons pas atteint cet objectif au moment de l'évaluation à la 21^{ème} séance de la ligne de base. Le patient ne s'est pas encore exposé in vivo à la situation « Super U », bien qu'il soit en chemin. En effet, au bout de la 3^{ème} séance d'exposition en imagination, nous avons observé un début d'habituation avec une anxiété qui, habituellement atteignant un plateau de 7/10 de la 6^{ème} à la 16^{ème} minute, a décliné lors de cette séance au bout de la 12^{ème} minute. Trop tôt pour l'évaluer comme une habituation significative, mais nous avons continué à travailler sur ce point.

La thérapie cognitivo- comportementale du trouble panique avec agoraphobie de M.B., effectuée de novembre 2019 à juin 2020 a permis après 21 séances (« diminution de » pour les diminutions constatées cliniquement/ « diminution ou majoration estimée à » pour les situations cotées à l'IMA sans avoir été testées in vivo) :

- une diminution de 100% du nombre d'attaques de panique,
- une diminution de 25% de la consommation quotidienne de bromazépan,
- une diminution estimée à 20%, du degré d'évitement, dans la situation se rendre seul au supermarché,
- une diminution de 75% du degré d'évitement dans la situation se rendre seul dans un magasin à rayons,
- une diminution estimée à 50% du degré d'évitement dans la situation se rendre seul dans un lieu de stationnement intérieur,
- une diminution de 20% du degré d'évitement dans la situation se rendre seul en bus,
- une diminution de 20% du degré d'évitement dans la situation attendre seul dans une file d'attente (attendre en ligne),
- une diminution de 50% du degré d'évitement dans la situation marcher seul dans la rue,

- une diminution de 50% du degré d'évitement dans la situation s'éloigner seul de la maison ou du substitut de domicile.
- une majoration des degrés d'évitement dans les situations suivantes, se rendre dans : un musée ou un amphithéâtre (situations non testées dans la réalité, donc les résultats ne peuvent être que des estimations).

Concernant ces résultats, nous pouvons pointer une efficacité des TCC sur l'agoraphobie de par les techniques d'exposition et une efficacité de la thérapie sur le nombre d'attaques de panique de par la psychoéducation, la relaxation respiratoire et la restructuration cognitive.

Sur l'agoraphobie :

- Nous remarquons une évolution positive pour 7 situations. La réduction la plus importante en matière de degré d'évitement concerne la situation magasins à rayons (-75%). Sachant que le degré d'évitement est corrélé au degré de crainte et d'anticipation de survenue d'une attaque de panique, il est intéressant de constater que la situation dans laquelle il a le plus évolué est la situation pour laquelle il s'est exposé in vivo, ce qui pourrait contredire d'un certain côté la littérature qui précise que c'est l'exposition aux sensations intéroceptives qui est le plus efficace (cf : cadre conceptuel). Mais d'un autre côté, pour en être certain, il faudrait comparer deux bras de patients : un groupe ne bénéficiant que de l'exposition intéroceptive et un groupe ne bénéficiant que de l'exposition in vivo.
- La situation Super U pour le moment n'a été travaillée qu'en imagination. Et elle commence à donner des résultats encourageants en matière d'habituation, l'anxiété étant retombée lors d'une séance à la 12^{ème} minute versus la 16^{ème}, habituellement.
- L'exposition à la situation « foule » même en imagination est pour le moment d'un niveau anxiogène trop élevé pour M.B.

Sur le trouble panique :

- Bien que le nombre d'attaques de panique soit à 0, nous ne pouvons pas conclure à ce stade à une rémission. En effet, au mois de mars, ce nombre était également à 0 depuis deux semaines (cf : ligne de base). Or, il a suffi de la période de confinement pour ramener la situation clinique du patient à 3 attaques de panique par semaine, et ce, pendant 1 mois. L'intensité de ces attaques s'avérait moindre, comparativement à celles d'avant thérapie (du mois d'octobre), M.B. les qualifiant de « gérables » par la relaxation respiratoire et la restructuration cognitive.
- Lors de la dernière séance, il a affirmé avoir demandé les trois jours du week-end de l'Ascension, le si besoin de Bromazépam. Affairé à s'occuper des fleurs de la terrasse, il s'est senti « excité. » En fait, il a ressenti une accélération à l'effort de sa fréquence cardiaque et cette « excitation » ne l'a pas paniqué comme auparavant mais l'a tout de même suffisamment gêné pour qu'il demande $\frac{3}{4}$ de bromazépam. C'est un signe pour moi de la nécessité de renforcer ce qu'il a appris au sujet de la psychoéducation et de refaire quelques séances d'exposition aux sensations intéroceptives qui pour la littérature sont le type d'exposition les plus efficaces sur le trouble panique (50).

Et donc, la thérapie a permis au patient d'évoluer positivement par rapport au trouble panique et par rapport à l'agoraphobie.

2 PARTIE 2 : L'entretien motivationnel en tant que facteur adjuvant des Thérapies cognitives et comportementales des troubles anxieux : une revue systématique de la littérature

2.1 Introduction

L'issue d'une thérapie cognitivo-comportementale serait négative pour 15 à 50% des patients souffrant de troubles anxieux (34). Dans le cas du trouble panique avec agoraphobie, les TCC améliorent selon certains auteurs entre 70 à 90% des patients (21), alors que pour d'autres, l'efficacité reste de l'ordre de celle du traitement pharmacologique, soit 60% (47). Pour Schwartz, il y a pour le traitement par TCC du trouble panique (TP), 40% de patients non répondeurs (58). Dans le cas du trouble anxieux généralisé (TAG), les résultats semblent plus homogènes : une revue Cochrane basée sur 25 articles au sujet de l'efficacité des TCC sur le TAG conclut que les TCC améliorent significativement 46% des patients, soit moins de la moitié (26). Ce faible taux d'efficacité des TCC sur le TAG se retrouve dans d'autres travaux. Dans une méta-analyse conduite en intention de traiter (ITT), sur 48% des patients souffrant de TAG et qui ont pu aller au bout de l'étude, 56% ne s'améliorent pas cliniquement (9). Dans le cas du trouble obsessionnel compulsif (TOC) où l'exposition avec prévention de la réponse constitue le traitement psychologique de première ligne (35), 30% des patients n'en retirent aucun bénéfice (38). Dans une méta-analyse comparant quatre combinaisons thérapeutiques pour la TCC d'exposition avec prévention de la réponse (D-cyclosérine, thérapies familiales, thérapies de pleine conscience et entretien motivationnel), malgré le fait que la TCC soit efficace avec une large taille d'effet comparativement à ne rien faire, entre 30 à 38% des patients ne s'améliorent pas avec la psychothérapie cognitivo-comportementale (23). Concernant la prise en charge de la phobie sociale : cette dernière s'avère le trouble anxieux pour lequel le taux de rémission post TCC est le plus bas avec une grande proportion de patients qui, après la thérapie, conservent les critères diagnostiques de départ (49). De nombreux facteurs peuvent expliquer pourquoi une proportion non négligeable de patients ne répondent pas favorablement à la TCC. Nous les résumons ci-dessous :

- le manque d'engagement dans la thérapie qui est un facteur pronostic de l'issue d'une intervention psychosociale (36,49),
- le haut degré de résistance ou d'opposition à la directive du thérapeute qui serait également un facteur pronostic quant au résultat final de la TCC. La résistance accroît le décrochage en début de thérapie. Plus elle est élevée, moins le pronostic est bon (60),
- une faible qualité de l'alliance thérapeutique ou collaborative de travail à l'origine d'une moindre adhésion au protocole thérapeutique (34),
- la difficulté à faire perdurer les gains obtenus avec le thérapeute (35),
- la sévérité du trouble : la sévérité du TAG est un des meilleurs facteurs de prédiction d'une mauvaise rémission après psychothérapie (68),
- les pensées dysfonctionnelles quant à la plus-value d'une TCC : se voit surtout dans le cadre du TOC où les patients expriment davantage de soucis quant aux effets du traitement sur leur personne que les patients agoraphobes ou souffrant de Trouble panique. Dans cette population (de patients souffrant de TOC), de tels soucis et une telle ambivalence seraient corrélés à la

sévérité des symptômes et au résultat final de l'exposition avec prévention de la réponse. Cette technique d'exposition demande un engagement de la part des patients ainsi que de la persévérance puisque l'objectif de la désensibilisation repose sur la répétition d'une exposition prolongée à un stimulus anxiogène. Un haut niveau initial de crainte alimentera des prophéties autoréalisées, le patient pronostiquant lui-même sur l'issue péjorative de la thérapie (35),

-le taux d'abandon plus fréquent que pour les TCC sur le trouble dépressif et estimé à 23%. L'écueil porte sur la phase d'exposition aux stimuli redéclenchant les symptômes d'anxiété (52),

- le faible niveau de motivation au départ dont on ne sait pas encore avec exactitude s'il influe sur le résultat thérapeutique final. Certaines études dans le cadre du TOC montrent une corrélation positive entre les indicateurs de la motivation (« *readiness* » en anglais) et l'issue de la TCC, tandis que d'autres études ne trouvent pas de corrélation (35). Le déficit en motivation a été la cause la plus fréquemment citée d'abandon ou de non engagement dans la thérapie. Majorer la motivation pourrait augmenter le taux de patients s'engageant dans la TCC, diminuer le taux d'abandons en cours de thérapie et favoriser l'exposition aux situations anxiogènes en faisant contrepoids à l'anxiété anticipatoire de pré-exposition (52).

Concernant tous ces facteurs et plus particulièrement le dernier cité, l'entretien motivationnel pourrait comporter une plus-value thérapeutique.

L'entretien motivationnel a été créé par William R Miller en 1983 où pour la première fois ce concept fait son apparition dans la littérature scientifique (39). Il s'agit d'une conversation sur le changement, dont le cœur du processus repose sur le style relationnel. Selon le fondateur de cette pratique, l'accent est mis non pas sur l'apprentissage de techniques ou de compétences spécifiques mais sur une manière d'être avec le patient. Contrairement à la thérapie humaniste de Rogers dont il s'inspire quant aux valeurs, l'entretien motivationnel se définit en tant que thérapie directive. Il se centre sur les objectifs du patient dont il aide à résoudre l'ambivalence afin de favoriser l'élection d'un discours changement (40). Dès 1995 puis dans la troisième édition de « L'entretien Motivationnel, aider la personne à engager le changement » de William R. Miller et de Stephen Rollnick paru en 2012, les auteurs expliquent que pratiquer l'entretien motivationnel sans la compréhension de l'état d'esprit qui le sous-tend (« *Mi spirit* » en anglais), c'est comme chanter sans paroles (40). Ils utilisent une deuxième métaphore afin que le lecteur puisse capter l'essence de la pratique de l'entretien motivationnel: « c'est danser au lieu de lutter. » Aussi, l'état d'esprit sous-tendant les valeurs de l'entretien motivationnel sont au nombre de 4 :

- La notion de partenariat : les auteurs expliquent que leur pratique s'exerce en collaboration avec le patient. Ce dernier est considéré comme un expert au même titre que le thérapeute. Cette considération est essentielle, puisque, une fois intégrée, elle évite ce qu'on appelle le réflexe correcteur qui fait entrer dans deux pièges : celui de l'expert avec le risque d'utiliser un style directif en excès et celui de l'étiquetage avec le risque de stigmatiser le patient. La pratique de l'entretien motivationnel, en évitant ces deux pièges, contribuerait à amoindrir la résistance du patient.
- La notion de non jugement impliquant quatre attitudes : l'empathie approfondie (captant le cadre des significations personnelles et en matière de compétence impliquant l'écoute réflexive), la valorisation (opposée à l'évaluation en ce qu'elle recherche en l'autre les atouts qu'il peut mobiliser et qu'un thérapeute compétent en entretien motivationnel peut refléter, alors qu'évaluer c'est rechercher le défaut), le

soutien de l'autonomie (opposé au déterminisme de la théorie pulsionnelle de Freud, basé sur le respect du choix du patient à se diriger) et la valeur inconditionnelle (c'est-à-dire le respect de la valeur de l'Autre) qui, chez Rogers était une condition nécessaire et suffisante pour le changement de comportement. On voit que l'entretien motivationnel va plus loin dans ses concepts autour de la notion de changement que la thérapie humaniste dont elle se démarque déjà à ce niveau.

- L'altruisme : est sous-entendu dans la pratique de l'entretien motivationnel. En effet, c'est cette valeur qui le démarque d'une pratique commerciale ou manipulatoire. L'objectif du thérapeute pratiquant ce style relationnel particulier est de promouvoir le bien être du patient qui reste la cible. Autrement dit, promouvoir le bien être du thérapeute n'est pas la cible. L'altruisme implique la bienveillance, elle majore chez le patient le sentiment de sécurité, ainsi que le sentiment de confiance envers le thérapeute. On voit ici que l'altruisme permettrait de bâtir les fondements d'une alliance thérapeutique de qualité.
- Enfin, l'évocation : prend pour acquis les attitudes composant le non-jugement. En effet, par l'évocation, le thérapeute recherche les points forts et les ressources du sujet plutôt que ses déficits, valorise le sujet, cherche à lui donner confiance et à promouvoir son autonomie. Cependant, deux aspects donnent à l'évocation sa particularité : premièrement son aspect intentionnellement dirigé (qui confirme la caractéristique directive de l'entretien motivationnel qui l'oppose à la thérapie humaniste de Rogers dont elle s'inspire mais dont elle va au-delà) et deuxièmement le but que l'évocation cherche à assouvir, à savoir résoudre l'ambivalence afin que le patient s'implique dans un engagement autoentretenu. (40)

En complément de cet état d'esprit, l'aspect technique regroupe 4 processus, selon Randall et Mc Neil (52) :

- l'écoute empathique centrée sur l'individu afin de favoriser le processus dit « d'engagement »,
- l'identification d'une cible ou d'un objectif qui sera le premier sujet de la discussion en thérapie dans le cadre du processus de « *focusing* »,
- promouvoir la motivation du patient et le discours changement, il s'agit du processus de « *evoking* »,
- faire confiance à l'expertise du patient pour implémenter le changement, il s'agit du processus dit de « *planning* ».

Ces 4 processus ne s'avèrent possibles que grâce à 5 compétences clés du thérapeute sous-tendues par quelques théories (40) :

- la capacité à poser des questions ouvertes,
- la capacité à rouler avec la résistance pour éviter le phénomène de réactance psychologique. L'individu à qui on tente d'imposer un point de vue, argumenterait contre le point de vue pour réaffirmer sa liberté de choix, selon la théorie de l'autodétermination (14),
- la capacité d'écoute réflexive,
- la capacité aux reformulations et au résumé,

- la capacité à développer la divergence, c'est-à-dire à montrer au patient le fossé qui existe entre une de ses valeurs et la conséquence du comportement actuel à changer. Cela induirait une tension en le sujet qui l'encouragerait à réfréner le comportement problématique afin de se mettre en action en direction de cette valeur, selon les travaux issus de la théorie de la dissonance cognitive (15).

Ces 5 compétences s'inscrivent dans un cadre élargi de 3 hypothèses à propos des mécanismes mis en œuvre au cours de l'entretien motivationnel : l'hypothèse technique, l'hypothèse relationnelle et l'hypothèse de résolution des conflits. Selon Magill et Hallgren (32) :

- l'hypothèse technique repose sur deux chemins, un chemin A testé abondamment dans la littérature (intuitive et testable techniquement) et un chemin B moins exploré (moins intuitif, moins testable). Le chemin A étudie l'habileté du thérapeute à appliquer certaines techniques (questions ouvertes, affirmations, reflets et résumé) à même de façonner les affirmations du patient à propos du changement de comportement. Selon la théorie du chemin A de l'hypothèse technique, le « *shaping* » ou façonnage permet de favoriser l'émergence du discours changement lors de la phase de l'évocation. Le chemin B a été moins évalué que le chemin A. Partant du principe que les patients peuvent se convaincre eux-mêmes de changer en s'écoutant parler, il explore le lien entre le discours patient en séances et le comportement post séance, ce qui l'amène à évaluer si le discours changement est suivi de l'action à changer et si l'action à changer induit un impact positif sur le résultat thérapeutique final (32).
- L'hypothèse relationnelle appuie que plus d'empathie favoriserait le changement en maximisant la collaboration et l'engagement. Dans la revue de Magill et Hallgren, cette hypothèse n'est ratifiée ni par 2 méta-analyses ni par un essai contrôlé randomisé évaluant un groupe recevant des techniques d'EM à un groupe recevant des techniques d'EM+ un surplus d'empathie. L'essai clinique randomisé et les méta-analyses de cette revue concluent à une absence de différence significative ne validant pas l'hypothèse de supériorité de la variable empathie (32).
- L'hypothèse de résolution des conflits: elle prédit que le comportement en faveur du changement est le résultat d'un processus d'exploration et de résolution de l'ambivalence. Ce processus s'avère crucial, car mal géré, il aboutit à la survenue d'une résistance aux propositions du thérapeute (32).

