



AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR D'HYGIENE

PSYCHOTHERAPIES : DEFINITIONS, PRATIQUES, CONDITIONS D'AGREMENT

(CSH n° 7855 – Approuvé par le groupe de travail le 21/06/2005 et
validé par le Collège transitoire le 13/07/2005)

Résumé

Les aspects psychosociaux de la santé et de la maladie font actuellement l'objet d'une attention en développement constant. Le présent avis "Psychothérapies: définitions, pratiques et conditions d'agrément" découle d'une demande des Autorités de la Santé publique, soucieuses de garantir une qualité optimale dans les soins de santé mentale. Face à la demande croissante en termes de psychothérapies comme forme de traitement spécifique, le Cabinet de la Santé Publique a souhaité que le Conseil Supérieur d'Hygiène réponde à un certain nombre d'interrogations y afférent et formule des recommandations en la matière.

Le Conseil Supérieur d'Hygiène a dès lors mis en place un groupe de travail d'experts dans le domaine. Après une introduction présentant le cadre général de la psychothérapie, la première partie expose les diverses modalités des pratiques psychothérapeutiques en Belgique et en Europe. Cette partie met notamment en évidence l'absence de réglementation et de reconnaissance dans notre pays. Ceci est évidemment source de mauvaises informations, d'éventuels abus et dérives, d'où la nécessité de légiférer dans ce domaine.

Dans une seconde partie, l'avis inventorie les données scientifiques basées sur l'évidence (« evidence based ») en faveur de l'efficacité des psychothérapies. Cette approche est complétée par la prise en considération d'autres critères indispensables pour les bonnes pratiques dans le domaine. Le rapport présente également les quatre principales orientations en psychothérapie habituellement retenues et validées : les psychothérapies à orientation psychanalytique et psychodynamique, à orientation comportementale et cognitive, à orientation systémique et familiale et les psychothérapies expérientielles et centrée sur le client. Pour chacune de ces orientations, on retrouve dans la partie leur étant consacrée, une définition, l'évolution des idées et des pratiques, les éléments de validation de l'efficacité ainsi

que les références bibliographiques principales.

La dernière partie est consacrée aux recommandations en matière de politique de santé publique. La principale est la nécessité d'une réglementation légale spécifique dans le domaine des psychothérapies comme cela a été ou est en cours de réalisation dans d'autres pays de l'Union européenne.

Cette réglementation doit notamment traiter des conditions de la formation des psychothérapeutes. L'avis précise le niveau d'études nécessaire pour pouvoir accéder à la formation spécifique en psychothérapie ainsi que les pré-requis indispensables, en particulier la nécessité de stages cliniques d'au moins 6 mois à temps plein dans le secteur des soins cliniques de santé mentale. Quant à la formation spécifique proprement dite, elle doit comporter une formation théorique et technique en référence à l'une des orientations définies plus haut, un processus personnel didactique, des exercices de pratique clinique supervisés, et enfin, un mémoire de fin d'études. La formation doit comprendre, sur une période de 3 ans, un minimum de 1200 heures dans les soins de santé mentale, en particulier 500 séances de psychothérapie au contact des patients/clients, séances représentées par un minimum de 4 contacts patients/clients par semaine. Par ailleurs, une fois la reconnaissance de psychothérapeute obtenue, une formation continuée et de qualité doit également être assurée.

A côté de l'acquisition des techniques professionnelles spécifiques, les bonnes pratiques en la matière exigent :

- Des qualités personnelles du psychothérapeute, par exemple dans le domaine de l'éthique, du respect d'autrui, de l'intégrité, de la responsabilité...
- L'intégration de la pratique psychothérapeutique dans une approche globale, holistique, bio-psychosociale de la problématique de santé de la personne concernée.
- La prise en compte, en complément des données scientifiquement validées (« evidence based ») d'autres critères généralement acceptés dans la pratique dans le domaine (« practice based ») ou encore des critères relevant de valeurs personnelles du patient/client (« value based »).

Enfin, une attention particulière doit être portée aux aspects économiques qui régulent l'accès aux psychothérapies afin que tout citoyen puisse en bénéficier.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	6
1.1 IMPORTANCE CROISSANTE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE	6
1.2 DÉFINITION DE LA PSYCHOTHÉRAPIE COMME OFFRE DE SOINS SPÉCIFIQUE.....	7
1.3 VUE D'ENSEMBLE.....	7
1.4 LA PERSPECTIVE DU BÉNÉFICIAIRE DE SOINS	8
1.5 LES RISQUES POTENTIELS DE LA PRATIQUE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE	9
1.5.1 <i>Incidence et prévalence</i>	9
1.5.2 <i>Compte-rendu des plaintes en Belgique</i>	10
2. PRATIQUE ET RÉGLEMENTATION EN MATIÈRE DE PSYCHOTHÉRAPIE... 11	
2.1 LA PRATIQUE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EN BELGIQUE	11
2.1.1 <i>Une étude exploratoire</i>	11
2.1.2 <i>Formation de base et formation spécialisée</i>	11
2.1.3 <i>Cadres de référence des psychothérapies</i>	12
2.2 LA RÉGLEMENTATION DES ACTIVITÉS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES EN EUROPE.....	13
2.2.1 <i>Intérêt d'une réglementation légale</i>	14
2.2.2 <i>Les instances de régulation</i>	14
2.2.3 <i>La formation</i>	15
3. DONNÉES SCIENTIFIQUES CONCERNANT LES PSYCHOTHÉRAPIES	15
3.1 INTRODUCTION.....	15
3.1.1 <i>Aperçu des recherches empiriques</i>	15
3.1.2 <i>Diversité dans les filières de recherches</i>	16
3.1.3 <i>Bases des pratiques thérapeutiques</i>	16
3.2 PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE ET PSYCHODYNAMIQUE	17
3.2.1 <i>Définition</i>	17
3.2.2 <i>Evolution</i>	17
3.2.3 <i>Evaluation</i>	18
3.2.4 <i>Références</i>	20
3.3 PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE	21
3.3.1 <i>Définition</i>	21
3.3.2 <i>Evolution</i>	21
3.3.3 <i>Evaluation</i>	22
3.3.4 <i>Références</i>	24
3.4 PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION SYSTÉMIQUE ET FAMILIALE.....	25
3.4.1 <i>Définition</i>	25
3.4.2 <i>Evolution</i>	25
3.4.3 <i>Evaluation</i>	26
3.4.4 <i>Références</i>	27
3.5 PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION EXPÉRIENTIELLE ET CENTRÉE SUR LE CLIENT	28
3.5.1 <i>Définition</i>	28
3.5.2 <i>Evolution</i>	28
3.5.3 <i>Evaluation</i>	30
3.5.4 <i>Références</i>	30

4. RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	32
4.1 FORMATION.....	32
4.1.1 Formation de base (pré-requis)	32
4.1.2 Formation spécifique.....	33
4.1.3 Formation continuée	34
4.2 PRINCIPES DE BASE D'UN COMPORTEMENT PROFESSIONNEL.....	34
4.2.1 Intégrité	34
4.2.2 Respect	35
4.2.3 Compétence	35
4.2.4 Responsabilité	35
4.3 DIRECTIVES POUR L'EXERCICE DES BONNES PRATIQUES.....	36
4.3.1 Nécessité d'un travail méthodique	36
4.3.2 La recherche scientifique et le travail sur le terrain.....	36
5. RÉFÉRENCES	38
6. ANNEXES: DOCUMENTS DE BASE DES QUATRE ORIENTATIONS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES.....	41
6.1. PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE ET PSYCHODYNAMIQUE	41
6.1.1. Fondements théoriques, méthodologiques et éthiques de l'approche psychanalytique.....	41
6.1.2. Etat des recherches quantitatives sur l'efficacité des psychothérapies d'orientation psychanalytique.....	43
6.1.3. Les recherches empiriques basées sur l'étude de cas	47
6.1.4. Les recherches cliniques inhérentes au processus de formation du psychanalyste	48
6.1.5. Références	50
6.2. PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE	55
6.2.1. Introduction et définitions	55
6.2.2. Réserves préalables.....	55
6.2.3. Les traitements empiriquement validés en thérapie comportementale et cognitive	56
6.2.4. Implication de la notion de validation empirique des interventions psychothérapeutique pour la formation des psychothérapeutes	61
6.2.5. Conclusions	61
6.2.6. Références	65
6.3. PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION SYSTÉMIQUE ET FAMILIALE.....	66
6.3.1. Préambule	66
6.3.2. Introduction.....	66
6.3.3. Les situations cliniques spécifiques.....	67
6.3.4. Conclusions	73
6.3.5. Références	74
6.4. PSYCHOTHÉRAPIE À ORIENTATION EXPÉRIENTIELLE ET CENTRÉE SUR LE CLIENT	79
6.4.1. Manuels et articles récapitulatifs récents	79
6.4.2. Validation empirique: recherches sur les effets et sur les processus.....	80
6.4.3. Conclusion.....	84
6.4.4. Références	85

Composition du groupe de travail

L'avis suivant a été rédigé par un groupe de travail du Conseil Supérieur d'Hygiène sous la présidence du professeur I. Pelc.

Composition du groupe de travail

- ANSSEAU Marc
- BOON Henri
- COOLS Bob
- COSYNS Paul
- DE GUCHT Véronique
- DEMYTTENAERE Koen
- DE NEUTER Patrick
- DIERICK Michel
- ELKAÏM Mony
- FOUCHET Philippe
- GERITS Pol
- IGODT Paul
- KITTEL France
- LIETAER Germain
- LIEVENS Paul
- PARDOEN Dominique
- PELC Isidore
- PHILIPPOT Pierre
- SZAFRAN Arthur Willy
- VAN BROEK Nady
- VAN HEERINGEN Cornelis
- VERHOFSTADT-DENEVE Leni
- WEIL Françoise

Le secrétariat scientifique a été assuré par :

- STEINBERG Pascale
- MARTIN Sandrine

Le groupe de travail s'est réuni aux dates suivantes:

- 15 /01/2004:14h30-16h30
- 12/02/2004: 16h-18h
- 04/03/2004: 14h30-16h30
- 22/04/2004: 16h-18h
- 27/05/2004: 14h30-16h30
- 01/07/2004: 16h-18h
- 16/09/2004: 14h30-17h30
- 21/10/2004: 16h-18h
- 28/01/2005: 14h-16h
- 10/05/2005: 14h30-16h30
- 21/06/2005: 16h30-18h30

1. Introduction

1.1 Importance croissante des soins de santé mentale

L'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 2001, 2002, 2003, 2005) attire l'attention sur l'augmentation des demandes de soins pour des problèmes psychiques. En effet, une personne sur quatre est confrontée à des troubles psychiques ou psychiatriques sérieux au cours de son existence et les troubles dépressifs sont en train de devenir la maladie la plus marquante du 21^{ème} siècle.

Une étude épidémiologique européenne récente (Bruffaerts e.a., 2004a) résume de la façon suivante les conclusions concernant la prédominance de troubles mentaux chez les adultes et les personnes âgées en Belgique: « Plus de 27 % ont manifesté un trouble mental au cours de leur vie; une personne sur 9 (10,7% de la population totale) a développé un trouble mental au cours de l'année écoulée, c.-à-d. que plus de deux millions de Belges ont développé un trouble mental au cours de leur vie et plus de 800.000 personnes ont manifesté un trouble mental au cours de l'année écoulée. Les dépressions au sens strict du terme ainsi que les abus d'alcool sont les plus fréquents au cours de l'existence entière, alors que les troubles dépressifs au sens strict du terme et les phobies spécifiques étaient les plus fréquents au cours de l'année écoulée.»

En ce qui concerne le recours aux soins, ces mêmes études ont mené aux conclusions suivantes (Bruffaerts e.a., 2004b): « Seule une personne sur trois souffrant d'un trouble mental (3,5% de la population globale) consulte un thérapeute professionnel. Les personnes manifestant des troubles d'humeur consultent plus souvent un thérapeute (43%) que celles ayant développé des troubles anxieux (38%) ou des troubles liés à l'alcool (17%). Dans la majorité des cas, c'est le généraliste qui est consulté, avec ou sans consultation simultanée d'un psychiatre. La majorité des personnes ayant cherché de l'aide a reçu un traitement médicamenteux (qui pouvait être ou ne pas être combiné avec un traitement psychologique). Cependant, 25% de ces personnes n'ont reçu aucun traitement. » Pour ce qui est des enfants et des adolescents, il s'avère que 22% répondent aux critères d'un trouble psychiatrique, mais que seuls 3% de la totalité des adolescents formulent effectivement une demande de soins.

Parallèlement à la hausse des demandes de soins, l'offre s'est considérablement améliorée et a pris de l'ampleur au cours des dernières décennies. Ainsi, les traitements biologiques ainsi que psychosociaux sont devenus plus différenciés et efficaces. L'Organisation mondiale de la Santé plaide explicitement en faveur d'une approche bio-psycho-sociale des problèmes d'ordre psychique et psychiatrique. La psychothérapie, qui constitue un traitement spécifique, est scientifiquement reconnue comme traitement efficace. "Encouraging evidence has recently emerged in relation to the cost-effectiveness of psychotherapeutic approaches to the management of psychosis and the range of mood and stress-related disorders, in combination with or as an alternative to pharmacotherapy. A consistent research finding is that psychological interventions lead to improved satisfaction and treatment concordance, which can contribute significantly to reduced rates of relapse, less hospitalisation and decreased unemployment. The additional costs of psychological treatments are countered by decreased unemployment. The additional costs of psychological

treatments are countered by decreased levels of other health service support or contact.” (WHO, 2001)

1.2 Définition de la psychothérapie comme offre de soins spécifique

La psychothérapie est un traitement des soins de santé dans lequel est manié de façon logique et consistant un ensemble cohérent de moyens psychologiques (interventions) qui sont ancrés dans un cadre de référence psychologique et scientifique. Elle est exercée par une personne ayant bénéficié d'une formation à cet effet, au sein d'une relation psychothérapeute-patient/client, dans le but d'éliminer ou d'alléger des difficultés psychologiques, des conflits et des troubles dont souffre le patient/client. Celui-ci peut être un individu isolé, mais il peut également s'agir d'un système social (couple, famille, groupe). Il (l'individu, le système social) manifeste des problèmes ou des troubles pour lesquels il cherche de l'aide. Ces troubles et problèmes ont trait à des aspects psychologiques, somatiques et sociaux du fonctionnement (de l'individu, du système social) et sont appréhendés sous les trois angles suivants :

- La subjectivité personnelle du patient/client, à savoir:
 - soit des conflits intra-psychiques apparus au cours du développement;
 - soit des problèmes “de vécu” ;
 - Des problèmes relationnels au sein d'un ou de plusieurs systèmes dont le patient/le client fait partie;
 - Des problèmes comportementaux et des symptômes somatiques.
- Généralement, ces problèmes se renforcent et s'auto-alimentent mutuellement.

