



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



article Covid

## Adaptations de la thérapie comportementale dialectique ambulatoire en période de pandémie COVID-19 et conséquences du confinement sur des patients souffrant d'un état-limite



### *Adaptations of an outpatient Dialectical Behavioral Therapy during the COVID-19 pandemic and consequences of the confinement on patients with borderline personality disorder*

Virginie Salamin<sup>\*</sup>, Vanessa Rossier, Daisy Joye, Chrystelle Nolde, Timothée Pierrehumbert, Isabelle Gothuey, Florence Guenet

Réseau fribourgeois de santé mentale, Centre psychosocial, 56, avenue Général-Guisan, 1700 Fribourg, Suisse

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 15 juillet 2020

Accepté le 14 août 2020

Disponible sur Internet le 20 août 2020

##### Mots clés :

Confinement

Coronavirus

État Limite

Pandémie

Psychiatrie

Thérapie comportementale et cognitive

##### Keywords:

Borderline personality disorder

Confinement

Coronavirus

Dialectical behavior therapies

Pandemic

Psychiatry

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – La pandémie due à la COVID-19 a impacté l'accessibilité à la psychothérapie pour des patients particulièrement vulnérables pendant la période de confinement. Nous présentons les adaptations d'un programme de thérapie comportementale dialectique et les conséquences du confinement sur le vécu de patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline.

**Méthode.** – Nous avons, pour sept patients, comparé deux périodes de huit semaines, avant et pendant le confinement. Nous avons analysé leurs cartes journalières ( $n = 426$ ) et le recensement hebdomadaire de la fréquence de leurs comportements problématiques ( $n = 69$ ).

**Résultats.** – L'analyse des cartes journalières indique que la période de confinement prédit une diminution significative des sentiments de peur, de honte ou culpabilité et de tension mais une augmentation de la détresse. Le suivi hebdomadaire montre une diminution significative des comportements hyperphagiques.

**Discussion.** – Malgré le petit nombre de patients inclus, cette étude se base sur des échantillonnages d'expérience au quotidien et des mesures hebdomadaires. Ces deux types de mesures répétées indiquent certaines améliorations pendant le confinement, attestant des capacités d'adaptation de ces patients, soutenus par un cadre thérapeutique intensif qui a été maintenu.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Background.** – The COVID-19 pandemic impacted the accessibility of psychotherapy for particularly vulnerable patients during the period of confinement in the French-speaking part of Switzerland. We had to adapt our usual therapeutic programs. We illustrate this approach in an outpatient program of dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder. Each week the individual therapies took place by videoconference or phone. The skills training group was held individually by videoconference or phone and was supported by an online skills training program. Patients filled out their diary cards online. Intersession contact with the therapist remained available as usual and we could organize team consultation. The aim of this study is to describe how a sample of our patients experienced the period of confinement.

**Method.** – We compared the experiences of seven patients suffering from borderline personality disorder during two periods: eight weeks prior to confinement, and during the eight weeks of

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [Virginie.Salamin@rfsm.ch](mailto:Virginie.Salamin@rfsm.ch) (V. Salamin).

confinement. We analyzed their daily diary cards ( $n = 426$ ) and their weekly frequency of problem behaviors ( $n = 69$ ). We performed multilevel analyses to take into account the hierarchical structure of the data and the autocorrelation of observations.

**Results.** – The seven patients were predominantly female (85.7 %) and had an average age of 35.1 (11.5) years. Measurements prior to the start of the pandemic indicated on average severe depression (Beck Depression Inventory,  $m = 30.9$  [10.0]) and marked hopelessness (Beck Hopelessness Scale,  $m = 15.0$  [5.0]). Analysis of the daily diary cards indicated that the confinement period significantly predicted a decrease in feelings of shame or guilt, fear and tension. At the same time, however, there was an increase in distress. Weekly monitoring of problem behaviors showed a decrease in binge-eating behaviors and a trend towards a decrease in alcohol consumption during confinement.