Ainsi, de par l'état d'esprit qui le sous-tend, les processus qu'il met en œuvre et les compétences qu'il requiert du côté du thérapeute, l'entretien motivationnel a montré dans 4 méta-analyses conduites entre 2003 et 2009, sa capacité à améliorer l'issue d'une prise en charge dans le domaine de l'addictologie et plus précisément du trouble lié à l'usage de cannabis et du trouble lié à l'usage d'alcool (31). Cependant, la question se pose de l'extension de ces résultats à d'autres domaines de la psychopathologie. Car, si le déficit motivationnel et d'engagement constitueraient les causes principales d'échec à une TCC conduite sur un trouble anxieux, l'entretien motivationnel en addictologie a montré qu'il majorait le nombre de patients qui s'engagent dans une thérapie, de 5 à 15% (31).

Ainsi, l'objectif de cette revue systématique de la littérature est de montrer si l'entretien motivationnel peut être utilisé en tant que traitement adjuvant des TCC dans le cadre des patients adultes souffrant de troubles anxieux afin d'en améliorer le résultat final, comparativement à des contrôles dit de forte comparaison (contrôles actifs tels que la psychoéducation avant le début de la TCC) ou à des contrôles dit de faible comparaison (typiquement : la liste d'attente de 4 semaines avant le début de la TCC). Et si oui, nous avons

émis comme hypothèse que l'entretien motivationnel opère en modulant les niveaux d'engagement, l'ambivalence au sein du langage motivationnel et la résistance à travers l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, soit 4 variables au moins impactées par cette pratique.

2.2 Méthode :

La liste de contrôle PRISMA 2009 traduite en français à partir de l'anglais a été utilisée pour rédiger le protocole (annexe 3).

2.2.1 Critères d'éligibilité :

2.2.1.1 Critères d'inclusion :

Nous avons inclus dans cette revue les articles supposés de haut grade : revues systématiques, essais cliniques randomisés contrôlés (en format d'études « *add-on* » ou avec contrôle actif), méta-analyses de revues systématiques ou d'essais cliniques randomisés. Ces articles devaient concerner une population adulte âgée de plus de 18 ans, souffrant de troubles anxieux (trouble panique TP, trouble anxieux généralisé TAG, trouble de stress post traumatique PTSD, trouble obsessionnel compulsif TOC, phobie sociale PS) tels que définis par les critères du DSM IV-R (car tous les articles, même ceux postérieurs à 2013, sélectionnent leur échantillon diagnostique selon les critères du DSM IV-R). Les articles s'intéressant aux mécanismes mis en œuvre au cours d'une thérapie par entretien motivationnel n'ont été inclus que si l'échantillon de population provenait d'une étude contrôlée randomisée dans le cadre du traitement par TCC des troubles anxieux. Les articles devaient être publiés en français ou en anglais. Les interventions portaient obligatoirement sur : l'entretien motivationnel ou la combinaison de l'entretien motivationnel et des TCC. Les comparateurs étaient : les TCC seules ou une intervention autre que l'entretien motivationnel (psychoéducation par exemple) suivie d'une TCC. Les résultats illustrant l'efficacité étaient essentiellement la réduction des symptômes de l'anxiété, la réduction de la sévérité du tableau anxieux, la rémission clinique ou la réduction des rechutes. D'autres résultats pouvaient inclure : la majoration de l'engagement à travers l'accomplissement des tâches à domicile, la majoration de l'engagement à travers la demande d'une TCC, l'amélioration de la qualité de l'alliance thérapeutique à travers la variable empathie du thérapeute, les niveaux de résistance et leur part dans la variance sur le critère de jugement principal (qui était essentiellement la réduction de l'anxiété) et enfin la corrélation entre le langage motivationnel et le résultat thérapeutique final. Notre revue s'étend sur une période de publication allant de 1983 à avril 2020.

2.2.1.2 Critères d'exclusion :

Étaient systématiquement rejetés :

-toutes les études à population pédiatrique, pédopsychiatrique (âgée de moins de 18 ans) et gérontopsychiatrique (âgée de plus de 70 ans, car bien que la plupart des études place le curseur à 65 ans certaines sélectionnent des adultes non gériatriques de 18 à 70 ans),

- toutes les études observationnelles (cas-témoin ou cohorte non issue d'un essai contrôlé randomisé) afin de répondre à la question de notre recherche qui suppose essentiellement de poser une hypothèse de supériorité de l'intervention motivationnelle. En outre, les études observationnelles sont supposées de grade moindre quant à l'évidence de la preuve que les essais contrôlés randomisés, les revues systématiques ou les méta-analyses,
- toutes les études traitant exclusivement et totalement dans leur narration de l'addictologie (car ne correspondant pas au domaine étudié), des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques,
- toutes les études traitant des pathologies de la pédopsychiatrie (troubles neurodéveloppementaux, TDAH)
- et toutes les études traitant des troubles neurocognitifs (pathologies essentiellement gériopsychiatriques) et des troubles mentaux secondaires à des pathologies ou lésions organiques (car ne correspondant pas à des troubles anxieux primaires ou d'origine psychiatrique).

2.2.2 Source des informations et équation de recherche :

Nous avons interrogé plusieurs bases de données électroniques : Medline via la nouvelle interface PubMed (thésaurus MeSH par défaut) et Cochrane Library, Cairn Info, Google Scholar et Science Direct.

Autres sources : la littérature grise : sites internet d'organismes publics (has-sante.fr) pour le guide d'analyse de la littérature et la gradation des recommandations (71) ainsi qu'unistra.fr pour la traduction française des lignes directrices Prisma (cf annexe 3).

Autres sources : la 3^{ème} édition de « L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement », de William R. Miller et de Stephen Rollnick, paru en 2012 (40).

Pour identifier les articles à inclure, nous avons développé une équation de recherche à partir des mots clés et synonymes (tableau 1) puis utilisé les opérateurs booléens « AND » pour combiner les thèmes « *Motivational interviewing* », « *Cognitive behavioural therapy* » et « *anxiety disorders* » et « NOT » pour exclure les articles traitant exclusivement de l'entretien motivationnel appliqué aux troubles liés à l'usage de substance.

Tableau 1 : Mots clés et synonymes à l'équation de recherche

| | | |
|-----------------|---------------------------------------|--|
| Thème 1 | Entretien motivationnel | Motivational interview Motivational interviewing Integrating motivational interviewing Efficacy Mechanisms Change behaviour |
| Thème 2 | TCC | Cognitive behavioural therapy Efficacy Guidelines NICE HAS |
| Thème 3 | Troubles anxieux | Anxiety disorders Panic disorder Agoraphobia Generalized anxiety disorder Post traumatic stress disorder Social anxiety disorder Obsessive-compulsive disorder |
| Thème 4 « NOT » | Troubles liés à l'usage de substances | Substance use disorder Substance use Alcohol Smoke Marijuana, cannabis Dependence addictology |

Comme exemple, sur la base de données de Pub MED :

Première équation de recherche= Thèmes 1,2, 3 avec opérateur booléen « AND » (période couverte de 2008 par défaut à 2020)

deuxième équation de recherche= première équation avec filtres pour limiter la recherche par type d'études (Systematic review, Review, Randomized control trial, metaanalysis)

troisième équation de recherche= Motivational interviewing AND mechanisms

2.2.3 Sélection et extraction des informations

Gestion des données : Les résultats des recherches ont été importés vers un logiciel de gestion des données accessible via internet : Zotéro. Ce logiciel permet à partir du navigateur Web de recueillir puis de gérer les références bibliographiques.

Processus de sélection : la sélection a été effectuée par l'auteur de la revue. Le processus de sélection a été décrit dans le diagramme de flux (Figure 1)

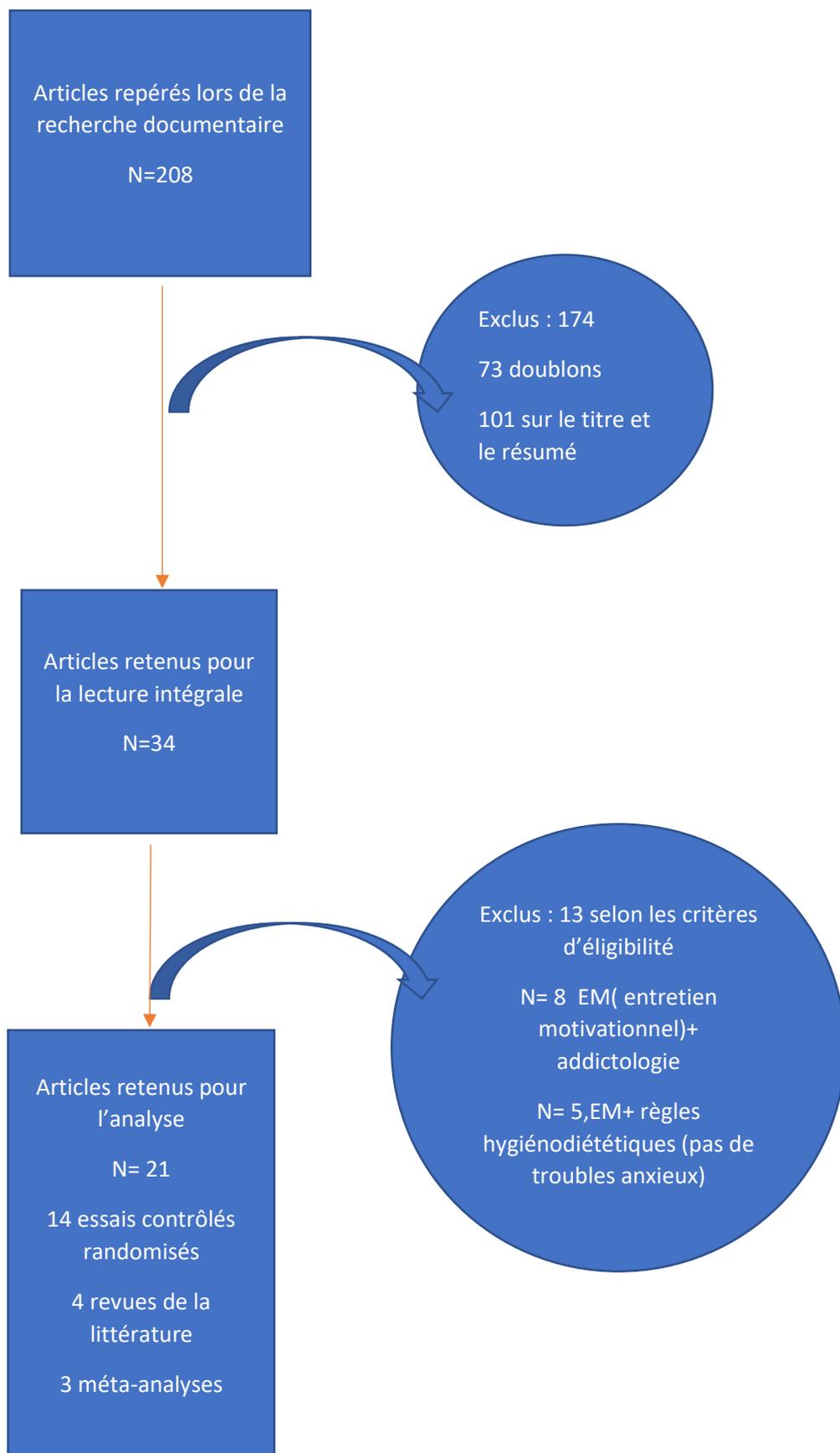
Analyse de la qualité :

La grille de lecture de la HAS (Haute autorité de santé), formulaire pré-établi à partir des travaux de l'université Mc Master d'Hamilton a été utilisée afin de jauger de la qualité des articles inclus, des risques de biais et du niveau de preuve en fonction des gradations A, B et C (71). Toutes les études incluses sont ou de grade B (essais contrôlés randomisés avec biais diminuant la validité interne) ou de grade A (méta-analyses bien conduites ou essais contrôlés randomisés sans biais majeur). Grâce à ce formulaire, nous avons réalisé un tableau de synthèse des articles (tableau 2) et un tableau d'analyse de la qualité méthodologique (tableau 3). Les biais pour chaque étude incluse ont été analysés dans le tableau 3, selon ce qui est préconisé actuellement en lecture critique d'article pour l'examen classant national, les biais inhérents comme les biais transversaux (par exemple les biais de publication dans les méta-analyses).

2.3 Résultats et discussion:

La recherche documentaire et l'application des critères d'inclusion et d'exclusion ont permis à partir des 208 articles répertoriés d'inclure dans ce travail 14 essais contrôlés randomisés ou cohortes de patients issues d'études contrôlées randomisées (2, 7, 8,9, 30, 35, 49, 51, 54, 55, 58, 59,60,68), 4 revues de la littérature (32, 52, 67,70) et 3 méta-analyses (23, 29, 34).

Figure 1 : diagramme de flux de la recherche documentaire



Les caractéristiques et les résultats de ces études, recueillies à partir du formulaire de lecture critique de la littérature de la HAS (71) et du protocole PRISMA (annexe 3) ont été résumés dans le tableau 2. Trois études, celle de Magill et Hallgren (32) et deux revues narratives (67,70) n'ont pas indiqué suffisamment de caractéristiques pour être synthétisées dans le tableau 2. Elles restent pertinentes cependant pour l'analyse des résultats. EM signifie entretien motivationnel. ECR signifie essai clinique randomisé.

Tableau 2 : résumé des études incluses dans la revue,

| Premier auteur | trouble | N | Modalités de l'EM | Phases d'intervention de l'EM | Modalités TCC | groupes | Modalités de mesure des paramètres | Paramètres mesurés |
|----------------|------------------|------------------------|---|--|---|--|---|--|
| Aviram | TAG sévère | Total :30 | | | 15 séances individuelles de 1h | 1 Cohorte (groupe TCC) issue de l'ECR de Constantino, Westra, et Antony (2015) | PSWQ :Au départ, 6 ^{ème} séance (CTRS),à chaque session de TCC puis après traitement | PSWQ,CTRS , MITI scale, Disagreement-Specific MI Behavior |
| Barrera | Troubles anxieux | Total :39 EM :20 | 1 séance individuelle de 50min | Pré-traitement | Groupe TCC, 12 séances | 1-EM+TCC 2-TCC | Après traitement et à 1 an de suivi | HCS,CQ,STAIS, assiduité(présence, demande de traitement) |
| Button | TAG sévère | Total :10 | 4 séances d'EM individuelles | Pré-traitement et intégrée à la TCC | 1-11 session 2-15 session | 1-EM+TCC 2-TCC | Au départ et après traitement | PSWQ CCT précoce |
| Constantino | TAG sévère | Total :85 EM :42 | 4 séances d'EM individuelles | Pré-traitement et intégrée à la TCC | 15 séances individuelles de TCC+ 2 séances à 1 puis 3 mois de suivi | 1-EM+TCC 2-TCC | Après traitement, à 6 puis 12 mois de suivi | PSWQ, Client Resistance Code(CRC)(adaptée pour TAG) , WAL-S(Working Alliance Inventory-Short Form), Barrett-Lennard Relationship Inventory(BLRI) |
| Guzick | TOC | | -1 séance d'EM avec Mind map (38) -3 séances d'EM (37) - EM en cas de résistance lors d'une TCC (61) | -pré-traitement (38) -pré-traitement (37) -intégrée à TCC (61) | 14 séances minimum, stratégies d'amélioration du sommeil | Essentiellement : 1-EM+TCC 2-TCC | Au départ et après traitement | YBOCS |
| Lawrence | Troubles anxieux | Total : 711 EM :359 | 2 séances téléphoniques de 15min à 3 séances individuelles de 6,5 heures au total, essentiellement protocolisé avec script (-1 étude) | Pré-traitement | | 1-EM+TCC 2-TCC | Au départ et à 3 mois (12 semaines) | Taux de patients demandant un traitement, motivation intrinsèque, Motivation à changer |
| Lombardi | TAG | Total :37 | | | | 1 Cohorte (groupe TCC) issue de l'ECR de Westra (66) | Au départ puis après traitement | CQ, CMOTS, PSWQ, CT et CCT (via MISC1.1) |