1.3 Vue d'ensemble

La société actuelle se caractérise par une aspiration prononcée envers un idéal de santé. Les souffrances d'ordre physique et psychique, les insuffisances ou les dysfonctionnements doivent donc être résolus ou corrigés au plus vite par une thérapie adaptée. Cet idéal élevé engendre beaucoup de souffrances psychiques supplémentaires et s'avère très coûteux tant pour les personnes concernées que pour la société dans son ensemble. En effet, dans la réalité, beaucoup de personnes se trouvent confrontées à des limites physiques ou psychiques difficiles à gérer et à guérir.

La psychothérapie offre souvent une solution adéquate pour des problèmes psychiques bien définis, mais connaît également ses limites et les possibilités offertes par la psychothérapie ne doivent donc ni être surestimées ni sous-estimées. Les patients sont en droit d'obtenir des informations correctes sur ce qu'ils peuvent et ce qu'ils ne peuvent pas espérer de la psychothérapie. La première étape dans un processus psychothérapeutique est toujours d'effectuer une exploration et une formulation précise du problème en concertation avec le patient. Ceci permet d'obtenir un constat d'indication adéquat et une approche réaliste des problèmes.

Outre la psychothérapie, il existe d'autres techniques d'intervention psychosociales de valeur (comme la relation d'aide ou l'assistance psychosociale, l'intervention de crise, la psycho-éducation, le counselling...) dont l'utilité a été démontrée pour des

problèmes spécifiques et qui dans certains cas sont plus appropriés que la psychothérapie.

1.4 La perspective du bénéficiaire de soins

La déclaration de l'OMS (WHO, 2005) sur les soins de santé mentale en Europe demande instamment qu'une attention plus particulière soit accordée à la participation des bénéficiaires de soins (les patients ainsi que leur familles). Le bénéficiaire de soins doit devenir acteur de sa santé. Outre la recherche basée sur des critères objectifs concernant la gravité des troubles antérieurs et postérieurs au traitement psychothérapeutique, il faut donc également tenir compte des recherches basées sur des variables subjectives concernant l'issue du traitement, telles que la satisfaction du bénéficiaire de soins.

Récemment, des recherches de grande envergure ont été menées en Allemagne (Riedel-Heller, Matschinger & Angermeyer, 2005) sur l'attitude des personnes non-initiées envers le traitement de troubles d'ordre psychique. Une enquête représentative (n=5015) a scruté à l'aide d'une interview structurée le processus de prise de décision concret ainsi que les préférences en matière de ressources et options de traitement à propos de deux cas de personnes atteintes de troubles psychiques (schizophrénie et dépression majeure). Bien que la plupart des personnes préfère l'aide d'un professionnel de la santé, il s'avère qu'il y a divorce entre les traitements factuels et l'opinion publique. La psychothérapie est de loin le traitement le plus choisi. Par contre, la médication psychotrope ne constitue le premier choix que pour une minorité.

A l'instar d'une enquête menée par une association de consommateurs américaine, Test Achats a interrogé des personnes ayant eu recours à la psychothérapie dans une série de pays européens (Kupers & Starquit, 2003): 14.000 personnes, dont 3.000 Belges, ont répondu au questionnaire. Un répondant sur quatre avait eu recours à une aide psychothérapeutique, notamment pour des dépressions et des troubles anxieux, mais également pour des syndromes de stress et des problèmes d'ordre relationnel. Pour obtenir cette aide, ils se tournaient vers leur médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue. Chez ces personnes, le sondage a entre autres porté sur la mesure dans laquelle ils éprouvaient une amélioration de leur état et leur satisfaction de ce résultat. Le résultat global s'est avéré positif. Au moins la moitié, voire les trois quarts des personnes interrogées ont signalé qu'elles avaient effectivement résolu le problème pour lequel elles avaient cherché de l'aide. En outre, il s'est avéré que leur relations avec d'autres personnes, leur confiance en soi ainsi que leur humeur ont connu la même amélioration. Ainsi, plus de la moitié des répondants a déclaré profiter plus de la vie et avoir le sentiment de pouvoir s'épanouir davantage suite à une psychothérapie. Ils sont de meilleure humeur et plus à même de gérer le stress. Ces résultats sont les plus marqués lorsque la psychothérapie est combinée avec des médicaments. La prise de médicaments seule s'est avérée moins efficace que la thérapie verbale seule. En ce qui concerne les prestataires de soins, il s'est avéré que les patients de psychiatres et de psychologues ont fait des progrès significativement plus importants que les patients qui n'ont consulté que leur médecin généraliste. Lorsque seule la thérapie verbale est utilisée, ce sont les personnes ayant consulté un psychologue qui ressentent le plus de satisfaction et d'amélioration.

Il s'est avéré que les patients étaient trop peu informés sur les différences qui existent entre les orientations psychothérapeutiques et les indications, et que souvent ils ignoraient quel professionnel serait le plus à même de les aider pour un trouble spécifique. En outre, les consommateurs ont exprimé leur mécontentement quant au manque d'accès et aux différences importantes concernant le prix.

1.5 Les risques potentiels de la pratique psychothérapeutique

Tant les plaintes des patients que les recherches menées sur la question font apparaître que la psychothérapie ne mène pas toujours à des résultats positifs. Les problèmes rapportés vont des diagnostics et constats d'indication incorrects aux infractions des règles déontologiques en passant par l'application d'interventions fautives, inutiles ou néfastes. La relation de travail psychothérapeutique implique une dépendance dont il est possible d'abuser. Bien que des chiffres précis sur les abus commis dans le cadre des relations thérapeutiques ne soient pas disponibles pour la Belgique, des études provenant de l'étranger donnent une idée globale de l'ampleur du problème. Par ailleurs, on constate un accès limité aux enregistrements des plaintes.

1.5.1 Incidence et prévalence

Dans un certain nombre d'études, ce sont les thérapeutes eux-mêmes qui ont été interrogés quant à leur propre fonctionnement. Dans un aperçu d'études canadiennes menées auprès des professionnels de la santé, 11 à 17% de ceux-ci signalent eux-mêmes avoir eu une relation sexuelle avec au moins un patient (Special Task Force on the Sexual Abuse of Patients, 2001). Parmi ceux-ci, 33% à 80% signalent qu'il ne s'agissait pas d'un fait isolé, mais que celui-ci s'est répété avec plusieurs de leurs clients. D'autres aperçus (Trijsburg, 1991; Jehu, 1994; Gabbard, 1995; Pope, Sonne & Holroyd, 1996; Lamb & Catanzaro 1998) font état du fait que des contacts sexuels auraient eu lieu dans la relation thérapeutique de 5 à 10% des thérapeutes. Souvent, les thérapeutes eux-mêmes ne sont pas conscients du fait qu'ils transgressent les limites de la relation. Borys (1988) a constaté que pratiquement 10% des psychothérapeutes déclarent confier des problèmes personnels à leurs clients. Pour plus de la moitié d'entre eux, il s'est avéré que recevoir des petites sommes d'argent (10 dollars) ne leur posait aucun problème. Certains acceptaient des invitations à des occasions spéciales ou ne voyaient aucun inconvénient à prendre leurs employés en thérapie.

L'interrogation des consommateurs révèle des chiffres nettement plus importants sur différentes formes d'abus. Dans une étude canadienne, 8% des patientes interrogées ont déclaré avoir été confrontées au moins une fois à des propositions de nature sexuelle de la part d'un prestataire de soins (Special Task Force on the Sexual Abuse of Patients, 2001). Dans une autre étude canadienne menée pour l'Ordre des Médecins en Colombie-Britannique (Task force of the college of physicians and surgeons of British Columbia, 1992) 1 à 10 % des patients tant masculins que féminins ont signalé des comportements abusifs allant de remarques à connotation sexuelle à des attouchements intimes inutiles. Les clients communiquent souvent à leur nouveau thérapeute les abus commis par leur prédécesseur. Dans une étude menée par Parsons et Wincze (1995), 26 % des

psychologues ont déclaré traiter des patients ayant été confrontés à des abus lors d'une relation thérapeutique précédente.