**Conclusions.** – Despite the small number of patients included, two types of repeated measurements indicated convergent results, with some improvements during confinement: a decrease of the feelings of fear, shame or guilt, and tension, and a decrease of the frequency of binge-eating behaviors. The decreased pace of daily social and professional life may explain these improvements. The diminution of the above-mentioned feelings as triggers for addictive and compulsive behaviors may also account for the improvements regarding binge-eating. However, they also experienced an increased distress that may reflect the loneliness experienced during this period. The pre-pandemic development of computerized tools that were already familiar to patients greatly facilitated the necessary adaptations to maintain an intensive therapeutic setting during the confinement. This may partly explain why these patients were able to adjust the challenges of this period.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

### 1.1. Contexte général

Rues désertées, écoles et restaurant fermés, files de personnes attendant leur tour à deux mètres de distance pour faire leurs courses, recommandations généralisées de télétravail : un virus, le SARS-CoV-2, a radicalement bouleversé le quotidien des habitants à l'échelle mondiale. En Suisse, c'est le 16 mars 2020 que la population a été confinée et exhortée à rester chez elle le plus possible. Le confinement s'est assoupli progressivement en trois phases, dès le 27 avril 2020, date à partir de laquelle certains services à la personne ont pu à nouveau offrir leurs prestations, dont la psychothérapie. La deuxième phase de déconfinement qui a eu lieu le 11 mai 2020 fut la plus importante pour la population, avec la réouverture des crèches, écoles primaires, magasins non alimentaires et restaurants. L'enseignement secondaire a repris le 8 juin et l'assouplissement des dernières restrictions s'est poursuivi. Dans ce contexte où, dès le 16 mars, seuls les soins urgents et hospitaliers étaient possibles en présentiel, les prestataires de soins ambulatoires ont eu très peu de temps pour s'organiser. Il s'agissait, à l'instar d'autres institutions de psychiatrie et psychothérapie [8], de pouvoir continuer à offrir un accès aux soins à une population particulièrement vulnérable, nécessitant déjà avant la pandémie de COVID-19 des suivis psychothérapeutiques et psychiatriques intensifs [1,4,7]. Les adaptations faites à un programme ambulatoire de thérapie comportementale dialectique (TCD) destiné à des patients souffrant d'un trouble de personnalité borderline (TPB) illustreront ces enjeux. Par ailleurs, nous décrirons les conséquences du confinement chez ces patients. Comment garder un lien thérapeutique intensif avec des patients confinés, présentant une symptomatologie sévère et à certains moments une suicidalité aiguë ? Il s'agissait pour l'équipe thérapeutique d'un défi de taille à relever.

### 1.2. Adaptations de notre programme thérapeutique

Le programme TCD est proposé par une équipe composée de cinq psychologues, un médecin, une infirmière et une assistante sociale. Une vingtaine de patients bénéficient en continu de ce programme intensif de 12 mois qui peut être renouvelé une fois

selon l'évolution des patients au terme de l'année. Il comprend quatre modalités de traitement standard [10,11] décrites dans le [Tableau 1](#) qui présente également les adaptations qui ont été faites, notamment via télé- ou visio-consultation [1].