| Premier auteur | trouble | N | Modalités de l'EM | Phases d'intervention de l'EM | Modalités TCC | groupes | Modalités de mesure des paramètres | Paramètres mesurés |
|------------------|------------------|----------------------------------|---|--|---|--|---|--|
| Mc Cabe | TOC | Total : 40 | 3 séances individuelles de 1h chacune | Pré-traitement | les 15 séances d'ERP | 1- EM+TCC 2- RLX+TCC | Avant, au milieu puis après traitement ; à 3, 6 puis 12 mois de suivi | YBOCS, Obsessive-Compulsive Inventory (OCI), Illness Intrusiveness Rating Scale (IIRS) |
| Marker et Norton | Troubles anxieux | Total :538 EM :267 | 2,67 séances en moyenne (de 1 à 4), 7 individuelles et 5 de groupes | Pré-traitement | individuelles : 7 études groupe : 5 études | 1- EM+TCC 2-TCC | Au départ et après traitement | Réduction de l'anxiété et taux d'attrition Engagement : clinician rated homework compliance |
| Peters | PS | NSN= 161 Total :186 EM :85 | 3 séances individuelles de 1 hr | Pré-traitement | Groupe, 12 séances | 1- EM+TCC 2-TCC | Au départ, après intervention, après traitement, à 6 mois de suivi | Complétude des tâches à domicile (auto et évaluation par clinicien), Attentes d'un effet lié au traitement : Anxiety Change Expectancy Scale(ACES), Sévérité de la PS (auto et évaluation par le clinicien) :CSR scale |
| Poulin | TAG sévère | Total : 85 EM : 42 | 4 séances individuelles | Pré-traitement | 15 séances individuelles de TCC+ 2 séances à 1 puis 3 mois de suivi (9) | 1- EM+TCC (11 séances) 2-TCC (15 séances) | 1 ^{ère} séance de TCC, après traitement (TCC) et à 1 an de suivi | CQ CMOTS MISC, résistance : Client Resistance Code (CRC)adaptée au TAG |
| Randall | Troubles anxieux | Total :618 | 3 à 4 sessions de 50min à 1,5hrs | Pré-traitement Ou intégrée à la TCC | 15 à 20 séances de TCC | 1- EM+TCC 2-TCC | Au départ, après traitement, et au suivi | Engagement(initiation, abandons) Réduction de l'anxiété |
| Romano 2020 | PS | Total :85 | 3 séances de 1h individuelles | Pré-Traitement | Groupes (4-8), 3hrs/s pendant 12 s, | 1cohorte (groupe EM) issue de l'ECR de Peters et al.(49) | Séance 1 ou séance 2 ou séance 3 tirée au sort pour chaque patient | Lien entre MICO et CT Puis lien entre le CT et le résultat de la thérapie SIAS |

| Premier auteur | trouble | N | Modalités de l'EM | Phases d'intervention de l'EM | Modalités TCC | Groupes | Modalités de mesure des paramètres | Paramètres mesurés |
|----------------|------------|---|--|---------------------------------------|---|---|--|--|
| Romano 2017 | PS | Total :85 | 3 séances de 1h individuelles | Pré-traitement | 12 séances hebdomadaires de TCC de groupe (4 à 8) | 1 cohorte issue de l'ECR de Peters et al.(groupe EM) (49) | Session 1, session 2 ou session 3, 1session/ patient | Engagement, Attentes positives/ traitement, Amélioration de la PS Langage motivationnel (MISC, CT, CCT, neutre) |
| Schwartz | TP | Total :81 | | | 2 séances/ semaine de 45min | 1cohorte issue d'un ECR de Milrod (2016) | 2 ^{ème} et 10 ^{ème} séance Au départ, après traitement (PDSS) | Résistance (CRC) Panic Disorder Severity Scale (PDSS) |
| Seal | PTSD | Total:73 EM:34 | 4 séances individuelles non scriptées de 20-30min. 24,8 min en moyenne/ session téléphonique | Pré-traitement | | 1-EM 2- informations neutres | Dans les 60jrs de la période de suivi | Engagement, demande de consultation, présence à au moins 1 consultation |
| Sijercic | TAG | Total: 37 | 4 séances individuelles hebdomadaires d'EM | Pré-traitement | 6 sessions de 2h/semaine de TCC puis 2 sessions d'1 heure/s, soit 14h de TCC | 1 cohorte (groupe TCC) issue de Westra et al (66) | Ou à la 1 ^{ère} ou à la 2 ^{ème} séance | MISC HCS CRC adaptée au TAG PSWQ |
| Westra (68) | TAG sévère | NSN: 89 patients pour avoir une puissance de 0,80. Total : 85 EM : 42 | 4 séances individuelles | Pré-traitement puis intégrée à la TCC | 15 séances individuelles, plan de prévention de la réponse à la 14 ^{ème} séance + stratégies d'amélioration du sommeil | 1-EM+TCC (11 séances de traitement) 2-TCC (15 séances de traitement) | A chaque session, après traitement, puis à 6 et 12 mois de suivi | PSWQ, CQ, |

Note/ abréviations: CRC(Client Resistance Code),CQ(change questionnaire, questionnaire évaluant la motivation), CMOTS(Client Motivation for Therapy Scale, mesure la motivation du patient à la thérapie),CCT(discours argumentant contre le changement), CT(discours changement, c'est-à-dire argumentant pour le changement), CTRS (Cognitive therapy rating scale),HCS(homeework compliance scale), MICO(se dit quand le style du thérapeute est congruent avec celui préconisé en entretien motivationnel), MISC(Motivational interviewing skill code), MITI (Motivational interviewing treatment integrity : évalue si un thérapeute en EM délivre l'intervention de manière adaptée ou non), NSN(Nombre de Sujets Nécessaires),PS (phobie sociale),PSWQ (Penn State Worry Questionary, mesure la sévérité du TAG), RLX(relaxation musculaire), PTSD (état de stress post traumatique), SIAS(Social interaction anxiety scale, mesure de la sévérité de la phobie sociale), STAIS(State-Trait Anxiety Inventory state anxiety),TAG (trouble anxieux généralisé),TOC (trouble obsessionnel compulsif),TP (trouble panique),YBOCS(échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown), WAI-S (Working Alliance Inventory -short form : évalue l'alliance de travail, c'est-à-dire la composante partenariat de l'alliance thérapeutique).

Le tableau 3 permet selon les critères PRISMA (annexe 3) et le pré-formulaire de la HAS d'évaluer la qualité des études incluses dans cette revue (71). Thx signifie thérapeutes.

Tableau 3 : Appréciation de la qualité

| auteur | PICO | Randomisation | Aveugle | Approbation par comité d'éthique | Période couverte(revue) ou durée de suivi | Biais | Analyse en ITT (intention de traiter) |
|-----------------------|------|--|---|----------------------------------|--|---|--|
| Aviram | oui | Cohorte issue d'un ECR | | Oui | | Biais de mesure de l'identification de la résistance par les Thx(13 occurrences sur 30 ratées lors de l'évaluation initiale de la résistance par les Thx), corrigé par les codeurs. Biais de recrutement de l'étude initiale du fait d'un effet centre (corrigé dans l'étude initial) | |
| Barrera ECR add-on | Oui | Oui, bloc de taille 4 fixe, ne permet pas de maintenir la comparabilité initiale | Double aveugle : participants, chercheurs | Non | 1 an | De sélection car volontaires, donc pas forcément représentatifs de la population Biais d'évaluation= autoévaluation sur les tâches à domicile perte de la significativité sur la mesure de l'engagement en analyse par traitement reçu | oui puis en traitement reçu pour évaluer les paramètres de l'engagement. ITT suffit pour une hypothèse de supériorité, |
| Button ECR | Oui | Oui | Non | Oui | 18 mois 02/2012- 04/2013 | biais d'évaluation quant à l'extraction et l'analyse des données biais de suivi(côté Thx) biais de déclaration sur le CCT | |
| Constantino ECR | Oui | Oui | | | 12 semaines puis période de 1 an de suivi | Biais de sélection lié à un effet centre non corrigé : Groupes non comparables sur le genre (plus de femmes dans le groupe traité), sur la médication par ATD (en faveur du groupe TCC : davantage de patients sous ATD) et sur la motivation au départ de l'étude. biais de déclaration sur l'empathie (autoévaluation) | Ils ont réalisé une analyse statistique sur le CJP en ayant éliminé l'influence des co-variables (genre, antidépresseur et la motivation). En fait, ils ont répété des analyses univariées(donc risque d'inflation du risque alpha) |

| | | | | | | | |
|--|-----|-------------------|---|-----|-------------------------------------|--|--|
| | | | | | | -biais de déclaration sur l'alliance de travail, -biais de déclaration sur la complétude des tâches à domicile(variable contrôlable) | |
| Lawrence Méta-analyse | Oui | Oui | Oui | Oui | Jusqu'à fin 2016 | Biais d'attrition | Oui, effectuée pour 3 études Analyse en traitement reçu pour 11 études |
| Magill, revue narrative | Oui | | | | 1983-2018 | | |
| Mc Cabe, ECR add-on | Oui | Oui | Non | Oui | 15 séances de TCC puis 1an de suivi | Oui (initiale) Aveugle impossible (perte de la comparabilité initiale) De suivi :pas de double aveugle : risque d'ajustement verbal et de contamination dans le groupe contrôle par l'EM De déclaration sur l'OCI | Non Analyse en traitement reçu : pas d'argument pour, ni par rapport à la tolérance ni par rapport à la pertinence clinique |
| Marker et Norton, revue systématique et méta-analyse | Oui | | | | 2006-2016 | I ² = 20.55, échantillons d'articles homogènes Biais de publication contrôlé par le retrait des études qui modifiaient significativement la taille d'effet | Estimation de tailles d'effet d |
| Peters, ECR | Oui | Oui par bloc de 8 | Double aveugle annoncé mais en fait, non, du fait du protocole de l'étude. Thx devaient savoir à quel groupe ne pas appliquer l'EM. | Oui | 6 mois de suivi | Biais d'attrition : 6 non analysés dans le groupe EM (il aurait fallu en ITT les analyser comme n'ayant pas prouvé l'efficacité de l'EM en hypothèse de biais maximum pour l'analyse des résultats) et fort taux d'attrition (supérieur à 10% dans groupe TCC) Biais d'évaluation : autoévaluation pour les TAD+ hétérogénéité des TAD par session (Or, par patient, on choisit 1 séance sur 3) | Non Per-protocole (perte de la comparabilité initiale des groupes) |
| Poulin, ECR | Oui | Oui | | Non | Après TCC : 1 an de suivi | Biais de sélection, groupe TCC : significativement plus de femmes et motivation plus élevée (pour le CQ) mais corrigé statistiquement | |

| | | | | | | Biais de mesure du fait de l'erreur de randomisation : CQ a une fidélité test-retest moindre que le CMOTS et les 2 outils ne sont pas corrélés pour la motivation | |
|-------------|------|----------------------------|---------|----------------------------------|---|--|--|
| auteur | PICO | Randomisation | Aveugle | Approbation par comité d'éthique | Période couverte(revue à ou durée de suivi | Biais | Analyse en ITT |
| Romano 2020 | Oui | Cohorte issue d'un ECR | | Oui | 12 semaines+6 mois de suivi | <p>Probable de sélection, car prédominance masculine (46, soit 58%), ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats à la population cible, mais sexe ratio femme-homme pour l'anxiété sociale est proche de 50/50.</p> <p>Méthode d'inclusion : correcte, admission via différents professionnels et différents moyens, entretien téléphonique puis ensuite inclusion via consultation diagnostique structurée</p> <p>Social interaction anxiety scale(SIAS) : soumis au biais de déclaration</p> <p>Biais dans l'évaluation des résultats : la 1^{ère} séance est significativement plus courte que la 2.</p> <p>80% des vidéos soit 63 peuvent être soumises au biais d'évaluation lié à 1 seul évaluateur, car seuls 20% des vidéos ont été codifiés par les 2 codeurs</p> | <p>Non</p> <p>Risque d'inflation du risque alpha sur l'analyse du chemin 2</p> <p>Pas de risque pour l'analyse du chemin 1 (relation entre comportement du thérapeute et le discours motivationnel du patient)portant sur 2 niveaux : délivrance de l'EM et degré d'attitudes congruentes à un EM de qualité sans mesures répétées</p> |
| Romano 2017 | oui | Cohorte issue d'un ECR | | Oui | 12 semaines+6 mois de suivi | Résultats difficilement interprétables, car chaque patient n'aura eu qu'1 des trois premières séances d'enregistré. Or, les 3 premières séances avaient chacune des objectifs différents. | <p>Non</p> <p>Analyse en sous-groupe : risque d'inflation du risque alpha sur les composantes du MICO.</p> |
| Schwartz | Oui | Oui,Cohorte issue d'un ECR | | Oui | 12semaines | <p>Recrutement sur références de cliniciens et sur la publicité :évit le biais de sélection sur le volontariat</p> <p>Biais d'attrition : n= 81 randomisés au départ. Dès les</p> | L'ITT aurait permis de correctement gérer ce fort taux d'attrition, elle était possible en redéfinissant l'hypothèse, exemple : une plus |

| | | | | | | | |
|----------------------|-----|------------------------|--|-----|--|---|---|
| | | | | | | enregistrements des scores de résistance à la 2ème session, n tombe à 68, soit déjà plus de 10% d'enregistrement en moins (fort taux d'attrition dès la 1ère mesure) Biais de déclaration (autoévaluations) sur l'IMA et l'échelle mesurant l'espoir d'un changement (Credibility/expectancy questionnaire) | faible résistance générera une supériorité dans l'issue du résultat |
| Seal, ECR | Oui | Oui | | Oui | Avril 2008 à Juin 2011 | Recrutement en partie via la base de données du département des vétérans : évite en partie le biais de sélection sur le volontariat Biais d'évaluation du CJP : temps d'intervention supérieur dans le groupe EM Fort taux d'attrition, 17 au total sur les 73 inclus dans l'ECR, 7/34 (groupe EM) et 10/39 (groupe TCC). | Oui |
| Sijercic | Oui | Cohorte issue d'un ECR | Oui Codeurs de la résistance en aveugles du statut du patient (mais là, cela ne servait à rien, car 1 seul bras de l'étude de Westra et al (66) a été suivi | Oui | 1 an de suivi après 8 semaines de thérapie | Diagnostic contrôlé par un évaluateur indépendant : renforce la validité interne Recrutement exclusivement par la publicité : biais de sélection sur le volontariat Autoévaluation sur le HCS score mêlant un self report à la cotation du thérapeute= biais d'évaluation | |
| Westra (68) | Oui | Oui | Double aveugle pas de respect de la clause d'assignation secrète : un assistant de recherche a contacté le 2ème auteur en lui envoyant des informations sur les patients éligibles | Oui | 14 mois de suivi, Toronto, de février 2012 à avril 2013, | Thx EM n'ont pas pratiqué les TCC : renforce validité interne sur l'interprétation des résultats car ôte l'effet « contamination » de l'EM sur le groupe TCC. Biais de sélection sur la motivation et la prise d'ATD corrigé statistiquement CQ: soumis au biais de déclaration | Oui |
| Westra et Norouzian, | | | | | 1951-2016 | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|-----------|--|--|
| revue de littérature | | | | | | | |
| Westra et Aviram, revue de littérature | | | | | 1957-2013 | | |

ATD : antidépresseur, CJP : Critère de jugement principal, CCT : discours argumentant contre le changement, TAD : tâches à domicile

2.3.1 Trouble anxieux généralisé :

Les résultats de cette revue, appliqués au TAG, sont généralisables essentiellement à une population féminine adulte de plus de 18 ans, d'ethnie caucasienne, de bon niveau socioéducatif (études supérieures), d'âge moyen jeune (entre 30 à 35 ans), ayant au moins une comorbidité dépressive ou anxieuse et souffrant de TAG sévère. Sur les 9 études ayant étudié cette question (2,8,9,30,51,60,67,68,70), seule une incluait une population souffrant de TAG non sévère (60).

Westra et *al* dans un essai contrôlé randomisé (ECR) en bras parallèles incluent 42 patients dans un groupe (groupe intervention) recevant 4 séances d'EM avant 11 séances de TCC et dans un autre groupe (groupe contrôle), ils incluent 43 patients bénéficiant de 15 séances de TCC (68). Dans le groupe intervention, les thérapeutes pouvaient en cas de survenue de résistance ou d'ambivalence basculer vers le style interactionnel moins directif de l'EM. L'accent dans ce protocole est mis sur deux aspects : premièrement, éviter l'effet « contamination de l'EM » dans le groupe contrôle. Pour cela, les thérapeutes ne prenaient en charge à aucun moment de l'étude des patients de l'autre bras. Et deuxièmement, le but était d'évaluer si les thérapeutes du groupe contrôle délivraient adéquatement la TCC, ce qui a pu s'effectuer de trois manières : une sélection selon le niveau de formation universitaire (composé essentiellement de doctorants), une supervision de chaque thérapeute par 2 experts et une évaluation des compétences via une échelle élaborée par Young et Beck en 1980, le Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS). L'analyse des résultats a été effectuée en Intention de traiter, ce qui était adaptée à l'hypothèse de supériorité énoncée. L'étude cherchait, en corrigeant les biais de confusion, à confirmer la tendance d'un ECR antérieur qui avait suggéré une supériorité du traitement « *add-on* » (EM+TCC) sur le traitement standard (TCC seul) quant au résultat thérapeutique (66). Dans cette étude, alors que les patients du groupe contrôle étaient significativement plus motivés au départ, les patients ayant reçu le traitement combiné et intégré (car l'EM restait applicable au cours de la TCC) ont eu 5,49 fois plus de chances que les premiers d'être en rémission pour le TAG au cours de l'année de suivi (68). Au bout des 11 séances de TCC, 50% des patients ayant reçu l'EM en plus ont eu une abrasion de leurs symptômes et 62% ont été déclarés en rémission au bout de 6 mois. Dans le groupe qui n'a pas bénéficié de l'EM mais que de la TCC, 41% des patients ont été en rémission clinique au bout des 15 séances et le chiffre est resté le même au bout de 6 mois.