Bien que nous ne disposions que de peu de chiffres, que leur interprétation est parfois difficile et que la fiabilité et la validité des données fassent souvent défaut, le problème ne peut être nié ou sous-estimé.

1.5.2 Compte-rendu des plaintes en Belgique

Pour la Belgique nous ne disposons pas non plus d'études systématiques sur des échantillons représentatifs. Les patients ayants des plaintes s'adressent à différentes instances. Un certain nombre de patients se rend aux associations professionnelles et y dépose une plainte. Ainsi, la Commission éthique de la Fédération belge des Psychologues reçoit annuellement une trentaine de plaintes (Nederlandt, 2004). Il s'agit probablement de la partie visible de l'iceberg, étant donné que très peu de bénéficiaires de soins connaissent la Fédération. En outre, beaucoup de psychothérapeutes ne sont pas psychologues et beaucoup de psychologues/psychothérapeutes ne sont pas membre de la Fédération.

Les plaintes introduites auprès de cette commission éthique sont les mêmes que celles émanant des études internationales. Dans un certain nombre de cas, il s'agit de fautes professionnelles. C'est par exemple le cas lorsqu'un psychothérapeute émet un avis négatif sur base des données reprises dans un dossier vieux de 10 ans, sans avoir revu le client en question, ou lorsque celui-ci écrit un rapport sur base de dessins que des enfants ont effectués à domicile en présence de leurs parents. Un certain nombre de plaintes a trait au secret professionnel. Des violations du secret professionnel sont particulièrement fréquentes dans des dossiers dans lesquels il y a une intervention juridique, lorsque des informations obtenues au cours des contacts sont communiquées à la partie adverse ou exclusivement à un seul des parents. Les plaintes les plus fréquentes concernent les thérapeutes qui jouent un double jeu, dont les agissements financiers ne sont pas clairs ou corrects, qui tirent profit de la relation ou qui la transforment en relation personnelle, amoureuse ou sexuelle.

La commission déontologie écoute les plaintes et les analyse. Si le thérapeute en question est psychologue, membre de la Fédération et s'il s'avère qu'il a commis une faute, celle-ci lui est signalée et il peut être réprimandé ou déchu de son affiliation. Il n'existe pas d'autres sanctions. Les clients qui portent plainte sont en général très frustrés lorsqu'ils apprennent que la Fédération ne dispose d'aucun moyen de sanction et qu'il n'existe aucun autre organisme vers lequel ils peuvent se tourner.

Les psychologues-thérapeutes sont également régulièrement confrontés à des plaintes de clients vis-à-vis de confrères. Certains abus présentent toutes les caractéristiques du modus operandi des sectes. Dans de telles situations, on peut référer à la législation en cours, bien que celle-ci soit loin d'être suffisante pour permettre de traiter tous les problèmes. Dans la plupart des cas, une pression est exercée sur les clients afin que ceux-ci poursuivent leur thérapie, emmènent leur partenaire ou des membres de leur famille, ou soient obligés de s'inscrire à des activités complémentaires onéreuses. Sur le plan relationnel, les clients sont parfois confrontés à des psychothérapeutes qui tentent de les convaincre de leur

interprétation, se fâchent lorsque le client exprime une opinion divergente ou un souhait divergeant du sien et se servent des sessions pour discuter de leurs propres émotions et expériences.

Conformément à la loi sur les droits des patients de 2002, chaque hôpital doit désigner un service de médiation. Il existe également au niveau provincial et national un médiateur chez qui les patients peuvent déposer une plainte contre des thérapeutes pour lesquels aucun service de médiation spécifique n'a été créé. Ceux-ci rédigent un rapport annuel sur leur fonctionnement qui est transmis à la Commission Fédérale « Droits du patient » ainsi qu'au ministre fédéral de la Santé publique. Le rapport annuel le plus récent du médiateur néerlandophone (Dijkhoffz, 2005) fait pour la première fois explicitement état de 7 plaintes majeures à l'encontre de psychothérapeutes. Il s'agit de plaintes pour abus financier, abus de pouvoir, pour violence sexuelle et pour pratique illégale de la médecine. Faute de base légale, cet organisme se voit également contraint de signaler les plaintes sans leur donner une suite juridique quelconque.

2. Pratique et réglementation en matière de psychothérapie¹

2.1 La pratique psychothérapeutique en Belgique

2.1.1 Une étude exploratoire

Une étude a été menée en Belgique suite à une enquête de grande envergure concernant la psychothérapie aux Pays Bas (Trijsburg, Colijn, Lietaer, 2000). Les questions posées concernaient la personne du psychothérapeute et son contexte de travail. Les questions ont également porté sur son orientation thérapeutique, les interventions utilisées et sa vision de la psychothérapie.

Le questionnaire a été envoyé à un échantillon aussi représentatif que possible de thérapeutes qui déclarent eux-mêmes entreprendre des activités psychothérapeutiques. Dans ce but, les membres d'associations de psychothérapie spécialisées et de centres de formation en psychothérapie, ainsi que des personnes reprises sous la rubrique « Psychothérapeutes et psychanalystes » des Pages d'Or (ITT-Promedia) ont été contactées. L'étude a également pris en compte des associations dont un certain nombre de membres déclare effectuer des activités psychothérapeutiques, notamment des orthopédagogues, sexologues, assistants sociaux, gradués en psychologie, gradués en orthopédagogie, ergothérapeutes, gradués en infirmière psychiatrique ou sociale et kinésithérapeutes. Au total, 5773 personnes néerlandophones et francophones ont reçu un questionnaire.

2.1.2 Formation de base et formation spécialisée

Parmi les personnes contactées, 35% des Néerlandophones et 14% des Francophones ont renvoyé l'enquête complétée. Les résultats mentionnés ci-dessous sont basés sur les réponses du groupe de psychothérapeutes qui a

¹ Ce chapitre est basé de l'étude de Lietaer, G. Van Broeck, N. & Igodt, P. (2003). *Profil professionnel du psychothérapeute en Belgique*. Financé par le SPF Santé publique, Bruxelles. Le rapport complet peut être consulté sur: www.bfp-fbf.be sous "Nieuws/Nouvelles", 04.04.03

effectivement coopéré à l'enquête. Dans les deux communautés linguistiques, mais surtout dans l'échantillon francophone, il y a une nette majorité de femmes. L'âge moyen est de 42 ans. Plus de la moitié des répondants dans le groupe total est psychologue, une personne sur 8 est médecin, les autres ont acquis une autre formation de base dans les sciences humaines (graduat et autres). Un certain nombre de psychothérapeutes exerce cette profession sans avoir aucune formation de base dans les sciences humaines.

Pour un quart des répondants, la pratique privée constitue le cadre de travail primaire. En Belgique francophone, il s'agit de loin du lieu de travail principal (28%), alors que les Néerlandophones se répartissent davantage sur les pratiques privées, les hôpitaux psychiatriques et généraux et les centres de soins de santé mentale ambulatoires.

La grande majorité (80%) des personnes interrogées déclare avoir bénéficié d'une formation spécialisée et/ou d'une thérapie personnelle de plusieurs années. Du côté néerlandophone, il s'agit surtout d'une formation thérapeutique de longue durée, alors que du côté francophone, la majorité des cas concernent des thérapies personnelles ou une combinaison de formations de courte durée.