### 1.3. Outils spécifiques développés au préalable pour l'entretien individuel et les groupes

Au sein de notre institution, nous avons développé deux outils spécifiques de la TCD dans un format accessible en ligne, les cartes journalières et les modules d'entraînement aux compétences. En effet, les patients engagés dans le programme TCD doivent faire une auto-évaluation quotidienne de leurs vécus au moyen de la « carte journalière » [13] : leurs urgences à agir, leur détresse, leur consommation de substances et les actions en lien avec ces difficultés. Ils indiquent aussi quelles compétences ils ont mises en place telles qu'elles sont enseignées dans les modules de groupe [12,13]. Nous avons un peu adapté cette carte dans notre pratique en leur demandant de détailler aussi l'intensité de différents ressentis sur une échelle de Likert de 0 à 5 (tristesse, honte/culpabilité, colère, peur, joie, vide, détresse, tension corporelle, idées suicidaires). Afin d'améliorer leur compliance à ces enregistrements, nous avons développé une application permettant de les réaliser en ligne et d'y donner accès au thérapeute à distance. Cette méthode d'échantillonnage de l'expérience dans la vie quotidienne est un excellent indicateur de l'état actuel du patient puisqu'il ne souffre pas du biais de rappel rétrospectif [15]. Par ailleurs, afin de faciliter l'accès au contenu du groupe hebdomadaire d'entraînement aux compétences [13] dans leur vie quotidienne, nos patients peuvent revoir et approfondir les compétences discutées en groupe sur une plateforme en ligne. Elle comprend les mêmes modules, avec une présentation écrite et imagée des compétences ainsi que quelques exercices audio et vidéo. Pendant le confinement, cet outil a permis d'étayer la présentation des compétences faite à distance par le thérapeute individuel.

### 1.4. Questions de recherche

Cette étude exploratoire est née de la clinique. Nous n'avions pas d'hypothèse formulée *a priori* compte tenu de l'urgence du contexte. Nous nous attendions néanmoins à ce que les adaptations faites au programme permettent à nos patients de rester

**Tableau 1**  
Évolutions du format du programme TCD lors de la COVID-19 en Suisse.

	Avant le confinement (standard)	Confinement, 16.3.20 au 26.4.20	Phase 1 de déconfinement, 27.4–10.5.20	Phase 2 de déconfinement, 11.5.–7.6.20
Entretiens individuels	1 h/semaine, en face à face	Télé- ou visio-consultation, 45–60 minutes par téléphone	1 h/semaine, reprise progressive en présentiel avec mesures de protection <sup>a,b</sup>	1 h/semaine, en face à face, avec mesures de protection <sup>b</sup>
Groupe d'entraînement aux compétences	2 h/semaine, en groupe de 8–10 patients et deux co-thérapeutes	Coaching individuel de 45 minutes/semaine en télé- ou visio-conférence <sup>c</sup>	Reprise progressive du groupe en présentiel dès le 4.5.20, en petits groupes, avec mesures de protection <sup>a,b</sup>	2 h/semaine, en groupe de 8–10 patients et deux co-thérapeutes, avec les mesures de protection <sup>a,b</sup>
Contacts entre les séances Consultation d'équipe	Entre le thérapeute et le patient, 1h30/semaine	par téléphone, au besoin, les jours 1h30/semaine, en présentiel ou par visio-conférence	ouvrables, 0800–1700 1h30/semaine, avec plan de protection <sup>b</sup>	

<sup>a</sup> La réouverture officielle des consultations psychothérapeutiques a été progressive en fonction de la situation de chaque patient (possibilités de déplacement, état de santé du patient, vulnérabilités somatiques, etc.).

<sup>b</sup> Mesures de protection : questionnaire somatique à l'entrée, désinfection des mains, port du masque pour le thérapeute et le patient, distance d'au moins deux mètres entre les chaises, limitation de la taille des groupes, désinfection des points de contact et aération de la salle entre chaque patient.

<sup>c</sup> Contenu identique pour tous les patients, avec un exercice de pleine conscience, la revue des tâches à domicile et la présentation d'une compétence par semaine.

stables dans leurs ressentis et comportements aux niveaux émotionnels et comportementaux lors du confinement.

## 2. Méthode

### 2.1. Design de l'étude

Conformément aux recommandations éthiques de la déclaration d'Helsinki [17], l'évaluation du programme thérapeutique dont sont tirées les données présentées a fait l'objet de l'aval de la commission éthique compétente ; tous les patients ont signé un formulaire de consentement éclairé. Il s'agit ici d'une étude observationnelle avec un design intra-sujet où nous comparons deux périodes temporelles. La variable d'intérêt est la période de confinement pendant laquelle nous avons maintenu au plus près le cadre de la TCD malgré l'intervention à distance. Les deux périodes analysées ont une durée de huit semaines : avant le début de la pandémie et des premières limitations de rassemblement, du lundi 6 janvier 2020 au dimanche 1<sup>er</sup> mars 2020, et pendant le confinement et la première phase d'assouplissement de certaines mesures, du lundi 16 mars 2020 au dimanche 10 mai 2020.