Discussion : le fait que le traitement combiné s'avère plus efficace en dépit du niveau de motivation (et donc d'engagement) supérieur dans le groupe contrôle est un argument supplémentaire en faveur de l'utilité de l'EM en traitement adjuvant d'une TCC pour les patients souffrant de TAG sévère. L'EM améliore l'issue thérapeutique dès la phase de post traitement (CJP mesuré immédiatement après la dernière séance de TCC). Ces résultats répliquent ceux de d'autres études, telles que Durham et *al.* pour qui le traitement combiné à

12 mois de suivi entraîne la rémission clinique de 67% des patients inclus pour TAG, contre 40% de rémission pour le traitement TCC standard (16). De plus, la taille d'effet sur le CJP (l'amélioration de l'anxiété à 1 an) était large ($d = 0,93$) (16). Si on revient au travail de Westra et *al.*, bien que le taux d'attrition soit le double dans le groupe TCC ($n = 10$, 23% dans le groupe contrôle ; $n = 4$, 10% dans le groupe intervention), les auteurs ne peuvent pas conclure quant au traitement qui est le mieux toléré (p non significatif, $p = 0,09$) (68). Un autre phénomène reste à expliquer : après traitement, aucun des deux groupes ne se trouvait significativement plus amélioré que l'autre. Les différences significatives sont apparues à partir de 6 mois de suivi en faveur du groupe traitement combiné (EM+TCC). Pourquoi un tel délai ? Un travail de recherche inclus dans notre revue apporte un élément de réponse.

Dans leur étude, Button et *al.*, constituent 2 groupes de patients randomisés (un groupe TCC et un groupe EM+TCC) qu'ils interrogent sur leurs attentes initiales concernant la thérapie puis a posteriori sur la question de savoir si ses attentes ont été confirmées ou infirmées (8). Neuf patients sur les 10 inclus ont été en rémission. Cependant, il semble que l'EM amplifie le vécu positif de la thérapie en dehors des critères purement objectifs de la rémission. Deux aspects ressortaient dans le groupe des patients ayant bénéficié de l'EM. Premièrement, comparativement aux patients du groupe TCC, la thérapie fut pour eux une expérience corrective. Ils ont senti qu'ils pouvaient librement exprimer leurs soucis, sans se censurer ni culpabiliser. Le thérapeute selon eux a plus que dans l'autre groupe légitimé leur expérience, collant parfaitement à une des valeurs sous-tendant la pratique de l'EM : la validation inconditionnelle de l'expérience du sujet sans jugement ni étiquetage. Les patients, ainsi, ont modifié leur perception d'eux-mêmes d'une manière positive : ils se jugeaient moins péjorativement. Deuxièmement, les patients du groupe EM se décrivaient comme les acteurs du changement en dehors de la thérapie. Alors que les patients du groupe TCC attribuaient leurs gains à l'expertise du thérapeute, les patients du groupe EM avaient ce qu'on appelle un sentiment d'agentivité accru : ils contrôlaient selon eux, comparativement au groupe contrôle, davantage la dynamique de la thérapie, ils ont gagné en confiance et en sentiment d'efficacité personnel (8).

Discussion : L'agentivité est un facteur pouvant expliquer l'effet bénéfique de l'EM sur le long terme en lien avec la valeur basée sur le respect de l'autodétermination du patient. Le respect de son autonomie le responsabilise quant aux efforts à fournir en vue de son rétablissement. Ce paramètre de l'agentivité dans des études antérieures comptait davantage que les tâches à domicile sur la variance du résultat thérapeutique (45). L'agentivité et le sentiment d'efficacité personnel qu'il véhicule pourraient expliquer l'effet retard de l'EM observé dans l'ECR de Westra et *al.* (68). Button et *al.* ont néanmoins démontré ces résultats sur un échantillon de petite taille (10 personnes).

Aviram et *al.* testent l'hypothèse que les thérapeutes formés à l'entretien motivationnel vont induire un meilleur résultat du fait de la moindre résistance qui découle de leur intervention et que, appliquer le style relationnel de l'EM à des moments spécifiques a plus d'impact que de l'appliquer tout le temps (2). Tous les thérapeutes TCC étaient entraînés, exclusivement des femmes d'âge moyen jeune (29 ans), au moins de niveau doctoral, supervisées par un sénior hautement expérimenté et leurs compétences étaient évaluées via un outil mis au point par Young et Beck, le Cognitive Therapy Rating Scale (CTRS). Ils montrent que 17,1% de la variance sur le résultat de l'anxiété après thérapie s'explique par des différences entre thérapeutes. Chaque majoration de 1 point au « *Disagreement MI score* » (score du MITI adapté à la captation de la compétence en EM du thérapeute aux moments de résistance) entraîne une minoration de 12,04 points au PSWQ après traitement, cet effet étant significatif

statistiquement ($t(25.47)=-2.84, p=0.009, 95\% \text{ CI } [-12.09, -11.98]$). Ils montrent également qu'un haut niveau d'EM côté thérapeute est associé à un bas niveau de résistance subséquente ($t=-2.87, p=0.013, 95\% \text{ CI } [-0.14, -0.02]$). Et que l'influence de l'EM sur la résistance se majore quand on inclut la résistance existant lors des séances antérieures (31,2% de la variance versus 18,7% de la variance pris autrement). Si le score spécifique utilisé pour la pratique de l'EM (« *Disagreement MI Score* ») démontre que l'application de l'EM à des moments spécifiques de désaccord produit un effet sur le critère de jugement principal (l'amélioration du TAG évaluée via le PSWQ après thérapie), en revanche, le score global en EM (captant le fait d'être constamment dans cette modalité relationnelle) ne prédit pas le niveau de résistance subséquente ($t=-0.68, p=0.503, 95\% \text{ CI } [0.10, 0.05]$). Car, bien que chaque point en plus à ce score global entraîne une minoration du PSWQ en post traitement de 0,91, ce résultat n'est pas significatif ($t(17.36)=-0.15, p=0.886, 95\% \text{ CI } [0.98, 0.83]$). Ainsi, il semble que ce soit l'usage de l'EM à des moments spécifiques de désaccord ou de résistance qui produise des effets significatifs, abaissant les niveaux de tensions au cours de la thérapie et en améliorant le résultat final (2).

Discussion : On pourrait penser que les thérapeutes savent aisément détecter la survenue d'une résistance chez leur patient. Pourtant, les codeurs ont rattrapé 13 cas de résistance passés inaperçus par les thérapeutes. C'est beaucoup, soit un total de 30 patients au lieu des 17 de départs détectés par les thérapeutes. Intérêt donc, selon les auteurs, d'avoir des codeurs spécifiquement entraînés et intérêt surtout clinique de former les thérapeutes à identifier la résistance chez leurs patients (2). D'autres études de notre revue de la littérature répliquent le résultat d'Aviram et *al* sur l'efficacité de l'EM à réduire les niveaux de résistance au cours d'une thérapie et à en améliorer le pronostic.

Pour Constantino et *al.*, qui ont effectué un essai contrôlé randomisé (ECR), le traitement combiné (4 séances de EM+ 11 séances de TCC), comparativement au traitement standard (15 séances de TCC) amoindrit la résistance évaluée dans cette étude en milieu de traitement (9). Les auteurs ont évalué l'impact de la résistance sur le résultat thérapeutique final. Ils estiment la part de la résistance dans la diminution du score d'anxiété (PSWQ) à 86%. Les patients du groupe intervention comparativement au groupe contrôle avaient 6,34 points de moins en moyenne sur le PSWQ ($-6.34, SE = 2.31, 95\% \text{ CI } = -11.51 \text{ to } -2.44$). Quant à l'influence de l'empathie globale ou moyenne du thérapeute, si elle a semblé soulager l'anxiété, cet effet ne se retrouve plus une fois analysé avec l'effet de la résistance (effet indirect = $-1.19, SE = 1.02, 95\% \text{ CI } [\text{biais corrigé}] = -3.98 \text{ to } 0.28$). Concernant l'influence de l'alliance thérapeutique à travers le temps ou évaluée de manière globale, on ne retrouve pas de lien statistique significatif entre l'alliance thérapeutique et la réduction de l'anxiété. Idem pour les tâches à domicile. Les auteurs ne retrouvent pas non plus d'effet additionnel de l'alliance thérapeutique sur l'effet médiateur (médiateur quant à la réduction de l'anxiété) de la résistance. Il en est de même pour l'effet des tâches à domicile. Les effets médiateurs ne s'additionnent pas, comme s'ils ne convergeaient pas dans le même sens. Les auteurs ont conduit cette étude afin d'explorer l'ensemble des hypothèses causales quant à la réduction du CJP (réduction de la sévérité du TAG évaluée par une diminution du PSWQ). Il apparaît qu'entre l'alliance thérapeutique, la résistance, la réalisation des tâches à domicile et l'empathie du thérapeute, c'est la résistance qui émerge en tant que médiateur de l'issue thérapeutique avec de surcroît une relation robuste (son effet médiateur sur le résultat de la TCC, tous facteurs confondus, passe de 86% à 76%) (9).

Discussion : Pour Constantino et *al.*, l'effet de la résistance est simplement plus fort que l'empathie, d'où l'absence d'effet de la dernière variable quand elle est analysée en même

temps que la première. L'empathie et la résistance seraient des médiateurs de la réussite d'une TCC sur les patients souffrant de TAG sévères, tandis que l'alliance thérapeutique et la réalisation des tâches à domicile ne le seraient pas. Horvath et *al.* (24) ainsi que Kazantzis et *al.* (27), avancent au contraire que l'alliance thérapeutique et les tâches à domicile ont contribué à un meilleur résultat final. Ceci dit, la spécificité expliquant la meilleure efficacité à long terme (à 1 an) de la combinaison EM+TCC sur la TCC classique en matière de réduction de l'anxiété, repose davantage sur sa capacité à induire moins de résistance qu'à paraître plus empathique (9). Autrement dit, l'empathie agirait probablement positivement de par sa capacité à induire moins de résistance via l'usage d'une écoute approfondie, des reflets complexes et d'une approche centrée sur le patient (67). En outre, puisque ce phénomène de résistance surviendrait potentiellement à divers moments d'une prise en charge, il apparaît raisonnable de préconiser l'usage de l'EM non pas seulement en phase préparatoire d'une TCC sur les troubles anxieux mais de l'intégrer tout au long de la thérapie, contrairement à ce qui se fait dans la plupart des études (31). Une des causes de survenue de la résistance serait l'ambivalence du patient. Selon Westra et Norouzian, l'ambivalence non résolue favoriserait la survenue de l'opposition plus ou moins clairement exprimée : protestations contre la direction thérapeutique, argumentation en faveur du statut quo ou contre les propositions du thérapeute, évitements, interruptions, désengagement, passivité ou répétition fréquente de : « je ne sais pas » (70). Quelques limites quant aux résultats de l'étude de Constantino: la résistance n'a été évaluée qu'une fois contrairement à 3 fois pour les autres facteurs étudiés, ce qui empêche de conclure quant à l'évolution de la résistance et à ce qui aurait pu la faire évoluer dans un sens ou dans un autre. De plus, si le CJP a été analysé en ITT (ce qui est souhaitable) en revanche, l'alliance thérapeutique, l'empathie et les tâches à domicile ont été analysés en ITT modifiée (9). Or, l'ITT modifiée ne prend pas en compte tous les patients randomisés et n'est donc pas une vraie ITT, ce qui est préjudiciable dans une étude de supériorité et conduit à un biais d'attrition du fait que l'analyse des résultats ne s'effectue pas sur l'ensemble des patients randomisés.

Plusieurs études concluent que le langage motivationnel précoce mesuré à la 1^{ère} ou à la 2^{ème} séance d'une thérapie en impacte le résultat jusqu'à 1 an de suivi (30,51,60,67,70). Les auteurs subdivisent le langage dans sa composante motivationnelle en discours argumentant pour le changement (CT, discours changement), en discours argumentant contre le changement (CCT-R, discours maintien), en discours sans rapport avec la problématique du changement (discours neutre) ou en discours reflet de l'ambivalence (CCT-A, « *Counter change talk-Ambivalence* » ou résistance intrapsychique pour Westra et Aviram). Seul le discours patient argumentant contre le changement (CCT-R) conserve une relation prédictive robuste à 12 mois de suivi sur la péjoration du trouble anxieux (51,60,67,70). Poulin et *al.* confirment la tendance retrouvée dans l'étude de Sijercic. Ils montrent que le CCT-R s'avère 3 fois plus puissant que le CCT-A pour prédire des résultats thérapeutiques négatifs (51). La part du CCT-R dans la variance du PSWQ (CJP) est de 17% pour les patients souffrant de TAG et de 27% pour les patients atteints de la forme sévère ($p < 0.005$) (51,60). Selon Poulin, en post traitement, 1% de majoration du CCT-A majore le PSWQ de 0,9 points et 1% de majoration du CCT-R majore le PSWQ de 2,3 points. A 1 an de suivi, 1% de majoration du CCT-A augmente le score de PSWQ de 1 point tandis que 1% de majoration du CCT-R péjore le résultat sur le CJP de 2,8 points, soit davantage qu'en post traitement, alors que pour le CCT-A, son impact sur le CJP demeure stable au cours de la période de suivi (51). Sijercic affirme qu'en post traitement, aucun des CCT qu'il soit le reflet d'une ambivalence ou d'une résistance n'est significativement corrélé au PSWQ. A 1 an de suivi néanmoins, seul le CCT-R est significativement corrélé ($p < 0,05$) au PSWQ et il compte pour 31% dans la variance des résultats sur les tâches à domicile qu'il péjore (60).

Discussion : Bien que le discours ambivalent ou argumentant contre le changement (CCT) compte pour 21 à 27% de la variance sur le résultat évalué juste après la thérapie (30,51), c'est la résistance ou l'opposition précoce (dès les deux premières séances) du patient qui constitue l'évènement suffisamment fort et suffisamment répliqué dans la littérature pour prédire à 1 an l'issue négative d'une TCC (67,70). Quant au discours changement (CT), il n'influerait pas sur les résultats de la thérapie dans nombre d'articles (30,60,67,70) ni dans l'étude de Poulin en post traitement, même si à 1 an de suivi, Poulin démontre qu'une majoration de 1% du discours changement améliore la sévérité du TAG de 0,4 points sur le PSWQ (51). Mais ce résultat mélioratif du CT semble minoritaire. Westra et Norouzian affirment que, contrairement à ce qui est prouvé en addictologie, dans le domaine des troubles anxieux, le discours changement précoce du patient n'est pas corrélé à l'issue thérapeutique (70).

Sur le plan clinique, la pratique de l'entretien motivationnel permettrait d'à la fois mieux détecter et mieux prendre en charge la survenue d'une opposition chez les patients, de par la capacité des thérapeutes en EM à rouler avec la résistance (67,70). Cette spécificité de l'EM est confirmée dans la littérature scientifique. Pour Poulin et *al.*, par exemple, il y a significativement une plus faible proportion de discours argumentant contre le changement dans le groupe qui a bénéficié de l'EM avec une taille d'effet moyenne ($d=0.64$) (51). Le taux de CCT-R y est estimé à 0,55%, versus 1,83% pour le groupe TCC. La résistance, survenant dans un contexte interpersonnel d'opposition à la direction que le thérapeute propose, la manager s'avère cruciale, d'autant plus que l'efficacité d'une psychothérapie semble corrélée à une absence relative de résistance (67,70). Rouler avec la résistance c'est refléter l'ambivalence du patient à changer de comportement tout en restant attentif quant à l'émergence du discours changement qui peut apparaître une fois les deux versants de l'ambivalence explorés (67). L'EM se révèle pertinent pour les patients les plus ambivalents ayant des fréquences élevées de discours argumentant contre le changement. Dès la 1^{ère} séance, l'EM en pré-traitement puis intégrée à la TCC au moment de survenue de ces deux marqueurs (ambivalence ou opposition) s'avère d'autant plus efficace que les patients étaient au départ ambivalents avec des fréquences élevées de discours maintien. A contrario, la psychothérapie intégrant l'EM ne montrerait pas de plus grande efficacité que la TCC seule (au contraire : la TCC seule s'avérerait dans ce cas de figure légèrement supérieure) quand les patients sont dès le départ motivés et très peu opposants (70). On ignore encore la proportion de CCT dans un panel d'affirmations qui influe sur le résultat thérapeutique. Le taux de CCT sur l'ensemble des déclarations patients s'élève à 7% dans l'étude de Lombardi et a suffi pour compter dans 21% de la variance sur le résultat post traitement (30). Dans l'étude de Poulin, le taux de discours argumentant contre le changement représentait 11% de l'ensemble des affirmations du patient et a compté pour 27% de la variance sur le résultat post traitement (51). Les échantillons étaient de petite taille dans ces deux études (30,51).