La plupart des répondants exercent cette pratique à temps partiel. Il faut également faire remarquer que la plupart des thérapeutes déclarent consacrer une partie importante de leur temps au suivi des formations continuées.

Mais, pour rappel, tous ces chiffres ne concernent que 35% des néerlandophones et 14 % des francophones contactés. Un complément d'enquête concernant ceux qui n'ont pas répondu serait souhaitable.

2.1.3 Cadres de référence des psychothérapies

En ce qui concerne le cadre conceptuel ou les orientations psychothérapeutiques, cette même enquête indique qu'il existe des différences marquées entre la Belgique francophone et la Belgique néerlandophone. Dans la partie francophone du pays, l'orientation psychanalytique est de loin la plus importante et les orientations comportementales et cognitives, ainsi que les orientations centrées sur le client et expérientielles sont plutôt marginales. Dans la partie néerlandophone du pays, les différentes orientations sont représentées de façon approximativement égale. La thérapie systémique jouit de la même popularité dans les deux parties du pays. La plupart des médecins suivent l'orientation psychanalytique et psychodynamique, les graduées travaillent essentiellement d'une façon systémique, et les psychologues se servent des diverses orientations principales.

Les chiffres sur la combinaison des orientations et sur le travail éclectique et intégratif sont également intéressants. Seuls 28% des psychothérapeutes francophones déclarent travailler de façon éclectique. Chez les néerlandophones, ce chiffre atteint 40%. Néanmoins, en Belgique le degré d'intégration psychothérapeutique reste très limité en comparaison avec les évolutions qu'ont connues les Etats-Unis. Les thérapeutes psychanalytiques sont moins enclins à intégrer d'autres modes de pensée dans leur travail que les thérapeutes centrés sur le client et expérientiels, les thérapeutes systémiciens ainsi que ceux qui adhèrent à

la psychothérapie comportementale et cognitive. Quand des psychanalystes font des combinaisons, ils choisissent l'orientation systémique.

Une grande partie des psychothérapeutes travaille de façon relativement isolée. Ils ont peu de contacts avec d'autres disciplines. Lorsqu'il y a des contacts, c'est surtout avec d'autres professionnels de la santé mentale, comme les psychiatres et les assistants sociaux, et beaucoup moins avec les médecins somatiques et les infirmières.

Les psychothérapeutes belges consacrent en moyenne 43 sessions par thérapie. (Cependant, les thérapies décrites sont toujours en cours et deux tiers de celles-ci se trouvent dans une «phase intermédiaire»). Examiné plus étroitement, il apparaît que plus de la moitié des thérapies s'étalent sur moins de 30 sessions, tandis qu'un nombre limité connaît une durée très longue (12% plus de 80 sessions). Les thérapeutes psychanalytiques indiquent la plus longue durée de thérapie, avec 25% des thérapies entre 100 et 200 sessions.

En ce qui concerne les interventions utilisées, tous les thérapeutes de toutes les orientations utilisent relativement fréquemment des 'interventions facilitatrices' ainsi que des 'interventions psychodynamiques' au sens large du terme. Ces interventions semblent se référer à des facteurs thérapeutiques communs que tous jugent importants. Cela mis à part, il est logique que les orientations se servent davantage des interventions typiques à celles-ci.

2.2 La réglementation des activités psychothérapeutiques en Europe²

Dans toute l'Europe, la psychothérapie a acquis une place incontestable dans les soins de santé. Contrairement à la place que les activités psychothérapeutiques occupent sur le terrain, la réglementation de ces activités n'est guère développée. Le consommateur n'est pas au clair concernant les professionnels autorisés à fournir ces services et il n'a pas de garanties de qualité. Ce même problème se pose également dans les pays qui nous entourent.

Dans un premier temps, a été examinée la réglementation des activités psychothérapeutiques dans la première génération de pays membres de la Communauté Européenne, à savoir l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, l'Espagne, le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède. La Suisse et la Norvège ont également été prises en compte, étant donné que, bien que ces pays ne soient pas membres de l'UE, ils sont néanmoins intégrés dans des réseaux de collaboration intensifs. Pour chaque pays, il a été vérifié si l'exercice de la psychothérapie est soumis à une législation particulière. Lorsque c'est le cas, les aspects réglés par la loi ont été examinés, tels que les critères de formation, le contrôle déontologique, la protection du titre, le droit d'exercer, de même que les organismes compétents en matière d'application de la loi.

² Van Broeck, N., & Lietaer, G. (submitted for publication). Legal regulations of psychotherapy in Europe.

2.2.1 Intérêt d'une réglementation légale

Dans 10 des 17 pays européens pris en considération, une loi concernant la psychothérapie est en vigueur (Allemagne, Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, Italie, Pays-Bas, Suède, Norvège et depuis 2004 également la France). Dans 2 pays, il existe un règlement par Arrêté Royal donnant mandat à l'association professionnelle (Irlande et Royaume-Uni). Dans 5 pays, dont la Belgique, il n'y a aucune réglementation. Dans les pays dans lesquels une loi existe, celle-ci règle aussi bien le titre que l'exercice de la profession de psychothérapeute.

Dans 3 des pays disposant d'une législation, la psychothérapie est perçue comme une profession à part entière avec une formation spécialisée (Autriche, Finlande et Suède) ; dans 5 pays, il s'agit d'une spécialisation des professions de psychologue et de psychiatre (Allemagne, Espagne, Italie, Danemark et Norvège). Aux Pays-Bas, tout récemment, le titre de psychothérapeute est obtenu soit par une spécialisation des professions de psychiatre ou de psychologue soit par une formation spécifique spécialisée ad hoc. En France, les psychiatres, psychologues et psychanalystes inscrits dans les annuaires de leur propre organisation professionnelle sont automatiquement inscrits dans le registre des psychothérapeutes ; pour les autres, ils doivent passer devant une commission d'agrément. Toutefois, il semble que des décrets d'application doivent préciser les conditions complémentaires d'agrément. Dans les pays où la psychothérapie est perçue comme une profession à part entière, l'accès à la formation et à la profession est limité aux professionnels ayant acquis une formation de base de niveau baccalauréat au minimum. En Autriche et en Suède, l'accès est plus large (niveau de base enseignement secondaire), mais la formation spécialisée est lourde. Elle comporte plusieurs cycles (une introduction et ensuite une spécialisation donnant accès au titre) d'une durée totale de 7 ans minimum.

Dans la plupart des pays européens sans législation en la matière (Suisse, Belgique, Luxembourg, Royaume-Uni, Irlande), un travail actif vers une législation est en route et des propositions et projets de loi ont déjà été déposés. Selon les informations disponibles, il n'y a pas encore de propositions concrètes au Portugal et en Grèce.

2.2.2 Les instances de régulation

Dans tous les pays où il y a une reconnaissance du titre et de l'exercice des activités professionnelles des psychothérapeutes, le pouvoir décisionnel est représenté par le Ministère de la Santé publique. Le ministre décide sur base des avis donnés par les Conseils nationaux composés de représentants de la profession et d'autres professions. Ces conseils nationaux fonctionnent au sein du Ministère et ils précisent les décisions par rapport aux critères d'accréditation des formations, la reconnaissance des professionnels, la procédure de traitement des plaintes, les sanctions, etc. Les instances régionales responsables de l'organisation et de la coordination des soins de santé sont chargées de l'exécution de ces décisions et tiennent les registres des licences pour exercer.