### 2.2. Critères d'inclusion

Tous les patients engagés dans le programme standard TCD avaient un diagnostic de trouble de la personnalité borderline [9]. Les critères d'inclusion pour cette étude étaient :

- avoir été en traitement pendant les deux périodes de huit semaines considérées dans cette étude ;
- avoir rempli les cartes journalières en ligne pour qu'elles puissent être utilisées dans le cadre de la thérapie à distance.

Ainsi, sept patients parmi 17 qui étaient dans le programme début janvier 2020 répondaient à ces critères.

### 2.3. Caractéristiques des participants

Ces sept patients étaient majoritairement des femmes (85,7 %), et âgés en moyenne de 35,1 (11,5) ans. Tous étaient francophones. Une personne avait un niveau d'éducation secondaire (école obligatoire), trois ont fait une formation professionnelle (42,9 %),

une a obtenu son baccalauréat (maturité), et deux ont terminé un Bachelor ou un Master universitaire. Deux étaient divorcés et les cinq autres (71,4 %) étaient célibataires. Un était salarié, un était étudiant, trois étaient sans emploi et deux étaient en incapacité de travail (assurance invalidité). En plus du TPB, ils souffraient d'en moyenne 5,0 (2,2) autres troubles comorbides, les plus fréquents étaient le trouble anxieux généralisé (85,7 %), l'épisode dépressif caractérisé (57,1 %) et la phobie sociale (57,1 %). Au niveau du programme, les patients avaient déjà suivi en moyenne 7,0 (5,5) mois de programme (5,5), mais il y avait une grande disparité puisque cela variait entre 0 et 13 mois (trois débutaient une deuxième année). Les sept patients inclus ne différaient pas significativement des dix autres patients engagés dans le programme qui n'ont pas été inclus en ce qui concerne l'âge, le genre ou le nombre de troubles comorbides.

### 2.4. Mesures

Afin de caractériser notre échantillon, nous présentons les scores d'intensité de la dépression et du désespoir au dernier point de mesure pris dans les trois mois avant la période de confinement. En effet, tous les patients font des évaluations trimestrielles systématiques. Nous avons utilisé l'Inventaire de dépression de Beck (BDI-II), une échelle de 21 items dont la validité est bien établie ( $\alpha$  de Cronbach = 0,92 dans un échantillon de patients suivis en ambulatoire) [2]. Les patients ont également complété l'échelle de désespoir de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) qui comprend 20 items mesurant le pessimisme dépressif [3,6]. La version française a également une bonne fiabilité ( $\alpha$  = 0,97) dans un échantillon de patients déprimés [6]. Les mesures répétées avant et pendant le confinement ont été faites au moyen de deux instruments. Chaque jour, les patients devaient remplir une « carte journalière » en ligne, telle que décrite dans l'introduction. Chaque semaine, les thérapeutes remplissaient en séance individuelle avec le patient le BSL-supplément, une échelle dérivée de la Borderline Symptom List, short form [5] qui permet d'évaluer la fréquence de 11 différents comportements auto-dommageables et impulsifs (menaces et tentatives de suicide, automutilations, consommations de substances, hyperphagie, crises de colère, etc.). Nous avons ajouté une évaluation de la fréquence des pensées suicidaires. Une fréquence de 0 signifie un comportement absent pendant la semaine, 1 présent une fois, 2 présent deux à trois fois, 3 présent quatre à six fois et 4 signifie que le comportement est quotidien.

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques cliniques

Avant la pandémie, ces sept patients ont décrit une dépression en moyenne sévère (BDI-II,  $m = 30,9$  (10,0) [18–41]) et un désespoir marqué (BHS,  $m = 15,0$  (5,0) [6–20]).