2.3.2 Trouble obsessionnel compulsif

Dans le cas du TOC, entre 30 à 38% des patients ne répondent pas favorablement à la TCC (23,38). L'EM est proposée pour amoindrir la résistance et la peur lors de l'exposition avec prévention de la réponse (ERP). Dans leur méta-analyse, Guzick et *al.* évaluent les combinaisons thérapeutiques les plus efficaces pour la TCC: D-cyclosérine, thérapies familiales, thérapies de pleine conscience et entretien motivationnel (23). 21 ECR (essais cliniques randomisés) ont été inclus dans lesquels la TCC est comparée à la TCC combinée à

une des 4 interventions précitées. Neuf études traitent de la combinaison avec la cyclosérine, 5 de celle avec les IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), 4 de celle avec les thérapies familiales et 3 de la combinaison avec l'EM. Le critère de jugement principal analysé en ITT sans précision du respect de l'aveugle consistait en l'évaluation de la réduction des symptômes du TOC via l'échelle YBOCS (23). L'EM était délivré soit en cas de résistance (61) soit en pré-thérapie associée à une technique cognitive type « *Mind Map* » (38) soit en pré-TCC (37). Dans cette méta-analyse, améliorent la TCC : l'intervention familiale de manière modérée ($g = 0.60$, $p < 0.001$) et l'entretien motivationnel de manière forte ($g = 0.77$, $p < 0.001$). En outre, plus le trouble était sévère, plus les stratégies de combinaison étaient efficaces ($b = 0.12$, $p < 0.001$), surtout en ce qui concerne l'entretien motivationnel ($b = 0.45$, $p = 0.001$) (23).

Discussion : Cette méta-analyse sur le TOC couvre une période de temps restreinte mais récente : 1^{er} décembre 2016 au 17 juin 2018 (23). L'hétérogénéité entre les articles demeurait très importante ($Q(21) = 86.05$, $p < 0.0001$; $I^2 = 69.29\%$) et dans le cas des résultats sur l'EM, aucun des 3 articles n'a appliqué la même méthode de délivrance de l'intervention de Miller (37,38,61). Autre élément à considérer : l'effet cognitif de la MAP peut potentiellement agir en tant que facteur de confusion sur le résultat attribué à l'EM dans l'étude de Meyer, qui associait EM+ MAP avant la TCC (38). Les auteurs stipulent que la particularité du TOC c'est que l'ERP est si efficace qu'elle n'a pas besoin d'être intégrée à une autre intervention (23), d'où la préconisation en cas de combinaison d'adjoindre avant la TCC et non d'intégrer au long cours l'entretien motivationnel. Cette affirmation reste discutable, car premièrement, Guzik et *al.* expliquent en préambule que près d'1/3 des patients ne répondent pas à l'intervention comportementale sur le TOC (l'ERP). Et, deuxièmement, ne pas intégrer l'EM au long cours revient à s'interdire grâce à sa pratique d'atténuer avec succès les phénomènes de résistance qui eux peuvent survenir à divers moments d'une thérapie.

L'étude de Mc Cabe, un ECR de type « *add-on* », part du principe qu'il y a des résultats mitigés sur l'engagement dans la TCC du TOC, à savoir 25% d'abandons pour l'ERP (35). Les auteurs questionnent si l'EM améliore le nombre de patients qui iront jusqu'au bout de la thérapie comportementale. La force de cette étude : ces patients (40 au total) ont été recrutés dans un HDJ ou lors d'une campagne de recrutement, donc pas seulement sur le volontariat, ce qui rend l'échantillon plus représentatif de la population. Les résultats peuvent se généraliser à une population de femmes adultes (entre 18 et 65 ans), d'âge moyen jeune (33ans), ayant au moins une comorbidité anxieuse ou dépressive et traitée par antidépresseur de type IRS (dans les détails : 55% sous IRS, 22% sous anxiolytiques, 17,5% sans médication). L'intervention pour 20 patients consistait en 3 sessions d'EM de 1h chacune avant TCC, portant sur les préoccupations du patient (sur l'aptitude à changer, les avantages et les inconvénients à changer et le traitement). Les thérapeutes avaient au moins 1an de pratique clinique, ont bénéficié d'un entraînement à l'EM et étaient supervisés chaque semaine par un sénior de psychologie. Le comparateur pour 20 patients consistait en 3 séances de relaxation. Les deux groupes comparables sur les critères démographiques ont par la suite bénéficié de 15 séances d'ERP. Dans cette étude, la sévérité du TOC passe de sévère à bénigne dans le groupe EM et de sévère à modérée dans le groupe Relaxation. Il y a sur le critère de jugement principal évalué via le YBOCS une différence post traitement significative en faveur du groupe EM avec une taille d'effet modérée ($p = 0.04$, $d = 0.74$). Les patients ayant bénéficié de l'EM étaient plus motivés que les patients ayant bénéficié de la relaxation et davantage au stade de l'action, ce qui expliquerait la meilleure réduction du TOC dans le groupe intervention. Cependant, si les patients du groupe EM à 3,6 et 12 mois maintiennent leur bénéfice, ceux du groupe relaxation s'améliorent au cours du suivi (35).

Discussion : Pour les auteurs, l'EM n'a pas majoré la motivation au cours du temps, puisqu'il n'y avait pas de différence significative en matière d'abandons (2 dans le groupe relaxation et 1 dans le groupe EM), un faible taux d'abandon non corrélé à celui des recherches antérieures (25% en moyenne, selon Maltby et Tolin). Sur l'évolution au cours du suivi à 1 an, les auteurs ont conclu que l'avantage de l'EM ne se maintenait pas par rapport à la relaxation du fait que seuls les patients du groupe contrôle ont continué à s'améliorer au cours du suivi (35). En fait, ce qui s'est réellement passé, c'est que l'apport de l'EM à la TCC du TOC se maintenait au cours des 12 mois de suivi. L'intervention sur ce point a été supérieure à la relaxation, car plus rapide à permettre à la TCC d'améliorer les patients.

2.3.3 Phobie sociale

Si dans le cas du TAG, l'effet de l'EM performe pour les cas sévères (66), le problème de la PS (phobie sociale) c'est qu'il s'agit du trouble anxieux sur lequel la TCC s'avère le moins efficace et sur lequel l'adjonction de l'EM comparativement au TAG ou au TP a le moins d'effet (69). L'ECR randomisé en double aveugle (selon les auteurs) de Peters et *al.*, cherche à montrer que l'EM majore l'accomplissement des tâches à domicile et l'efficacité de la TCC dans le cadre de la phobie sociale (49). Les auteurs explorent l'impact du sentiment d'être prêt à changer et celui du retentissement fonctionnel sur le résultat. Cette étude incluant une période de suivi de 6 mois a rencontré un problème éthique sur un patient qu'il a fallu retirer car il n'avait pas donné son consentement pour un protocole de recherche. Au total, l'ECR via des méthodes de recrutement diversifiées (médecins de ville, campagnes de recrutement), a sélectionné 186 patients pour un nombre de sujets nécessaires de 161 : tous adultes, avec au moins une comorbidité pour plus de la moitié (108 patients soit 57,8%) et souffrant de phobie sociale d'intensité au moins modérée. 85 patients ont été inclus dans un groupe (groupe intervention) ayant bénéficié de 3 sessions d'EM de 1 heure avant TCC. 101 patients ont été sélectionnés dans le groupe contrôle dont le comparateur consistait à donner des conseils avant la TCC. Sur le plan méthodologique, les auteurs ont souhaité que les thérapeutes ne délivrent à aucun moment de l'EM au groupe contrôle (les thérapeutes tous entraînés, tous supervisés suivaient des patients dans les 2 groupes). Ils leur ont remis une liste de comportements autorisés et interdits afin qu'ils ne pratiquent pas l'EM avec les patients du groupe contrôle. Le MITI (« *Motivational Interviewing Treatment Integrity* »), une échelle viable et reproductible a permis d'évaluer la fiabilité de la délivrance de l'EM. Les résultats sont les suivants : les thérapeutes quand ils intervenaient dans le groupe EM opéraient significativement davantage avec des questions ouvertes, reflets complexes et encouragements à l'autodétermination. Donc l'EM n'a pas contaminé le groupe TCC, ce qui constitue un bon point pour la validité interne du protocole. Dans cette étude, être prêt à changer favorise à haut niveau le groupe contrôle, alors qu'à bas niveau, il ne favorise aucun des deux groupes sur le critère « diminution de l'anxiété ». De haut niveaux de retentissement fonctionnel favorisent la diminution de l'anxiété dans le groupe intervention, alors que de bas niveaux favorisent le groupe contrôle pour ce critère. Les deux groupes ont significativement reconnu avoir plus d'espoir à changer dans un sens positif juste après les 3 sessions préparatoires et ont connu une diminution significative du trouble anxieux. Ces 2 résultats restent à nuancer car ils demeurent soumis chacun à un biais de déclaration du fait qu'il s'agit de 2 variables autoévaluées par les patients. Sur la composante hétéroévaluative du CJP (évalué par le clinicien), il n'y a pas de différence significative post traitement entre les deux groupes quant à la réduction de l'anxiété. L'EM ne majore pas l'action de la TCC sur le fait

d'être prêt à changer ni sur la complétude des tâches à domicile telle que notée par le clinicien. Il améliore le « *self report* » (soumis au biais de déclaration) sur les tâches à domicile sans influence sur le résultat. L'EM n'a pas permis d'améliorer la prise en charge en TCC de la phobie sociale. L'intervention motivationnelle s'avèrerait cependant plus efficace en cas de forme sévère quand il y a un retentissement important du trouble anxieux (49).

Discussion : l'ECR de Peters et *al.* confirme que l'EM s'avère infructueux auprès d'une population de patients déjà motivés pour le changement, ayant passé le cap de l'ambivalence (49). Pour cette population, l'approche directive des TCC demeure indiquée. L'EM ne fait pas mieux que donner des conseils, ce qui ici faisait office de comparateur. Néanmoins, on est en droit de se demander s'il s'agit d'un bon « placebo », car donner des conseils comporte des questions ouvertes, des reflets, des reformulations, donc on applique quand même des techniques d'entretien tirées de l'EM et on fait quand même quelque chose dont l'effet peut se surajouter à la TCC. Sur 190 patients randomisés, on aboutit à des résultats sur 125. Pas d'ITT, analyse en per protocole donc il y a perte de la comparabilité initiale obtenue par la randomisation. En conséquence, survient un biais d'attrition sur les 6 patients non analysés dans le groupe intervention. Il aurait fallu rester en ITT et les analyser comme n'ayant pas prouvé l'efficacité de l'EM en hypothèse de biais maximum pour l'interprétation des résultats. On relève également : un biais de déclaration (autoévaluation des tâches à domicile), ainsi qu'un biais d'évaluation du fait de l'hétérogénéité des tâches à domicile (sur ce paramètre, par patient, on choisit au hasard une séance sur 3. Or, les séances abordent des thèmes différents d'où une hétérogénéité potentielle des exercices prescrits entre séances). A noter également un fort taux d'attrition supérieur à 10% dans le groupe contrôle. Cette étude confirme la difficulté de la prise en charge en TCC de la phobie sociale. Dans cet ECR, l'EM n'a pas contribué à améliorer objectivement le résultat thérapeutique final. Peut-être était-ce lié à la modalité de sa délivrance qui ne s'est pas effectuée tout au long de la TCC ? Ou encore était-ce lié à une méconnaissance de l'hypothèse technique de l'EM ?

L'hypothèse technique explore les mécanismes du changement ou encore les voies par lesquelles l'EM opère des changements chez les patients. Elle comporte deux chemins : le premier chemin se penche sur le lien entre le MICO du thérapeute (« *MI consistent behaviour* », soit un thérapeute adoptant un style relationnel congruent à celui préconisé en EM) et le CT du patient (discours-changement ou discours du patient argumentant en faveur du changement). Le 2^{ème} chemin se penche sur le lien existant entre le CT du patient et le résultat thérapeutique final. Selon l'hypothèse technique, l'attitude MICO du thérapeute favorise le discours changement et le discours changement du patient entraîne un résultat thérapeutique positif (32). Cette hypothèse a été validée et bénéficie d'un haut niveau de preuve dans le domaine de l'addictologie mais pas dans celui des troubles anxieux (55). Pour la compréhension de ce dont nous allons discuter ci-dessous, nous appellerons CT le discours changement du patient, CCT le discours du patient argumentant contre le changement, MICO l'attitude du thérapeute congruente avec le style relationnel préconisé en EM (écoute réflexive, questions ouvertes) et MIIN l'attitude du thérapeute non congruente avec le style relationnel préconisé en EM (confrontation, jugement, donner des conseils sans permission, chercher à convaincre sans permission). Le MISC (« *Motivational Interviewing Skill Code* ») sert à enregistrer les compétences relationnelles du thérapeute (reflets positifs, reflets à valence négative, reflets doubles ou complexes, empathie, « *MI spirit* » etc.) et le MITI (« *Motivational Interviewing Treatment Integrity* ») permet grâce aux données enregistrées par le MISC de conclure quant à la compétence du thérapeute en matière de délivrance de l'EM.

Romano et *al.*, suivant la cohorte de 85 patients (groupe EM+TCC) issue de l'ECR de Peters et al., étudient les interactions entre les composantes des deux chemins de l'hypothèse technique dans le cadre de la phobie sociale (55). Leurs travaux menés sur 9 mois ont permis d'enregistrer 255 séances vidéos au cours des trois premières séances de l'EM. 6 patients ont été exclus, 5 en raison d'erreurs techniques et 1 qui n'avait pas donné son consentement pour de tels enregistrements. L'échantillon final pour l'analyse des résultats concerne 79 patients, dont les extraits vidéos ont été tirés au sort afin de n'allouer qu'une séance par patient (1 séance sur les 3 premières séances motivationnelles). Il y a eu 26 enregistrements pour les 1^{ère} et 3^{ème} séance et 27 pour la 2^{ème} séance. L'intervention de Miller suscite davantage de CT que de CCT ($M = 73.92$, $SD = 15.10$). Les thérapeutes dans cette étude sont plus MICO que MIIN (Proportion MICO: $M = 84.44$, $SD = 12.26$), ils utilisent plus de reflets positifs que de reflets à valence négative et une proportion suffisante de reflets complexes (58% de l'ensemble des reflets). Ils montrent selon le MITI des compétences suffisantes en matière d'empathie, de directivité et de congruence quant aux valeurs sous-tendant l'état d'esprit de l'EM. En revanche, ils utilisent moins de questions ouvertes que de questions fermées (44% de questions ouvertes et 56% de questions fermées) et moins de reflets que de questions (3 reflets pour 4 questions en moyenne). En EM, Miller préconise l'inverse : plus de reflets et moins de questions). Les résultats sont les suivants : sur l'analyse du 1^{er} chemin, une plus grande proportion de MICO a significativement prédit davantage de CT ($t = 2.76$, $p = 0.007$). L'usage de reflets positifs favorise également l'évocation du discours changement ($t = 3.74$, $p < 0.001$). Les questions ouvertes ne sont pas corrélées au discours changement ($t = 1.20$, $p < 0.234$). Sur l'analyse du 2^{ème} chemin, on ne peut pas conclure que davantage de CT prédit l'amélioration de la phobie sociale, car l'analyse statistique du lien entre ces deux paramètres n'est pas significatif ($t(91.36) = -1.77$, $p = 0.080$). Le fait d'être MICO, d'user de questions ouvertes ou de reflets (positifs, négatifs ou complexes) ne prédit pas la réduction symptomatique à 6 mois de suivi (55).

Discussion : les résultats sur l'analyse du chemin 2 répliquent la tendance de la littérature à conclure que l'efficacité de l'EM dans le cas des troubles anxieux ne passe pas par la majoration du discours changement lors de la phase d'évocation, contrairement à ce que l'on observe en addictologie (40,41). Dans cette étude, 80% des vidéos soit un total de 63 peuvent être soumises au biais d'évaluation lié à 1 seul évaluateur, car seuls 20% des vidéos ont été vérifiées par 2 codeurs (55).