Dans quelques pays, notamment l'Espagne et l'Italie, l'exercice du pouvoir est délégué aux associations professionnelles. L'avantage de cette solution est que le cadre conceptuel de la profession est bien représenté. Cependant, cette solution n'est pas sans inconvénient ; le gouvernement cède une partie du contrôle et on crée

une possibilité de dérives (corporatisme, obligations financières croissantes pour les professionnels contraints d'adhérer, manque de transparence....)

2.2.3 La formation

Afin de pouvoir exercer la psychothérapie en tant que non-médecin, la formation de base doit être complétée par une formation spécialisée. Si cette formation de base est une maîtrise ou un doctorat, la spécialisation comportera au moins 3 ans. En Autriche et en Suède, où un diplôme d'études secondaires suffit, la formation consiste en plusieurs étapes et s'étale sur 7 ans. Elle commence par un cycle d'introduction qui ne donne pas accès au titre, suivi d'une formation de 5 ans qui donne accès au titre et à l'exercice autonome. Plus le niveau de base exigé est bas, plus la formation complémentaire et spécialisée durera longtemps. C'est ainsi qu'on arrive dans la plupart des cas à une durée d'études moyenne de 7 ou 8 années après les études secondaires.

L'accréditation des diplômes de base relève des Ministères de l'éducation. L'accréditation des institutions qui peuvent accueillir des stagiaires en formation à la psychothérapie (internships) relève des Ministères de la Santé publique (Conseils nationaux du métier). L'accréditation d'un programme de formation dépend de plusieurs critères concernant les bases empiriques sous jacentes au cadre conceptuel, la durée, les matières dans lesquelles on forme, et les qualifications des formateurs.

En ce qui concerne le contenu de la formation, 4 éléments doivent être présents pour un minimum d'heures spécifiées :

- Une formation théorique
- Une formation technique
- Une pratique clinique supervisée
- Une thérapie personnelle ou un processus personnel didactique dont les modalités varient suivant les orientations psychothérapeutiques.

3. Données scientifiques concernant les psychothérapies

3.1 Introduction

3.1.1 Aperçu des recherches empiriques

L'ouvrage de base de Bergin et Garfield, '*Handbook of psychotherapy and behavior change*' (Lambert, 2004), qui en est à sa cinquième édition, fournit un aperçu de toutes les études empiriques entreprises au cours des soixante dernières années. Il en transparaît que la psychothérapie est efficace et qu'elle jouit de tailles d'effet qui, en moyenne, égalent celles des traitements somatiques et médicaux. En général, il y a peu ou pas de différences entre les thérapies sérieuses (le fameux Dodo bird verdict, Luborsky et al., 2001), surtout après les corrections effectuées dans le but de prendre en compte l'allégeance du chercheur principal. Les processus interpersonnels (comme la construction d'une alliance de travail), la personne et l'expertise du thérapeute (sans tenir compte de l'orientation à laquelle celui-ci appartient) s'avèrent avoir davantage d'impact sur la variance des effets que les

techniques spécifiques utilisées (Lambert & Ogles, 2004; Norcross, 2002; Wampold, 2001). Ceci indique l'importance capitale d'une sélection et d'une formation soigneuses des candidats-thérapeutes et d'une (auto-)évaluation perpétuelle.

3.1.2 Diversité dans les filières de recherches

La question académique et sociale de la validation empirique des traitements psychothérapeutiques est plus que légitime. Cependant, la plupart du temps l'Essai Clinique Randomisé (ECR) est présenté comme étant la seule forme de recherche valide (Chambless & Hollon, 1998). Néanmoins, certains problèmes sont liés à ce type de recherches au sein de la psychothérapie, aussi bien en ce qui concerne leur validité externe qu'interne (Elliott, 1998; Luborsky et al., 1999; Westen et al., 2004). C'est pourquoi nous plaçons en faveur d'une méthodologie de recherches pluraliste.

A côté des ECRs, il y a encore:

- le 'open clinical trial' dans des contextes naturels – certes sans groupe contrôle mais avec une plus grande validité externe
- la recherche sur les effets des processus, où sont recherchés les liens entre certaines variables de processus et les effets (intermédiaires)
- le « case design » multiple, au cours duquel l'évolution du processus peut être analysée en profondeur
- la recherche approfondie sur les procédures spécifiques et processus de changement.

Il convient de valoriser de façon intégrée et équilibrée ces différentes filières de recherches lors de l'évaluation de l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, lors de la définition des directives et lors de la prise de décisions politiques et professionnelles.

Dans les paragraphes 3.2 à 3.5 sont discutées les recherches empiriques effectuées dans les quatre grands paradigmes thérapeutiques.

3.1.3 Bases des pratiques thérapeutiques

La pratique basée sur l'évidence scientifique (« evidence based ») présuppose une intégration de (a) l'expertise clinique du thérapeute avec (b) les meilleures preuves externes disponibles des recherches systématiques, en (c) tenant entièrement compte des préférences du client. Cela veut dire que la prise de décisions sur le traitement des clients *individuels* implique toujours un processus complexe d'évaluation qui, bien que 'science informed', est également guidé par l'estimation de la situation individuelle de chaque client et les valeurs et souhaits de celui-ci. Ceci implique que les décisions sont également toujours *value-based*, c'est-à-dire basées sur la « valeur » qu'accorde chaque client à des préoccupations personnelles éthiquement acceptables : par exemple, moins de symptômes, plus de compréhension de son fonctionnement psychique ... (Fulford, 2004).

3.2 Psychothérapie à orientation psychanalytique et psychodynamique

3.2.1 Définition

La cure psychanalytique se caractérise par sa finalité d'une part et par ses moyens, d'autre part. A l'origine (1896), elle est une méthode de traitement des troubles névrotiques par l'exploration de l'inconscient. Plus précisément, il s'agissait pour Freud, non seulement de faire disparaître des symptômes, mais de permettre au sujet de trouver une solution toute personnelle aux conflits inévitables entre ses divers mouvements pulsionnels (amour et haine pour un même objet, par exemple) et, surtout, entre son univers pulsionnel (meurtre et inceste, par exemple) et les exigences de la civilisation. Pour atteindre ce but, Freud élaborait progressivement une pratique de parole se caractérisant par l'association aussi libre que possible de l'analysant. Les déterminants principaux de cette liberté de parole sont la neutralité du psychanalyste, son attention ne privilégiant aucune des associations du patient (ou analysant), la fréquence des séances (plusieurs fois par semaine) et l'abandon de la position face à face pour celle de l'allongement confortable sur un divan. Dans ce même but, les interventions et les interprétations du psychanalyste sont discrètes. Le transfert, qui se développe dans ces circonstances, permet de retrouver les pensées, les affects et les souvenirs refoulés pathogènes.

Dans le souci d'élargir la méthode à d'autres types de patients (notamment, aux enfants et aux adolescents, aux psychotiques, aux pervers et aux borderlines, aux patients souffrants de diverses assuétudes ou ne pouvant s'abstenir de comportements délinquants), les successeurs de Freud ont créé diverses psychothérapies d'orientation psychanalytique (désignées notamment aujourd'hui par les termes de psychothérapies psychodynamiques, psychothérapies psychanalytiques, psychanalyse appliquée à la thérapeutique ou à la pratique en institution), plus centrées sur la guérison et sur l'accompagnement soignant du patient – abandonnant le divan inadéquat pour certaines pathologies ou pour certains patients, et laissant plus de place aux interventions du psychanalyste. Les psychothérapies d'orientation psychanalytique se sont également développées dans le cadre de l'institution de soins et dans celui des familles, des couples et des groupes. Cependant, quelles que soient les variantes du cadre et de l'orientation de travail, ce qui marque leur spécificité, c'est qu'elles relèvent d'une pratique de parole qui se construit au cas par cas à partir de la rencontre avec le sujet : la dimension relationnelle, et donc subjective, se situe au cœur même du processus thérapeutique. Il s'agit de partir de la demande du sujet et de l'accompagner dans l'élaboration de ses propres solutions, en tenant compte de la place et des fonctions qu'occupe le symptôme dans son économie psychique et relationnelle.