#### 3.2. Données disponibles et représentativité

Les patients pouvaient remplir au maximum 56 cartes par période de huit semaines (Tableau 2). Nous avons évalué la représentativité des évaluations journalières et hebdomadaires incluses dans l'étude par rapport à l'ensemble des journées et semaines vécues.

La représentativité des journées et des semaines évaluées n'a pas significativement changé entre les deux périodes. La représentativité moyenne des cartes journalières était de 56,9 % avant le confinement et de 51,8 % pendant le confinement ( $t(6) = 1,0$ ,  $p = .37$ ). La représentativité des comportements problèmes était de 57,1 % avant et de 66,1 % pendant le confinement ( $t(6) = -0,7$ ,  $p = .49$ ).

#### 3.3. Analyse des cartes journalières

Nous avons réalisé des analyses multiniveaux pour prendre en compte la structure hiérarchique des données (niveau 1 : journées ; niveau 2 : patients) et l'autocorrélation des observations entre elles.

##### 3.3.1. Ressentis

Le Tableau 3 décrit les ressentis moyens au niveau des journées au cours des deux périodes, le coefficient de corrélation intraclasse (CIC), ainsi que les résultats du modèle mixte avec la période (avant ou pendant le confinement) comme prédicteur (effet fixe) en tenant compte de la variance aléatoire entre les sujets. Le CIC est calculé pour chaque variable sur la base des paramètres de covariance d'un « modèle vide » (CIC = variance au niveau 2/variance totale) et décrit le pourcentage de variance que l'on peut

attribuer aux patients (niveau 2) plutôt qu'aux journées ou contextes (niveau 1) [16].

L'analyse des cartes journalières a indiqué des effets fixes de la période de confinement qui prédisait significativement une diminution des sentiments de peur ( $F(1, 420,3) = 25,6$ ,  $p = .000$ ,  $b = -0,59$  (.12), 95 % IC =  $-0,81, -0,35$ ), de honte/culpabilité ( $F(1, 419,8) = 20,7$ ,  $p = .000$ ,  $b = -0,48$  (.11), 95 % IC =  $-0,69, -0,27$ ) et de tension ( $F(1, 419,3) = 4,8$ ,  $p = .029$ ,  $b = -0,35$  (.16), 95 % IC =  $-0,66, -0,04$ ). Par contre, on relève parallèlement une augmentation de la détresse ( $F(1, 419,1) = 4,7$ ,  $p = .030$ ,  $b = 0,17$  (.08), 95 % IC =  $0,02, 0,33$ ). Les effets rapportés ci-dessus ne varient pas significativement entre les patients (effets aléatoires,  $p > .05$ ).

##### 3.3.2. Réactions

Avant le confinement, les patients indiquaient qu'ils avaient abusé de substances en réponse à leurs ressentis lors de 10,3 % des journées, alors que pendant le confinement, cela ne concernait dans l'ensemble que 3,0 % des journées ( $\chi^2(2) = 9,1$ ,  $p = .003$ ,  $n = 426$ ). La fréquence des autres réactions (abus de médicaments, conduites à risque, comportements autodommageables) n'a pas significativement changé entre les deux périodes.

#### 3.4. Analyse des comportements problèmes

Au niveau des 69 évaluations hebdomadaires individuelles (niveau 1), en ajoutant les pensées suicidaires aux 11 comportements, les patients rapportaient en moyenne 0,9 (1,2) [0–4] comportements ou pensées problématiques différents par semaine. Il n'y avait pas de différence entre les deux périodes. Les comportements les plus fréquents étaient l'hyperphagie boulimique ( $m = 0,62$  [1,0]) et l'alcoolisation ( $m = 0,26$  [0,2]), réalisés moins d'une fois par jour en moyenne. Les pensées suicidaires étaient aussi présentes en moyenne moins d'une fois par jour ( $m = 0,32$  [0,8]).

Les modèles multiniveaux, avec un effet fixe de la période et un effet aléatoire du sujet, ont montré que le seul comportement à avoir changé significativement pendant la période de confinement était l'hyperphagie. Sa fréquence relative est passée en moyenne de 0,78 (1,16) avant le confinement à 0,34 (0,75) pendant le

**Tableau 2**

Données recueillies avant et pendant le confinement.