Romano et *al.*, suivent une cohorte sélectionnée à partir d'un ECR ayant inclus 85 patients souffrant de phobie sociale dans un groupe bénéficiant de 3 séances individuelles d'EM avant TCC (54). Les résultats de cette étude peuvent être généralisés à une population essentiellement masculine d'ethnie caucasienne, non médicamenteuse et ayant au moins une comorbidité (anxiodépressive ou trouble de la personnalité évitante). Les auteurs ont pour objectif d'étudier le 1^{er} chemin de l'hypothèse technique (le « *a path* »), à savoir comment le discours du patient et celui du soignant s'influencent mutuellement au cours des séances de l'EM. Pour cela, ils se basent sur une recherche antérieure en établissant une analyse bidirectionnelle du langage et ils font l'hypothèse qu'un style relationnel de type EM (MICO) devrait précéder CT et CCT soit l'exploration de l'ambivalence du patient ; et qu'en revanche un style relationnel incompatible avec celui préconisé en EM (MIIN) devrait précéder le CCT. On rappelle que CT= le discours argumentant en faveur du changement et que CCT= le discours argumentant contre le changement. La 1^{ère} séance de l'intervention permettait d'explorer l'ambivalence, la 2^{ème} demeurerait spécifiquement allouée au développement de la divergence entre le comportement actuel et les valeurs du patient et la 3^{ème} séance cherchait à augmenter la confiance en soi et en l'effet de la thérapie en vue d'un

passage à l'action. Tous les thérapeutes (15 au total de niveau au moins doctorants), tous supervisés, étaient évalués quant à leur compétence en intervention motivationnelle via le MITI après enregistrement de leur comportement par le MISC. Le MISC enregistre les comportements du patient en CT, CCT, neutre et le comportement du thérapeute selon les techniques d'entretien utilisées : questions ouvertes, questions fermées, reflets simples, reflets complexes, affirmations, soutien, reformulation, souligner l'autocontrôle, conseiller avec ou sans permission, souligner le problème avec ou sans permission, confronter, menacer, diriger, structurer, faciliter. Le MISC évalue également si l'attitude du thérapeute colle avec l'état d'esprit sous-tendant l'EM avec un score global qui reflète le degré délivré en séance d'empathie, d'acceptation inconditionnelle, de support à l'autodétermination, de directivité, de collaboration et d'évocation. Chaque patient (sauf les 6 non inclus dans l'analyse des résultats en raison de la qualité insuffisante des vidéos ou d'un retrait dû à l'absence de consentement initial) a eu 3 séances d'EM enregistrées et sur les 3 séances, 1 seule est tirée au sort pour être analysée en tant que résultat. Le protocole est identique à celui de Romano et al.(2020), mais on ira plus loin dans la critique dans la partie discussion. En matière de résultats, l'étude analyse 79 enregistrements vidéos, 26 émanant de la 1^{ère} séance, 26 émanant de la 3^{ème} séance et 27 tirées de la 2^{ème} séance. En matière d'analyses transitionnelles, il y a eu 9317 explorant la dynamique de l'interaction allant de thérapeute à patient, 9,297 pour celle allant de patient à thérapeute, 2121 en rapport avec l'ambivalence du discours patient et 4259 en rapport avec le discours du thérapeute. Il y a des résultats tout de même intéressants notamment concernant la 2^{ème} séance (celle qui explore le fossé entre le comportement usuel et les valeurs) : comparativement aux 1^{ère} et 3^{ème} séances, il y a un plus faible taux de CCT, un plus faible taux de reflets à valence négative, un plus fort taux de reflets combinant CT et CCT et un plus fort taux de réponses neutres du côté patient. C'est comme si la 2^{ème} séance a été celle la moins à risque d'induire une opposition (54).

De thérapeutes envers patients : le MICO induit davantage de CT et de CCT et il diminue la probabilité de langage neutre. Donc, dans le cadre de la phobie sociale, l'EM confirme sa capacité à explorer l'ambivalence des patients. Le MIIN induit davantage de langage neutre et diminue la probabilité de discours changement (CT). Ainsi, confronter, conseiller ou souligner son inquiétude sans permission n'aide pas le patient dans le cas de la phobie sociale à explorer son ambivalence (54).

Concernant l'analyse du chemin de patients à thérapeutes : quand le patient amène un discours maintien ou un discours changement, il induit davantage de MICO et moins de comportement neutre de la part du thérapeute. Ainsi, si le MICO induit davantage de CT et de CCT, la relation inverse se vérifie : un CT ou un CCT du patient induit davantage de MICO du côté du thérapeute. Cela confirme le caractère bidirectionnel et d'échange entre le discours du soignant et le discours du patient. Le discours neutre serait davantage suivi côté thérapeute de MIIN ou de comportement neutre et moins suivi de MICO. Un CT du patient induit 13 fois plus souvent de reflets positifs côté thérapeute et moins de questions fermées. Le reflet neutre induit davantage de réponses neutres (54).

De patient à patient, la dynamique du discours est la suivante: Un CT a plus de chance d'être suivi d'un autre CT et un CCT a plus de risques d'être suivi par un autre CCT (54).

Les analyses en sous -groupes des composantes du MICO et de leur influence sur les réponses du patient sont les suivantes : un reflet positif a 4 fois plus de chance d'être suivi de CT que de CCT. Un reflet négatif a 9 fois plus de risque d'être suivi de CCT que de CT. Une question ouverte induit de manière non imputable au hasard un discours de type CT ou CCT. Une

question fermée induit davantage de réponses neutres et réduit la probabilité d'émergence d'un discours changement ou d'un discours-maintien (54).

Discussion : Dans cette étude, l'EM aide à explorer l'ambivalence puisque son usage induit davantage de CT et davantage de CCT. En outre, la valence des reflets qu'ils soient orientés vers le changement (reflet positif), orientés vers le statut quo (reflet négatif) ou sans lien avec le changement (reflet neutre) influence le type de réponse donné par le patient lors de la phase d'évocation (54). Ces résultats pour la phobie sociale répliquent ceux de d'autres travaux menés dans un autre cadre, à savoir le domaine de l'addictologie (13). Dans cette étude, on a vu qu'un CT a tendance à être suivi d'un autre CT (54). Si, dans le cadre des troubles anxieux, l'émergence du discours changement n'est pas corrélé à l'issue de la thérapie, sans que l'on sache encore pourquoi, dans la littérature, il semblerait que davantage que la fréquence des CT, c'est la succession CT-CT, donc la mise en évidence au cours d'un entretien d'un tel enchaînement qui prédit le résultat thérapeutique (25). Il s'agit d'une piste à explorer dans le champ des troubles anxieux. Contrairement à ce qui est observé en addictologie, en ce qui concerne la phobie sociale, un CCT du patient favorise la survenue d'un comportement de type MICO (54), alors qu'en addictologie, un CCT du patient induirait davantage de MIIN côté thérapeute (19). Si on reste sur l'analyse du CCT, un CCT du patient pour Romano et al. induit 34 fois plus souvent de reflets négatifs du côté thérapeute (54). Il s'agit d'une donnée importante, car elle attire l'attention au niveau clinique sur une compétence à acquérir, à savoir ne pas refléter les CCT des patients au risque d'induire comme réponse un autre CCT, puisqu'on a vu dans cet article qu'un CCT du patient a plus de risque d'être suivi même sans reflet d'un autre CCT (54). C'est pourquoi en EM, on préconise de rouler avec la résistance (67,70). Qu'en est-il du double reflet, permet-il de gérer adéquatement la survenue d'un CCT (CCT qui lui, dans la littérature, contrairement au CT, est corrélé au résultat thérapeutique final) ? Un reflet double, puisqu'on interroge sa pertinence, a deux fois plus de chance de survenir après un CT et 7 fois plus de chances de survenir après un CCT. Est-ce l'indice d'une réponse adaptée à un CCT pour éviter qu'il ne soit suivi d'un autre CCT ? Une autre remarque : Romano et al. n'analysent par patient qu'1 séance sur 3. Or, sachant que les séances abordent des points différents (l'ambivalence dans la 1^{ère}, l'élargissement des divergences dans la seconde, la majoration de la confiance en la thérapie et en les capacités de succès dans la 3^{ème}), il eût peut-être été préférable d'effectuer des analyses en sous-groupes stratifiées en fonction de chacune des sessions. Ainsi, on aurait pu savoir si le contenu abordé en séance modifiait substantiellement les composantes bidirectionnelles étudiées par le chemin A de l'hypothèse technique.

2.3.4 Trouble de stress post traumatique

Seal et al., dans un ECR, incluant 34 vétérans de l'armée américaine dans le groupe intervention (4 séances non scriptées de 20-30min d'EM) et 39 vétérans dans le groupe contrôle (4,30 min en moyenne de conseils sur la logistique et le nombre d'heures à consacrer à une thérapie), répliquent le résultat positif de Murphy et al (cf Randall et Mc Neil, troubles anxieux divers) sur la variable engagement (59). Il s'agit d'un ECR bien mené, randomisé, en aveugle, analyse menée en ITT avec peu de biais (si ce n'est le temps supplémentaire passé au téléphone qui avantage considérablement le groupe EM). L'EM appliqué par téléphone majore significativement la demande de soins pour trouble mental de manière modérée avec 62% de succès quant au critère d'engagement. 62% (21/34) des vétérans du groupe EM initient une demande de soins contre 10/39 soit 26% dans le groupe contrôle. L'effet est plus

fort chez ceux qui n'ont jamais sollicité de soins auparavant comparativement à ceux qui en ont bénéficié avant le début de l'étude au sein du département des vétérans. La majorité, soit 57%, s'engagent après le 3^{ème} appel téléphonique (après la 4^{ème} semaine) et l'engagement s'accroît jusqu'à la fin de l'étude.

2.3.5 Troubles anxieux :

Barrera et al., dans un essai contrôlé randomisé ont pour objectif d'examiner l'effet d'une séance de 50 minutes d'EM sur l'engagement et la demande pour une TCC. Ils incluent en groupes parallèles 39 patients, 20 bénéficiant du protocole EM+TCC et 19 ne bénéficiant que de la TCC (7). Parmi les patients inclus tous âgés de 18 ans, 10 souffraient de trouble panique, 18 de phobie sociale, 8 de trouble anxieux généralisé, 2 de trouble obsessionnel compulsif et 1 de trouble anxieux non spécifié selon les critères du DSM IV. L'étude a été menée sur une période de 1 an en double aveugle avec une analyse des résultats en intention de traiter portant sur la réduction de l'anxiété mesurée par une échelle globale le « *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* ». Concernant les résultats, si les deux groupes ne diffèrent pas significativement quant à la réduction de l'anxiété (MLE=-3.12, Waldz=-6.15, p<0.001 dans le groupe EM+TCC et MLE=-3.77, Waldz=-10.45, p<0.001 dans le groupe TCC), les patients ayant bénéficié de la séance d'EM avant les 12 de TCC ont davantage prédit qu'ils seraient soulagés jusqu'à 1 après le traitement. En ITT, il y a une différence significative en leur faveur, en matière d'assiduité définie comme la présence à au moins 7 séances de TCC (mean M=8.85, SD=2.93 pour le groupe EM ; M= 6,00, SD=4,93, p=0,034). Et ils ont significativement plus que les patients du groupe contrôle initié la thérapie (p=0.030) (7).

Discussion : Cette étude présente quelques limites. Premièrement, le mode de recrutement de l'échantillon basé sur le volontariat donc non forcément représentatif de la population. Deuxièmement, si les groupes après randomisation sont comparables sur tous les caractères démographiques (âge, genre etc.), la randomisation en bloc fixe et l'absence d'information quant au respect de l'assignation secrète ne permettent pas de préjuger avec certitude de la qualité de la randomisation. Troisièmement, sur l'accomplissement des tâches à domicile pour lesquelles les deux groupes n'ont pas différé significativement, les auteurs ont demandé aux participants de s'autoévaluer, ce qui soumet ce paramètre à un biais de déclaration (ou de désirabilité sociale). L'intervention de Miller dans cette étude n'a pas majoré la motivation comparativement aux patients du groupe contrôle. Était-ce lié au biais de sélection (patients volontaires et donc probablement plus motivés au départ de l'étude) ?

Lawrence et al incluent dans une méta-analyse de 12 essais contrôlés randomisés 711 patients, dont 359 bénéficient avant TCC de l'EM (29). L'objectif des auteurs est de montrer que l'EM peut permettre à un individu pré-contemplatif en progressant au travers des stades du changement, de demander un traitement, ce qui évalue l'efficacité de l'intervention en tant qu'agent motivationnel. L'intervention se déroulait selon diverses modalités allant de 2 séances téléphoniques de 15min à 3 séances individuelles de 6,5 heures au total, essentiellement protocolisées avec script (sauf dans 1 étude). Il y a peu d'hétérogénéité entre les études ($I^2 = 46\%$, $p = 0.04$). Les patients inclus souffrent de troubles anxieux : TOC, PTSD, phobie sociale. Dans une étude, la comparabilité sur le genre n'est pas assurée avec significativement moins d'hommes dans 1 ECR, soit 35% d'hommes (69). Toutes les études ont été randomisées mais la plupart, 8 au total, n'en ont pas dévoilé la méthode. Aucune étude

n'a porté de soin à maintenir la comparabilité des groupes via le double aveugle. La qualité de la délivrance de l'EM n'a pas été évaluée dans 3 ECR qui n'ont pas expliqué la méthode de formation des thérapeutes dans le groupe d'intervention (33,59,62). Concernant les résultats, 3 ECR concluent à une majoration significative de la demande de traitement après l'intervention motivationnelle sur des patients initialement pré-contemplatifs qui n'en cherchaient nullement (33,59, 69). Dans le cas de Maltby et Tolin sur le TOC, les auteurs notent une majoration significative de l'accord donné à participer à une thérapie [86% (6/7) vs. 20% (1/5), $p < 0.05$], avec une amélioration clinique significative, c'est-à-dire une diminution de la sévérité du TOC (33). On remarque que les échantillons dans les groupes comparés sont de petite taille.

Discussion : Cette méta-analyse est dans l'ensemble bien conduite. Cependant, les résultats de l'étude de Westra et Dozois (en faveur d'une majoration par l'EM de la motivation et de l'accomplissement des tâches à domicile) sont déclarés sans contrôle à comparer et demeurent de faible niveau de preuve (69). Trois études seulement soumettent l'analyse de leurs résultats à une ITT. Autrement dit, la majeure partie des études incluses par Lawrence et al. demeurent à haut risque de biais, notamment de biais d'attrition.

La méta-analyse de Marker et Norton portant sur 12 études relativement homogènes ($I^2=20,55$) examine l'impact de l'EM sur la motivation à s'engager dans une thérapie chez des patients initialement pré-contemplatifs (34). Un total de 538 patients sont inclus dont 267 reçoivent entre 1 à 4 séances d'EM avant TCC. La TCC ne comporte que de la TCC, c'est-à-dire qu'elle exclut tout micro usage de l'intervention de Miller. L'EM consiste pour la plupart des études en des interventions individuelles (7 études). Les biais de publication sont contrôlés par le retrait des études qui modifient significativement la taille de l'effet. Les résultats de cette méta-analyse répliquent ceux de Lawrence et al., à savoir qu'il y a un réel effet de l'EM sur les patients pré-contemplatifs. Après intervention, ils demandent 5 fois plus que les non pré-contemplatifs de recevoir un traitement. Les auteurs précisent également que les patients déjà motivés à initier une thérapie n'ont pas besoin de l'intervention de Miller et Rollnick. Ils vont même plus loin, avançant que pour ce groupe de patients, on pourrait poser une contre-indication à l'EM (34).

Dans la revue systématique de Randall et McNeil regroupant 17 études dont 11 ECR, l'EM est administré soit en pré-traitement de 3 à 4 sessions de 20 à 90min, soit intégré au long cours à la TCC dans le cadre de divers troubles anxieux : TAG, TOC, phobie sociale, PTSD. Dix études utilisent l'EM en pré-intervention de la TCC, 3 intègrent l'intervention de Miller à la TCC sans pré-intervention (38) et 4 combinent l'EM en pré-TCC puis au cours de la psychothérapie (61). Les groupes sont comparables dans toutes les études sauf dans une qui a corrigé le biais de sélection sur une variable mineure par ajustement statistique (69). La méthode de randomisation est expliquée et bien menée dans toutes les études, sauf dans une (69). Deux études ne reportent pas l'âge (65,69). Les échantillons sont homogènes ce qui renforce la validité interne quant à l'analyse de l'efficacité du traitement. Pour détecter un effet modéré, il fallait au moins 65 participants. Seules 4 études atteignent la puissance adéquate, soit 1 étude sur le TOC (38), 1 étude sur le PTSD (42), 1 article sur la phobie sociale (63) et 1 article sur le TAG (66). Uniquement 6 études évaluent la fiabilité de la délivrance de l'EM. Toutes renseignent sur comment l'intervention de Miller a été délivrée. 10 études sur 17 utilisent l'EM via l'application d'un manuel, ce qui n'est pas bon. En effet, l'usage du manuel rend l'efficacité de l'EM moins impactant en matière de tailles d'effet qui ont tendance à se réduire (59). Ce qui limite la validité interne : le groupe bénéficiant de la TCC sans pré-intervention est contrôlé pour le temps de contact avec le thérapeute sauf dans 1

étude (42). Ce qui renforce la validité interne : le double aveugle pour la plupart des articles et le fait que la prise en charge ait pu être assurée par plusieurs cliniciens ce qui évite le biais effet thérapeute (biais qui survient quand ne travaille sur un cas ou une étude qu'un seul thérapeute). Toutes sauf 1 (36) appliquent une méthode diagnostique structurée et 6 font contrôler le diagnostic par un professionnel indépendant. Les résultats de la revue systématique de Randall et Mc Neil sont les suivants :

- Sur le PTSD : l'EM en 4 sessions de 90 min majeure, comparativement à la psychoéducation, l'engagement avec une taille d'effet modérée (Cohen's $d = 0.37$), l'insight avec une taille d'effet large (Cohen's $d = 0.86$) et le taux de présence aux séances de TCC (42).
- Troubles anxieux divers : l'EM majeure le taux de rémission (+25%) avec des tailles d'effet larges pour le TAG ($d = 1,29$), modérée pour le TP ($d = 0,69$) et faible pour la Phobie sociale ($d = 0,44$) ; EM en pré-TCC, non comparée à une autre pré-intervention (69)
- Sur le TAG sévère : 4 séances de 50 min d'EM avant TCC, comparativement à 4 semaines de non intervention améliore significativement et modérément la sévérité du TAG (Cohen's $d = 0,53$), mais cet écart s'estompe au bout de 6 mois de suivi. L'EM permet cependant d'avoir une amélioration plus rapide (dès le stade de post traitement). Sur la résistance : moins de résistance était obtenue grâce à l'EM (large taille d'effet, Cohen's $d = 1,45$). Moins de résistance est associé à davantage d'investissement dans les tâches à domicile et à un meilleur résultat de la thérapie. L'influence de ce paramètre est estimé à 36% en matière de variance sur le résultat thérapeutique final (3).
- Sur le TOC : l'EM en 4 séances hebdomadaires, majeure, comparativement à ne rien faire chez des patients initialement opposants, la tentative qu'ils essaient l'ERP (l'exposition avec prévention de la réponse), soit 86% d'entre eux qui se réexposent contre 20% dans le groupe qui n'a reçu aucune intervention. Il n'y a de différence significative ni sur le nombre de tâches à domicile complétées, ni sur la diminution (drastique dans les 2 groupes) de la sévérité du TOC (33)
- Phobie sociale : L'EM à 3 mois de suivi n'améliore pas le résultat mais 75% de ceux qui en ont bénéficié contre 56% de ceux qui n'en ont pas bénéficié vont au bout de la thérapie(63).