3.2.2 Evolution

L'approche psychanalytique vise au premier plan la souffrance psychique du sujet, en s'orientant à partir de ce qu'il pourra lui-même situer comme un « mieux être » et un « plus de plaisir de vivre ». Cette approche trouve toute sa pertinence dans le contexte social actuel où cette souffrance est bien souvent liée à la fragilisation, propre à notre modernité, des repères et des points d'appuis que les structures familiales et sociales sont censées offrir à chaque individu pour lui permettre de se

construire comme sujet et de s'approprier son existence. Et c'est pour mieux répondre à ces nouvelles formes de la clinique que les psychanalystes ont été amenés à aménager et à diversifier le cadre de leur pratique. Ces pratiques exigent la plupart du temps une collaboration étroite avec d'autres intervenants du champ médical, mais bien souvent aussi du champ social et judiciaire.

Ainsi, une nouvelle approche de certains phénomènes psychosomatiques a pu notamment se développer depuis un peu plus d'une quinzaine d'années. Cette approche se centre sur la fonction que le phénomène psychosomatique occupe dans l'économie psychique et relationnelle de certains sujets dont il apparaît qu'une part importante du fonctionnement psychique s'organise, par une sorte de court-circuitage des processus de symbolisation inconscients, autour et à partir du trouble psychosomatique. Les études cliniques montrent qu'en complémentarité avec le traitement médical, un travail qui ouvre la possibilité de relancer ces processus de symbolisation (c'est-à-dire d'inscrire psychiquement dans son histoire les difficultés passées ou présentes rencontrées par le patient) a un effet de soulagement de la souffrance et d'atténuation des troubles somatiques. Pour d'autres patients, qui présentent une fragilité beaucoup plus importante sur le plan psychique, le travail d'accompagnement psychothérapeutique leur permet de consolider voire de se construire des points d'ancrages psychiques et sociaux qui permettent d'éviter des décompensations beaucoup plus radicales qui nécessiteraient un passage par la psychiatrie.

Des avancées tout aussi importantes ont eu lieu également dans le traitement des états limites et de certains sujets présentant un fonctionnement psychique de type psychotique sans que la psychose ne soit véritablement déclenchée. Les recherches cliniques montrent l'efficacité et la pertinence d'un accompagnement psychothérapeutique qui vise à soutenir le sujet dans l'élaboration de solutions à chaque fois singulières : l'appui sur des identifications qui lui permettent une inscription dans le lien social, le soutien psychique que peuvent constituer dans certains cas des activités créatrices ou culturelles développées en interaction avec le psychothérapeute, la mise en histoire de sa vie, l'élaboration d'un projet, etc.

De nouvelles perspectives d'accompagnement psychothérapeutique ont aussi pu s'ouvrir, à partir des années 60 et surtout des années 80, dans la clinique des psychoses et de l'autisme chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent. Sans négliger le traitement pharmacologique, la prise en charge psychothérapeutique, dont de nombreuses études ont mis en évidence les effets positifs importants, suit la même perspective d'accompagnement que celle que nous venons de décrire. Plus généralement d'ailleurs, les recherches cliniques montrent la pertinence de cette approche pour des pathologies qui nécessitent, dans le contexte d'une prise en charge institutionnelle, un cadre de travail transdisciplinaire incluant la dimension médicale et sociale dans l'accompagnement psychothérapeutique.

3.2.3 Evaluation

De façon générale, la plupart des études, des méta-analyses et des méta-méta-analyses indiquent qu'il y a peu de différences dans les résultats obtenus parmi les psychothérapies dites « de bonne foi », c'est-à-dire guidées par une structure

théorique cohérente, amplement pratiquées depuis longtemps et qui ont des fondements dans la recherche.

Plus spécifiquement, dès la première moitié du XXe siècle, une série de recherches ont évalué l'efficacité du traitement psychanalytique en s'appuyant sur les observations des thérapeutes, les enregistrements des entretiens (réévalués par des thérapeutes extérieurs), les observations des superviseurs et des proches des patients et, progressivement, par l'utilisation des outils statistiques et l'élaboration d'instruments de mesure standardisés (tests et questionnaires). Pour la plupart, ces recherches ont été menées sur plusieurs années avec des échantillons comprenant plusieurs dizaines voire plusieurs centaines de cas. Ces études ont permis notamment de mettre en évidence assez rapidement l'efficacité de la cure psychanalytique pour les cas de névrose. Parmi les recherches les plus récentes, certaines ont mis en évidence l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques pour le traitement de pathologies sévères comme les troubles de la personnalité ou les troubles anxieux. D'autres travaux ont montré l'effet positif de la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une psychothérapie dans le traitement des dépressions majeures. En résumé, les études (randomisées et contrôlées) qui ont permis de mettre en évidence le plus clairement l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques dans le traitement de troubles spécifiques invitent aux conclusions suivantes :

- Une preuve d'efficacité a été très nettement montrée pour les troubles de la personnalité.
- Pour les dépressions majeures, il a été montré que l'association d'une psychothérapie psychanalytique à un traitement antidépresseur chez des patients soignés en ambulatoire, a un effet bénéfique significatif, avec une amélioration du fonctionnement global et une diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.
- Il existe également une présomption d'efficacité, soutenue par des études contrôlées randomisées, pour les troubles paniques et pour l'état de stress post-traumatique.

Cependant, outre ces recherches centrées sur des troubles spécifiques, d'autres travaux ont tenté de mieux tenir compte de la complexité de la réalité clinique (notamment du fait que les troubles psychopathologiques, tels qu'ils sont isolés par le DSM, se présentent rarement à l'état pur : on rencontre le plus généralement une série de troubles et de difficultés associés de façon complexe, qui peuvent par ailleurs sensiblement évoluer avec le temps). Il faut citer ici notamment les recherches menées par Leuzinger-Bohleber & al. (2003) qui ont montré une série de résultats significatifs très intéressants (à partir d'un échantillon de 401 sujets représentatif des patients en traitement psychanalytique de longue durée); 75% des patients ont rétrospectivement qualifié dans leur questionnaire leur état général de « mauvais » avant la psychothérapie et 81% ont qualifié leur état général de « bon » après la psychothérapie ; 80% des patients ont mentionné des changements positifs au cours de traitement de longue durée concernant leur condition psychique, leur croissance intérieure et leur vie relationnelle ; entre 70 et 80% ont indiqué des changements positifs concernant leur capacité à se confronter aux événements de la vie, leur estime de soi, l'humeur ainsi que la satisfaction de leur propre vie et leur efficacité. Par ailleurs, concernant la symptomatologie, les échelles d'évaluation indiquent que la majorité des anciens patients ne sont plus perturbés au point d'être

encore diagnostiqués comme cliniquement malades. Concernant les dépenses dans le secteur de la santé, cette étude a montré que les thérapies de longues durées ont aidé à réduire les coûts de manière permanente dans d'autres disciplines médicales. Ce fait a été mis en évidence par le nombre décroissant de jours chômés et de jours d'hospitalisation. En outre, les coûts ont également diminué indirectement, que ce soit par une créativité et une efficacité professionnelle accrue, ou parce que des patients auparavant sans travail ont trouvé de nouveaux emplois, ou bien parce qu'était significativement augmentée leur capacité de réagir empathiquement vis-à-vis de leurs propres enfants, ou encore parce qu'ils surmontaient l'isolement social en s'impliquant dans des enjeux sociaux et publics.