	Avant le confinement, du 6.1 au 1.3.20	Pendant le confinement, du 16.3 au 10.5.20	Total
Patients	$n = 7$	$n = 7$	$n = 7$ patients
Cartes journalières	$n = 223$ ( $m = 31,9$ (20,6) [7–56] cartes par patient)	$n = 203$ ( $m = 29,0$ (18,6) [10–55] cartes par patient)	$n = 426$ cartes (soit 54,3 % des journées)
Suivi hebdomadaire des comportements problèmes	$n = 32$ ( $m = 2,2$ (0,8) [3–7] par patient)	$n = 37$ ( $m = 1,5$ (0,6) [3–7] par patient)	$n = 69$ évaluations (soit 61,6 % des semaines)

**Tableau 3**

Récapitulatif des effets de la période sur les ressentis des patients.

	Scores moyens avant le confinement, ( $n = 223$ )	Scores moyens pendant le confinement, ( $n = 203$ )	CIC au niveau 2 (patients)	Constante (intercept)	Effets fixes (période = prédicteur)	Effets aléatoires (variance de l'intercept des patients)
Peur	2,56 (1,28)	1,99 (1,41)	0,22	$b = 2,87$ (.27), $p = .000$	$b = -0,59$ (.12), $p = .000$	$b = 0,45$ (.26), $p = .085$
Honte/culpabilité	1,45 (1,53)	1,00 (1,10)	0,35	$b = 1,89$ (.32), $p = .001$	$b = -0,48$ (.11), $p = .000$	$b = 0,69$ (.38), $p = .072$
Tristesse	2,05 (1,55)	2,01 (1,46)	0,37	$b = 2,51$ (.37), $p = .000$	$b = -0,09$ (.12), $p = .454$	$b = 0,92$ (.52), $p = .074$
Colère	1,80 (1,49)	1,68 (1,44)	0,26	$b = 2,15$ (.37), $p = .000$	$b = -0,17$ (.13), $p = .174$	$b = 0,59$ (.34), $p = .081$
Joie	1,86 (1,37)	1,68 (1,32)	0,35	$b = 1,53$ (.32), $p = .002$	$b = -0,14$ (.11), $p = .202$	$b = 0,69$ (.39), $p = .077$
Vide	0,96 (1,53)	0,84 (1,33)	0,68	$b = 1,52$ (.47), $p = .015$	$b = -0,01$ (.08), $p = .918$	$b = 1,54$ (.83), $p = .064$
Tension	3,33 (2,33)	3,11 (2,27)	0,57	$b = 4,11$ (.73), $p = .001$	$b = -0,35$ (.16), $p = .029$	$b = 3,61$ (1,91), $p = .067$
Détresse	0,58 (1,21)	0,80 (1,33)	0,71	$b = 1,28$ (.49), $p = .035$	$b = 0,17$ (.08), $p = .030$	$b = 1,66$ (.90), $p = .065$
Idées suicidaires	0,20 (0,61)	0,25 (0,75)	0,60	$b = 0,53$ (.24), $p = .065$	$b = -0,00$ (.05), $p = .964$	$b = 0,40$ (.22), $p = .069$

Nous avons utilisé les scores bruts (0–5).

confinement : un effet fixe de la période était prédictif de sa diminution ( $F(1, 63,5) = 4,3, p = .04, b = -0,41 (.20), 95 \% IC = -0,80, -0,01$ ).

Les effets aléatoires (variance entre patients) étaient non significatifs ( $p = .11$ ). On a aussi relevé une tendance à une légère diminution du comportement d'alcoolisation (qui passe en moyenne de 0,49 (.87) à 0,19 [0,62]). Un effet fixe de la période était prédictif d'une diminution de ce comportement,  $F(1, 63,1) = 3,1, p = .08, b = -0,26 (.15), 95 \% IC = -0,55 ; 0,03$ . Les effets aléatoires (variance entre patients) étaient non significatifs ( $p = .18$ ).