Discussion de la revue systématique de Randall et Mc Neil : Cette revue nous apprend premièrement que l'engagement se subdivise en engagement de catégorie 1 (présence aux séances de la thérapie, venir aux RDV ambulatoire, recevoir une éducation sur le traitement) et en engagement de catégorie 2 (alliance de travail, travail collaboratif, partenariat, accomplissement des tâches à domicile). Et, elle nous enseigne deuxièmement que c'est l'engagement de catégorie 2 qui est corrélé à l'amélioration des résultats de la thérapie (3, 69). L'entretien motivationnel améliore un petit peu l'engagement de catégorie 2 ($d = 0.42$, 95% CI [0.16 to 0.68], $p = 0.002$) et notamment l'accomplissement des tâches à domicile (3,69).

Sur les 16 études qui évaluent la pertinence clinique des résultats, deux concluent à la maintenance de l'effet thérapeutique à 12 mois de suivi (42, 66) et 12 obtiennent des résultats significatifs. Ainsi, selon Randall et Mc Neil, il apparaît utile et faisable

d'adjoindre l'EM à la TCC dans le cadre de la prise en charge des troubles anxieux (52). Sur la confiance : sur 5 études, 2 concluent que l'EM majore la confiance en soi du patient. Cependant, les résultats sur ce paramètre ne sont pas significatifs par rapport à un groupe contrôle « liste d'attente » (33). Concernant l'utilité clinique de l'intervention de Miller : l'EM peut être proposé dans un 1^{er} temps pour favoriser l'engagement et la demande d'une thérapie TCC avec en définitive l'objectif d'avoir un impact positif sur le résultat final de la thérapie (52).

2.3.6 Trouble panique :

Schwartz et al. suivent 81 patients issus d'un ECR multicentrique. Ils étudient l'impact de la résistance de grade 3 (ouvertement déclarée ou hostile) mesurée à la 2^{ème} séance (résistance précoce) et à la 10^{ème} séance (en milieu de thérapie) sur le résultat thérapeutique final (58). Ils ne conduisent pas d'analyse en ITT malgré un fort taux d'attrition supérieur à 10% (le nombre de patients passe de 81 au départ à 57 en fin de thérapie. L'attrition est importante dès la 1^{ère} séance : 68 patients.) Ils concluent que les patients jamais hostiles au cours de la thérapie, connaissent une amélioration clinique plus rapide que les patients qui en ont manifesté, que l'hostilité à la 2^{ème} séance ne prédit pas le résultat tandis que celle de la 10^{ème} séance a un effet négatif sur l'issue de la thérapie ($\beta=-2.15$). Ces résultats contredisent à première vue nombre d'études arguant que la résistance précoce suffit à prédire le pronostic d'une TCC sur les troubles anxieux (67,70). Cependant, l'hostilité combinée (prenant en compte celle de la 2^{ème} séance et celle de la 10^{ème} séance) prédit davantage que la mesure unique à la 10^{ème} séance, l'issue négative du résultat ($\beta=-2.18$) (58). Et donc, l'hostilité de la 2^{ème} séance reste à considérer, elle n'est pas totalement déconnectée de valeur prédictive quant à l'issue thérapeutique. Encore faut-il l'analyser selon cette étude avec celle de milieu de thérapie, car elle majore la capacité de l'hostilité de la 10^{ème} séance à prédire les pires résultats.

2.4 Conclusion de la revue de littérature

Cette revue systématique de la littérature autour de l'efficacité de l'entretien motivationnel et de la compréhension des mécanismes par lesquels il opère couvre une période de publication allant jusqu'à avril 2020. Toutes les études selon la grille HAS étaient au moins de grade B quant au niveau de preuve à l'exception de l'article de Button et *al.*, éminemment soumis au biais de mémorisation pour la totalité de ses résultats (8). Sur les 21 travaux de recherche inclus, 5 ont réalisé une analyse statistique en intention de traiter (7,23,29,59,68) et 11 ont signalé la réalisation d'une randomisation (7,8,9,23,29,35,49,51,52,59,68). Sur les 6 études qui ont précisé un suivi en aveugle ou en double aveugle (7,29,49,52,60,68), cette précaution s'avérait impossible dans celle de Peters à cause de l'objectif de la recherche qui obligeait les thérapeutes à savoir dans quel groupe ne pas appliquer l'EM (49). Et le double aveugle s'avérait inutile dans celle de Sijercic (60) qui ne suivait qu'un seul bras de l'étude de Westra et Dozois (66). Toutes les études étaient à risque de biais dont une sur le critère de jugement principal lié à une co-variable : le temps passé au téléphone avec un évaluateur (59). Les résultats de cette revue permettent d'affirmer que l'entretien motivationnel optimise l'efficacité des TCC pour la prise en charge du TAG sévère, du TAG, du TOC et de la phobie

sociale sévère (2,23,35,49,68,69). En ce qui concerne la phobie sociale non sévère et le trouble panique, l'intervention de Miller ne fait pas consensus. Dans l'étude de Peters, l'EM en pré-traitement ne majore pas l'effet de la TCC sur la phobie sociale non sévère et dans l'étude de Barrera qui a inclus 10 patients souffrant de trouble panique, il n'y a pas non plus d'apport mélioratif de l'EM en matière de réduction de l'anxiété (7,49). Les deux résultats précédents contredisent Westra et Dozois qui ont affirmé qu'adjoindre l'EM optimisait l'efficacité de la TCC avec une taille d'effet (inférieure que pour le trouble anxieux généralisé) modérée pour le trouble panique et faible pour la phobie sociale (69). Concernant la variable motivation, l'intervention de Miller dans le cas de la TCC du TAG améliore significativement l'engagement de catégorie 2 corrélé à une issue positive de la TCC, à savoir l'accomplissement des tâches à domicile (3,69). Dans le cas du TOC, du TP et du PTSD, il améliore l'engagement de catégorie 1 non corrélé au résultat psychothérapeutique final, à savoir la demande de consultation ou la présence du patient aux entretiens (7,33,42,52,59). Concernant la phobie sociale, l'intervention de Miller ne majore pas l'action de la TCC sur le fait d'être prêt à changer ni sur la complétude des tâches à domicile (donc pas d'impact sur l'engagement de catégorie 2); en revanche elle améliore la persévérance des patients dont un nombre significatif, 75%, vont au bout de leur thérapie (49,63). L'entretien motivationnel opère sur le résultat psychothérapeutique de par sa capacité à aborder de manière idoine la problématique de l'ambivalence du patient (30,39,40,51,60,67,70) et de par sa capacité à rouler avec la résistance, atténuant significativement ce paramètre (39,40,67,70). L'intervention de Miller permet également de majorer le degré d'agentivité des patients (observé dans le cas du TAG), ce qui a un impact positif sur le sentiment d'efficacité personnel (8) avec pour conséquence sur le long terme le maintien des bénéfices de la thérapie jusqu'à 12 mois de suivi (probable explication de l'effet retard) (68). Malgré toutes ces perspectives positives, l'intervention de Miller ne semble pas majorer significativement par elle-même la confiance en soi (52) et nous n'avons pas de résultats probants sur les patients ayant les niveaux de motivation les plus faibles. Dans ce cas de figure, il semble que la MET (Motivational Enhancement Therapy) soit plus efficace que l'entretien motivationnel.

CONCLUSION

La prise en charge en psychothérapie cognitivo-comportementale de M.B a été fructueuse pour ce patient. Entre le mois de juin et le mois de septembre, j'ai tenu à renforcer son agentivité afin qu'il attribue les progrès à la qualité de son engagement. L'objectif de cette stratégie était de respecter son autodétermination et de le valoriser. Résultat, le patient a poursuivi de manière quasi autonome le travail d'exposition et il parvient maintenant à aller faire ses courses tout seul au Super U où il y reste pendant une moyenne de 45 minutes sans passage en force ou comportements d'évitement subtils. Je me rends compte qu'avec ce patient il y a eu un bon lien thérapeutique, peut-être est-ce la qualité de ce lien qui a pu expliquer deux choses : premièrement la réalisation de son côté des tâches à domicile les plus pertinentes et deuxièmement le fait qu'avec lui j'ai spontanément adopté un style congruent à celui préconisé en entretien motivationnel (questions ouvertes, reflets complexes, écoute réflexive, conseiller avec permission, soulever l'inquiétude avec permission). Ou alors, grâce à une formation de 2 semaines sur l'entretien motivationnel en novembre, est-ce que c'est le fait d'avoir appliqué le principe de rouler avec la résistance précoce du patient (lorsqu'il ne remplissait pas par exemple la GAAP) qui a débouché sur une alliance collaborative de travail ? Dès le début, je lui ai précisé : « mon but, c'est de faire de vous un expert de ce trouble ». Ou encore : « nous sommes 2 experts qui se penchent sur un problème ». Il y a eu relativement peu de résistance du côté de M.B malgré l'ambivalence initiale et normale du début de thérapie. Quand le doute s'insinuait en lui, je mettais temporairement un terme à l'action du jour, j'explorais avec lui les avantages et les inconvénients de ces 2 positions (poursuivre l'objectif en cours ou rester au même point), je lui rappelais un de ses succès antérieurs (TCC sur les TOC), je l'interrogeais sur ce qui était important pour lui puis je lui demandais à la fin : « et à présent, que souhaitez-vous faire ? », pour l'aider à passer le cap de l'ambivalence. Dans le cas de ce patient souffrant de trouble panique et d'agoraphobie, j'ai utilisé l'entretien motivationnel avant la thérapie puis au cours de la thérapie lors de moments spécifiques cités précédemment afin de développer la divergence après exploration de l'ambivalence à s'engager dans la TCC. De tous les facteurs étudiés de l'intervention de Miller, le développement de la divergence apparaît comme le parent pauvre. Il demeure le processus le moins étudié en entretien motivationnel, comparativement à l'exploration de l'ambivalence et au fait de devoir rouler avec la résistance. En conclusion, l'observation clinique corrobore les données issues de la revue de littérature. L'intervention de Miller ne se substitue pas à la TCC qui reste le traitement standard des troubles étudiés dans notre travail. Or, cette intervention complémentaire voire optimise l'action de la psychothérapie. Elle peut s'utiliser ou avant les séances de TCC en par exemple 3 à 4 sessions de 20 min ou de manière complètement intégrative, c'est-à-dire avant puis au long cours de la thérapie. Utilisée de manière intégrative, il est recommandé de l'appliquer à des moments spécifiques de résistance, d'opposition ou d'ambivalence du patient si on souhaite maximiser les effets curatifs. Et donc, il apparaît pertinent de former les futurs thérapeutes à identifier dans un premier temps puis à répondre dans un second temps à ces instants précis car ils ont un impact significatif sur le résultat thérapeutique final. Ainsi, il apparaît pertinent de considérer l'entretien motivationnel en tant que traitement adjuvant des psychothérapies cognitivo-comportementales afin de mieux prendre en charge les patients souffrant de troubles anxieux.

Vu
Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVISE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MEDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

BIBLIOGRAPHIE

1. Arrindell WA, Eisemann M, Richter J, Oei TPS, Caballo VE, van der Ende J, et al. Phobic anxiety in 11 nations: Part I: Dimensional constancy of the five-factor model. *Behaviour Research and Therapy*. 1 avr 2003;41(4):461-79.
2. Aviram A, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2016;84(9):783-94.
3. Aviram A, Westra HA. The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*. 1 nov 2011;21(6):698-708.
4. B Milrod et al. Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites. *J Clin Psychiatry*. 1 juill 2016;77(7):927-35.
5. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press; 2004. 724 p.
6. Barlow DH, Durand VM, Gottschalk M. *Psychopathologie: Une approche intégrative*. De Boeck Supérieur; 2016. 803 p.
7. Barrera TL, Smith AH, Norton PJ. Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;72(1):5-14.
8. Button ML. Ambivalence as a Moderator of Treatment Outcomes in Motivational Interviewing and Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. 16 oct 2018 [cité 28 juill 2020]; Disponible sur: <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/35841>
9. Constantino MJ, Westra HA, Antony MM, Coyne AE. Specific and common processes as mediators of the long-term effects of cognitive-behavioral therapy integrated with motivational interviewing for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*. 2019;29(2):213-25.
10. Copeland L, McNamara R, Kelson M, Simpson S. Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient Educ Couns*. avr 2015;98(4):401-11.
11. Coyne AE, Constantino MJ, Laws HB, Westra HA, Antony MM. Patient-therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*. 2018;28(6):969-84.
12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. juin 2013;12(2):137-48.
13. D'Amico EJ, Houck JM, Hunter SB, Miles JNV, Osilla KC, Ewing BA. Group motivational interviewing for adolescents: Change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(1):68-80.

14. Deci EL, Ryan RM. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. févr 2008;49(1):24-34.
15. Draycott S, Dabbs A. Cognitive dissonance 1: An overview of the literature and its integration into theory and practice in clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology*. 1998;37(3):341-53.
16. Durham RC, Fisher PL, Dow MGT, Sharp D, Power KG, Swan JS, et al. Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: a clinical effectiveness study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004;11(3):145-57.
17. Fansi A, Jehanno C, Lapalme M, Drapeau M, Bouchard S. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *smq*. 2015;40(4):141-73.
18. Fyer AJ, Liebowitz MR, Gorman JM, Campeas R, Levin A, Davies SO, et al. Discontinuation of alprazolam treatment in panic patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1987;144(3):303-8.
19. Gaume J, Bertholet N, Faouzi M, Gmel G, Daepfen J-B. Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 oct 2010;39(3):272-81.
20. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):39-44.
21. Goulet J. GUIDE DE PRATIQUE POUR L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TPA). 2013;97.
22. Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1999;60(7):427-35.
23. Guzick AG, Cooke DL, Gage N, McNamara JPH. CBT-Plus: A meta-analysis of cognitive behavioral therapy augmentation strategies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 1 oct 2018;19:6-14.
24. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*. mars 2011;48(1):9-16.
25. Houck JM, Moyers TB. Within-session communication patterns predict alcohol treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*. 1 déc 2015;157:205-9.
26. Hunot V, Churchill R, Teixeira V, Silva de Lima M. Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 24 janv 2007 [cité 21 août 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001848.pub4>
27. Kazantzis N, Whittington C, Zelencich L, Kyrios M, Norton PJ, Hofmann SG. Quantity and Quality of Homework Compliance: A Meta-Analysis of Relations With Outcome in Cognitive Behavior Therapy. *Behavior Therapy*. 1 sept 2016;47(5):755-72.
28. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common

- mental disorders in general practice attendees across Europe. *The British Journal of Psychiatry*. mai 2008;192(5):362-7.
29. Lawrence P, Fulbrook P, Somerset S, Schulz P. Motivational interviewing to enhance treatment attendance in mental health settings: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. nov 2017;24(9-10):699-718.
 30. Lombardi DR, Button ML, Westra HA. Measuring motivation: change talk and counter-change talk in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety. *Cogn Behav Ther*. 2014;43(1):12-21.
 31. Lundahl B, Burke BL. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J Clin Psychol*. nov 2009;65(11):1232-45.
 32. Magill M, Hallgren KA. Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: do we understand how MI works? *Curr Opin Psychol*. 2019;30:1-5.
 33. Maltby N, Tolin DF. A Brief Motivational Intervention for Treatment-Refusing OCD Patients. *Cognitive Behaviour Therapy*. 5 sept 2005;34(3):176-84.
 34. Marker I, Norton PJ. The efficacy of incorporating motivational interviewing to cognitive behavior therapy for anxiety disorders: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;62:1-10.
 35. McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 1 juill 2019;22:100446.
 36. McKay D, Bouman TK. Enhancing Cognitive-Behavioral Therapy for Monosymptomatic Hypochondriasis With Motivational Interviewing: Three Case Illustrations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1 juin 2008;22(2):154-66.
 37. Merlo LJ, Storch EA, Lehmkuhl HD, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Cognitive Behavioral Therapy Plus Motivational Interviewing Improves Outcome for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Study. *Cognitive Behaviour Therapy*. 1 janv 2010;39(1):24-7.
 38. Meyer E, Souza F, Heldt E, Knapp P, Cordioli A, Shavitt RG, et al. A randomized clinical trial to examine enhancing cognitive-behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder with motivational interviewing and thought mapping. *Behav Cogn Psychother*. mai 2010;38(3):319-36.
 39. Miller WR. Motivational Interviewing with Problem Drinkers. *Behav Psychother*. avr 1983;11(2):147-72.
 40. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Guilford Press; 2012. 497 p.
 41. Moyers TB. The relationship in motivational interviewing. *Psychotherapy*. 2014;51(3):358-63.
 42. Murphy RT, Thompson KE, Murray M, Rainey Q, Uddo MM. Effect of a motivation enhancement intervention on veterans' engagement in PTSD treatment. *Psychological*

Services. 2009;6(4):264-78.