### 3.5. Analyse exploratoire de la période de déconfinement

Parmi les sept patients inclus, cinq ont poursuivi leur traitement pendant les huit premières semaines de la période de déconfinement (du 11.5 au 5.7.20). Les cartes journalières qu'ils ont remplies représentent 72,5 % des journées ( $n = 203$ ). Les ressentis de la période de confinement n'ont pas significativement changé pendant le déconfinement, à l'exception d'un seul, la colère. La période de déconfinement a prédit une augmentation significative des crises de colère ( $F(1, 369,9) = 7,9, p = .005, b = 0,39 (.14), 95 \% IC = 0,12, 0,67$ , avec une variance entre patients non significative,  $p = .21$ ). Les réactions aux ressentis difficiles n'ont pas changé entre le confinement et cette première période de déconfinement, avec des taux d'abus de substances qui restent quasiment identiques.

## 4. Discussion

En plus de son originalité et de sa pertinence dans le contexte de crise sanitaire, la force de cette étude est sa méthodologie basée sur l'analyse de mesures répétées, avec d'une part un échantillonnage d'expériences dans la vie quotidienne représentant plus de la moitié des journées ainsi qu'une série temporelle d'évaluations comportementales portant sur la semaine en cours et représentant plus de la moitié des semaines.

Le résultat principal est la relative amélioration du vécu de ces patients pendant la période de confinement. Au niveau émotionnel, la peur, la honte et/ou la culpabilité ainsi que la tension ont diminué tandis que la détresse a augmenté. Alors que les CIC nous indiquent que la peur et la honte/culpabilité sont principalement situationnelles (avec respectivement 78 % et 65 % de variance expliquée par les journées et situations spécifiques), la tension et la détresse sont par contre plus stables, avec respectivement 57 % et 71 % de leur variance située au niveau du patient lui-même. Au niveau comportemental, les comportements d'hyperphagie ont diminué pendant le confinement. La tendance à une diminution des alcoolisations, bien que non significative, est étayée par les données journalières indiquant une diminution globale des abus de substance réactionnels. Ces derniers n'ont par ailleurs pas augmenté lors des huit premières semaines de déconfinement.

Nous aurions pu nous attendre à ce que la situation de crise sanitaire et les mesures de confinement aient été source de peur ou d'ennui et être associées à des sentiments de vide ou à une augmentation des conduites addictives [14] ; or nos résultats montrent que ce ne fut pas le cas, voire le contraire. Nous n'avons pas non plus observé de changement au niveau des pensées suicidaires ou des automutilations, ce qui a été le cas ailleurs aussi [14], certains rapportant même une diminution des crises et gestes suicidaires graves pendant cette période. Par ailleurs, la diminution des comportements hyperphagiques et, dans une moindre mesure, des consommations de substances, peut trouver une explication dans la diminution des sentiments de peur, honte/culpabilité et de tension qui sont des déclencheurs de ce type de comportements

addictifs. Dans l'ensemble, il est probable que la diminution des contraintes liées à la vie quotidienne, professionnelle et sociale ait expliqué en partie le vécu plutôt stable de nos patients lors du confinement. Nos analyses exploratoires ont montré que les premières huit semaines de déconfinement apportaient peu de changements, si ce n'était une augmentation des crises de colère. Néanmoins, il est toujours possible qu'il y ait un effet rebond dû au déconfinement qui n'offre pas encore la perspective d'un retour à la normale. Par ailleurs, ces observations sont celles de patients qui ont pu bénéficier du maintien d'un cadre thérapeutique étroit pendant toute cette période, ce qui peut expliquer leur relative stabilité.

L'augmentation de la détresse observée chez nos patients, qui était une caractéristique plutôt stable d'un jour à l'autre, est difficilement explicable sur la base de nos données, mais il faut se rappeler la gravité des symptômes de dépression et de désespoir qu'ils rapportaient déjà avant le confinement. On peut supposer que cette détresse ait pu être associée à la solitude, l'ennui ou à une situation familiale difficile pendant le confinement.

### 4.1. Limitations

La principale limite de cette étude est évidemment le petit nombre de patients étudiés compte tenu de nos critères d'inclusion. Ils forment un échantillon relativement hétérogène, malgré le fait qu'ils étaient comparables aux autres participants engagés dans le programme en même temps qu'eux. Il n'est pas possible de généraliser ces résultats à d'autres patients souffrant d'un TPB ayant vécu le confinement avec un autre cadre thérapeutique.

### 4.2. Conclusions et perspectives

Les résultats présentés ici offrent une vision tout à fait cohérente mais contre-intuitive de nos projections en tant que thérapeutes. En effet, malgré ses limites, cette étude offre des indicateurs quantitatifs des capacités d'adaptation de patients initialement très vulnérables psychologiquement. La souplesse et l'engagement des thérapeutes ainsi que le développement préalable à la pandémie d'outils informatisés dont le fonctionnement était familier aux patients ont certainement facilité les ajustements nécessaires à la poursuite du travail thérapeutique pendant le confinement. Cela peut expliquer en partie que ces patients ont relativement bien traversé cette période. Néanmoins, à l'instar de nos collègues français [8], il serait pertinent d'anticiper d'autres crises sanitaires et de développer au niveau institutionnel d'autres espaces collectifs virtuels, tel le blog, permettant de rompre la solitude de nos patients.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Auxéméry Y, Tarquinio C. Le confinement généralisé pendant l'épidémie de Coronavirus : conséquences médico-psychologiques en populations générales, soignantes, et de sujets souffrant antérieurement de troubles psychiques (rétrospective concernant les répercussions des risques létaux de masse, modèles scientifiques du confinement collectif, premières observations cliniques, mise en place de contre-mesures et de stratégies thérapeutiques innovantes). *Ann Med Psychol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.001>.
- [2] Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- [3] Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:861–5.
- [4] Bocher R, Jansen C, Gayet P, Gorwood P, Laprévotte V. Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19. *Encephale* 2020;46(3 Suppl):S81–4.

- [5] Bohus M, Limberger MF, Frank U, Chapman AL, Kühler T, Stieglitz RD. Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology* 2007;40:126–32.
- [6] Bouvard M, Charles S, Guérin J, Aimard G, Cottraux J. Étude de l'échelle de désespoir de Beck (Hopelessness Scale) Validation et analyse factorielle Study of the Hopelessness Scale: validation and factorial analysis.] *Encephale* 1992;18:237–40.
- [7] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca PM, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encephale* 2020;46(3 Suppl):S3–13.
- [8] de Brouwer H, Faure K, Gozé T. Psychothérapie institutionnelle en situation de confinement : adaptation du cadre en hôpital de jour. Vers une institution mentale virtuelle. *Ann Med Psychol* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2020.05.005>.
- [9] First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical interview for DSM-IV<sup>®</sup> Axis I personality disorders SCID-II. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
- [10] Linehan MM. Cognitive behavioural therapy of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
- [11] Linehan MM. Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personnalité état-limite. Chêne-Bourg, Suisse: Médecine et Hygiène; 2000.
- [12] Linehan MM. DBT Skills training manual, 2nd ed, New York: The Guilford Press; 2014.
- [13] Linehan MM. Manuel d'entraînement aux compétences TCD, 2<sup>e</sup> ed, Chêne-Bourg, Suisse: Médecine et Hygiène; 2017.
- [14] Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *Encephale* 2020;46(3 Suppl): S43–52.
- [15] Pihet S. Au plus près de l'expérience vécu, en temps réel et dans son contexte. In: Pomini V, de Roten Y, Brodard F, Quartier V, editors. L'étude de cas Dialogue entre recherche et pratique en psychologie clinique et en psychothérapie. Lausanne, Suisse: Antipodes; 2016. p. 147–72.
- [16] Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel analysis: an introduction to basic and advanced multilevel modeling. London: Sage; 1999.
- [17] World WMA. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bull World Health Organ* 2001;79(4):373–4.