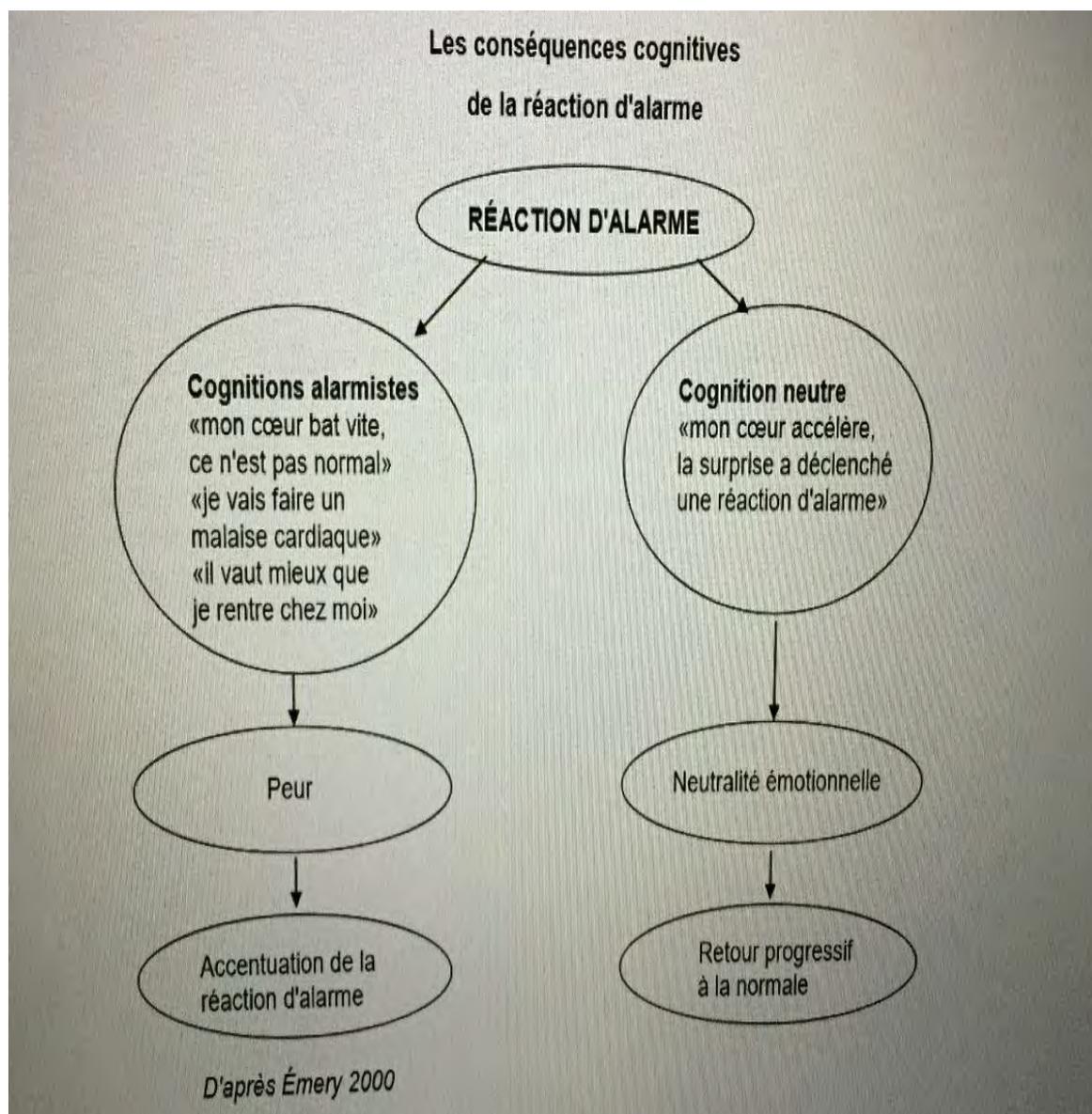
43. NIHR Dissemination Centre. Both psychological therapies and antidepressants are effective for obsessive compulsive disorder [Internet]. 2016 août [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://evidence.nihr.ac.uk/alert/both-psychological-therapies-and-antidepressants-are-effective-for-obsessive-compulsive-disorder>
44. Norton PJ, Price EC. A Meta-Analytic Review of Adult Cognitive-Behavioral Treatment Outcome Across the Anxiety Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. juin 2007;195(6):521–531.
45. Ogles BM, Anderson T, Lunnen KM. The contribution of models and techniques to therapeutic efficacy: Contradictions between professional trends and clinical research. In: *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, US: American Psychological Association; 1999. p. 201-25.
46. Pace BT, Dembe A, Soma CS, Baldwin SA, Atkins DC, Imel ZE. A multivariate meta-analysis of motivational interviewing process and outcome. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(5):524-33.
47. Payne LA, White KS, Gallagher MW, Woods SW, Shear MK, Gorman JM, et al. SECOND-STAGE TREATMENTS FOR RELATIVE NONRESPONDERS TO COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) FOR PANIC DISORDER WITH OR WITHOUT AGORAPHOBIA-CONTINUED CBT VERSUS SSRI: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL: Research Article: Second-Stage Treatments for Panic Disorder. *Depress Anxiety*. mai 2016;33(5):392-9.
48. Pecknold JC, Swinson RP, Kuch K, Lewis CP. Alprazolam in Panic Disorder and Agoraphobia: Results From a Multicenter Trial: III. Discontinuation Effects. *Arch Gen Psychiatry*. 1 mai 1988;45(5):429-36.
49. Peters L, Romano M, Byrow Y, Gregory B, McLellan LF, Brockveld K, et al. Motivational interviewing prior to cognitive behavioural treatment for social anxiety disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 1 sept 2019;256:70-8.
50. Pompoli A, Furukawa TA, Efthimiou O, Imai H, Tajika A, Salanti G. Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychological Medicine*. sept 2018;48(12):1945-53.
51. Poulin LE, Button ML, Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. The predictive capacity of self-reported motivation vs. early observed motivational language in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cogn Behav Ther*. 2019;48(5):369-84.
52. Randall CL, McNeil DW. Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: A Critical Review of the Literature. *Cognitive and Behavioral Practice*. 1 août 2017;24(3):296-311.
53. Roberge P, Marchand A, Reinharz D, Marchand L, Cloutier K. Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 2004;45(3):202-18.
54. Romano M, Arambasic J, Peters L. Therapist and Client Interactions in Motivational

- Interviewing for Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychol.* juill 2017;73(7):829-47.
55. Romano M, Arambasic J, Peters L. Motivational interviewing for social anxiety disorder: An examination of the technical hypothesis. *Psychotherapy Research.* 20 avr 2020;0(0):1-12.
 56. Romano M, Peters L. Evaluating the mechanisms of change in motivational interviewing in the treatment of mental health problems: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* juin 2015;38:1-12.
 57. Schmidt NB, Woolaway-Bickel K, Trakowski J, Santiago H, Storey J, Koselka M, et al. Dismantling cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2000;68(3):417-24.
 58. Schwartz RA, Chambless DL, McCarthy KS, Milrod B, Barber JP. Client resistance predicts outcomes in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research.* 8 nov 2019;29(8):1020-32.
 59. Seal KH, Abadjian L, McCamish N, Shi Y, Tarasovsky G, Weingardt K. A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans. *General Hospital Psychiatry.* 1 sept 2012;34(5):450-9.
 60. Sijercic I, Button ML, Westra HA, Hara KM. The interpersonal context of client motivational language in cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy (Chic).* mars 2016;53(1):13-21.
 61. Simpson HB, Zuckoff AM, Maher MJ, Page JR, Franklin ME, Foa EB, et al. Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy.* 1 oct 2010;48(10):941-8.
 62. Syzdek MR, Green JD, Lindgren BR, Addis ME. Pilot trial of gender-based motivational interviewing for increasing mental health service use in college men. *Psychotherapy.* 2016;53(1):124-9.
 63. Titov N, Andrews G, Schwencke G, Robinson E, Peters L, Spence J. Randomized Controlled Trial of Internet Cognitive Behavioural Treatment for Social Phobia with and Without Motivational Enhancement Strategies. *Aust N Z J Psychiatry.* 1 oct 2010;44(10):938-45.
 64. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Panic Disorder and Attacks. *New England Journal of Medicine.* 2 nov 1989;321(18):1209-14.
 65. Westra H. Managing resistance in cognitive behavioural therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cognitive Behaviour Therapy.* 1 déc 2004;33(4):161-75.
 66. Westra HA, Arkowitz H, Dozois DJA. Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders.* 1 déc 2009;23(8):1106-17.
 67. Westra HA, Aviram A. Core skills in motivational interviewing. *Psychotherapy.* 2013;50(3):273-8.

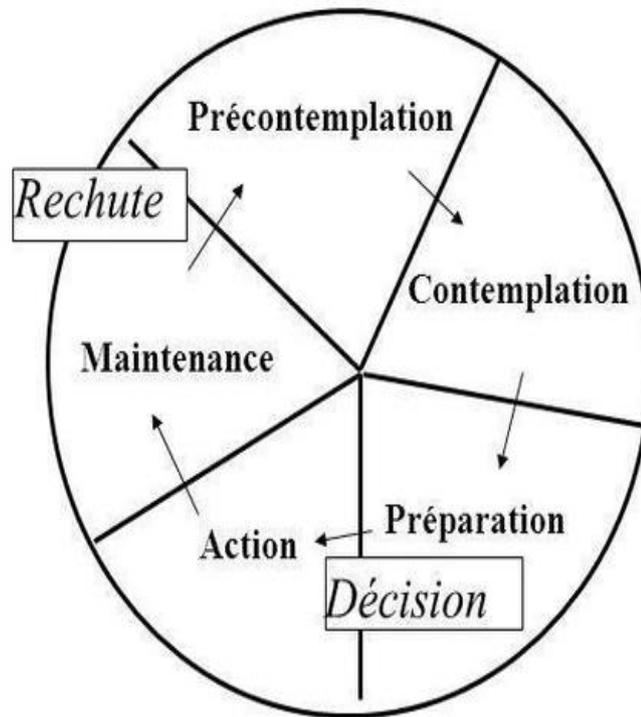
68. Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* sept 2016;84(9):768-82.
69. Westra HA, Dozois DJA. Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety. *Cogn Ther Res.* 1 août 2006;30(4):481-98.
70. Westra HA, Norouzian N. Using Motivational Interviewing to Manage Process Markers of Ambivalence and Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Cogn Ther Res.* 1 avr 2018;42(2):193-203.
71. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.
72. Référentiel ECN [Internet]. 2014 [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/>
73. Le guide du prescripteur - Stephen M. Stahl - Lavoisier Médecine sciences [Internet]. VG Librairies. [cité 7 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.vg-librairies.fr/specialites-medicales/4075-le-guide-du-prescripteur.html>
74. Les psychothérapies comportementales et cognitives-Jean Cottraux, 5^{ème} édition. Broché. Janvier 2011

ANNEXES

Annexe numéro 1: Les conséquences cognitives de la réaction d'alarme selon le guide pratique de TCC de Montréal du trouble panique avec agoraphobie



Annexe numéro 2 : les processus cognitifs du changement de Prochaska di
clemente



Annexe numéro 3 : traduction française des lignes directrices PRISMA

| Section/sujet | N° | Critères de contrôle |
|---|----|---|
| TITRE | | |
| Titre | 1 | Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux. |
| RÉSUMÉ | | |
| Résumé structuré | 2 | Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique. |
| INTRODUCTION | | |
| Contexte | 3 | Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances. |
| Objectifs | 4 | Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS [®]). |
| MÉTHODE | | |
| Protocole et enregistrement | 5 | Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement. |
| Critères d'éligibilité | 6 | Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix. |
| Sources d'information | 7 | Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche. |
| Recherche | 8 | Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite. |
| Sélection des études | 9 | Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse). |
| Extraction des données | 10 | Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs. |
| Données | 11 | Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées. |
| Risque de biais inhérent à chacune des études | 12 | Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données. |
| Quantification des résultats | 13 | Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes). |
| Synthèse des résultats | 14 | Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse. |
| Risque de biais transversal aux études | 15 | Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études). |
| Analyses complémentaires | 16 | Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues <i>a priori</i> . |

COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES OF ANXIETY DISORDERS: MANAGEMENT OF PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA AND THERAPEUTIC VALUE OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING

ABSTRACT:

Cognitive and behavioral psychotherapy (CBT) treatment for anxiety disorders is a major public health issue due to the high prevalence of these disorders and psychosocial consequences associated with it. It fails in 15 to 50% of cases for various reasons including resistance to the CBT therapist's directive and lack of commitment from patients in therapy. The objective of this work is to think about ways to improve the efficiency of CBTs for patients with anxiety disorders. To do this, we took care of a patient suffering from panic disorder and agoraphobia. Then we conducted a review of the literature on an intervention invented by Miller: motivational interviewing. Our study has enriched the scientific literature on the relevance of using motivational interviewing as an adjuvant intervention for CBT in the context of anxiety disorders.

TITLE : COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES OF ANXIETY DISORDERS: MANAGEMENT OF PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA AND THERAPEUTIC VALUE OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING

ADMINISTRATIVE DISCIPLINE: clinical specialty medicine

KEY WORDS: Cognitive and behavioral psychotherapy, CBT, motivational interviewing, efficiency, mechanisms of change, motivation

Thesis maintening : Toulouse, the 12th of October 2020

TITLE AND ADDRESS OF THE UFR OR LABORATORY
Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Director of thesis : Dr Pierre KIVITS



**THERAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES DES
TROUBLES ANXIEUX : PRISE EN CHARGE DU TROUBLE PANIQUE
AVEC AGORAPHOBIE ET PLUS-VALUE THERAPEUTIQUE DE
L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL**

RESUME EN FRANÇAIS :

La prise en charge en psychothérapies cognitives et comportementales (TCC) des troubles anxieux constitue un enjeu majeur de santé publique du fait de la grande prévalence de ces troubles et des conséquences psychosociales qui y sont associées. Elle échoue dans 15 à 50% des cas pour diverses raisons incluant la résistance à la directive du thérapeute en TCC et le manque d'engagement des patients dans la thérapie. L'objectif de ce travail est de réfléchir aux moyens d'améliorer l'efficacité des TCC pour les patients souffrant de troubles anxieux. Pour cela, nous avons conduit une prise en charge d'un patient souffrant de trouble panique et d'agoraphobie. Ensuite, nous avons mené une revue de littérature sur une intervention inventée par Miller : l'entretien motivationnel. Notre étude a permis d'enrichir la littérature scientifique sur la pertinence de recourir à l'entretien motivationnel en tant qu'intervention adjuvante des TCC dans le cadre des troubles anxieux.

**TITRE EN ANGLAIS : COGNITIVE AND BEHAVIORAL THERAPIES OF ANXIETY
DISORDERS: MANAGEMENT OF PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA AND
THERAPEUTIC VALUE OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING**

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

**MOTS-CLÉS : thérapies cognitives et comportementales, entretien motivationnel,
efficacité, mécanismes du changement, motivation**

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Pierre KIVITS