Les évaluations quantitatives ne sont que partiellement adaptables à l'objet des psychothérapies psychanalytiques. Pour ces raisons même, la plupart des études psychanalytiques s'inscrivent dans une tradition de recherche qui privilégie la méthode clinique de l'étude du cas.

3.2.4 Références

CHEMAMA R. (Dir.), La psychanalyse « Textes essentiels », Paris, Larousse, 1993, 558 p.

DESPRATS-PÉQUIGNOT C., La psychanalyse « Repères », Paris, La découverte, 1995, 125 p.

KAUFMANN P., « L'apport freudien. Eléments pour une encyclopédie de la psychanalyse. », Paris, Larousse-Bordas, 1998.

LEICHSENRING F., RABUNG S. & LEIBING E., « The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders : a meta-analysis », Archives of General Psychiatry, 2004, 61 : 1208-1216.

LEUZINGER-BOHLEBER M., STUHR U., RÜGER B. & BEUTEL M., « How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being : A representative, multi-perspective follow-up study. », International Journal of Psychoanalysis, 2003, 84 : 263-290.

RAPPARD R., « Evaluation des psychothérapies », in Psychanalyse et psychothérapies, Widlöcher D. & Braconnier A. (Dir.), Paris, Flammarion, 1996 : 245-255.

3.3 Psychothérapie à orientation comportementale et cognitive

3.3.1 Définition

Développées dans les années 1960, d'abord dans les pays anglo-saxons, nordiques et germaniques, les thérapies comportementales et cognitives sont aujourd'hui de plus en plus pratiquées par des psychiatres et des psychologues cliniciens, dans l'ensemble du monde occidental. Elles mettent en oeuvre différentes méthodes, en vue de s'adapter aux personnes et aux situations particulières.

Au-delà de la diversité des pratiques, les thérapies cognitives et comportementales se caractérisent par :

- un objectif : la modification observable de façons de pensée, de réactions émotionnelles et de modes d'action
- le choix d'un moyen : la démarche scientifique (observations soigneuses, élaboration d'hypothèses, confirmation ou rejet d'hypothèses au vu des faits)
- un style d'interaction avec la personne, qu'on peut qualifier de "pédagogie démocratique".

L'exigence de scientificité des thérapies cognitives et comportementales apparaît à un triple niveau : le choix des bases théoriques (principalement des travaux sur les lois de l'apprentissage, mais aussi des études sur les processus cognitifs, affectifs, psychophysiologiques et sociaux), une attitude de recherche empirique au cours de la pratique clinique, un souci permanent de vérification de l'efficacité des procédures, compte tenu de leurs coûts.

3.3.2 Evolution

Les thérapies comportementales et cognitives ont été initiées par Wolpe dans les années 1950. A l'origine, il s'agissait d'appliquer les principes des théories de l'apprentissage établies par la psychologie scientifique au traitement des troubles psychiques. Les thérapies comportementales se sont d'abord centrées sur les troubles anxieux, mais ont très rapidement élargi leur champ d'application à d'autres troubles ou difficultés d'origines psychologiques, notamment chez les enfants.

A la fin des années 1970 sont apparues les thérapies cognitives, notamment sous l'impulsion de Beck et de Ellis. Dans cette perspective, les troubles psychiques sont conçus comme la résultante d'un dysfonctionnement cognitif : l'individu interpréterait erronément certaines situations et expériences. Ces interprétations dysfonctionnelles trouveraient leurs origines dans des schémas cognitifs automatiques. Les thérapies cognitives ont principalement été appliquées aux troubles de l'humeur et de la personnalité.

Très rapidement, les approches cognitives et comportementales ont été intégrées, tant sur le plan étiologique, que sur le plan de la pratique clinique. Cette ensemble théorique et pratique est actuellement désigné par le terme « thérapies comportementales et cognitives ».

Depuis quelques années, une troisième évolution apparaît dans le champ des thérapies comportementales et cognitives. Plutôt que de se centrer sur la modification d'apprentissages (aspect comportemental) ou de cognitions (aspect cognitif) qui génèrent les problèmes psychologiques, l'objectif premier est de changer l'attitude des individus par rapport à leur problème. Dans cette perspective, l'accent est mis sur une action préventive et sur la régulation des émotions. Ce courant est notamment porté par des auteurs comme Teasdale ou Williams. Il a démontré son efficacité dans la prévention de la rechute dépressive et dans le traitement d'une série de problèmes psycho-somatiques.

3.3.3 Evaluation

Depuis une vingtaine d'années, sous l'impulsion des milieux scientifiques et de la politique de la santé, la notion de « traitement validé empiriquement » s'est développée, principalement en Amérique du nord. En 1995, le groupe de travail de l'APA (American Psychological Association) pour la promotion et la dissémination des procédures psychologiques a édicté les normes auxquelles les traitements devaient répondre pour être définis comme « bien établis » ou « probablement efficaces ».

Les traitements « bien établis » doivent avoir démontré leur supériorité à un traitement placebo, ou leur égalité à un autre traitement établi, pour une pathologie spécifique, dans des études comparant des groupes de patients. Ces études doivent avoir été menées par différents laboratoires indépendants. Alternativement, la preuve peut aussi être établie par une série importante d'études de cas comparant l'intervention à un autre traitement. Quoiqu'il en soit, ces traitements doivent être bien spécifiés dans un manuel et conçus pour un trouble spécifique.

Les traitements probablement efficaces doivent avoir prouvé dans au moins deux études (qui peuvent être menées par le même laboratoire) que le traitement est plus efficace qu'un groupe liste d'attente ou placebo, ou que le traitement est efficace dans un groupe de patients hétérogène (non spécifié).

Suite à ces définitions, une série de publications est apparue, présentant différentes procédures de traitement et la preuve de leur efficacité (par ex. Christophersen & Mortweet, 2001; Foa & Keane, 2000 ; Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin & Blais, 2003). Il faut souligner que d'emblée, les thérapies cognitives et comportementales se sont inscrites dans une logique de validation empirique de leurs interventions. En effet, étant données leurs sources historiques et leurs conceptions théoriques de base sur le fonctionnement humain, l'adoption du modèle scientifique empirique et expérimental s'est imposée logiquement aux interventions cognitivo-comportementales.

Dans un rapport tout récent sur l'évaluation des psychothérapies, l'INSERM (2004) souligne que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont fait l'objet de nombreuses méta-analyses (21 méta-analyses ont été retenues dans ce rapport) et d'études randomisées présentant un contrôle méthodologique satisfaisant. Cette section reprend sous une forme abrégée les conclusions du rapport de l'INSERM (2004). L'efficacité des TCC y a été considérée pour différents types de troubles, d'abord chez l'adulte, ensuite chez l'enfant et chez l'adolescent. L'analyse détaillée

de ces méta-analyses se trouve dans le rapport INSERM (2004). Est reprise ici la liste des troubles, selon le DSM IV, par lesquels les études de validation permettent de tirer des conclusions.

A. Efficacité des TCC chez l'adulte

- De manière générale, les TCC ont établi leur efficacité pour les troubles anxieux. Pour le **trouble panique et l'agoraphobie**, les études montrent une efficacité des TCC.
- Pour l'**anxiété généralisée** : efficacité au moins égale au traitement pharmacologique à court terme et efficacité supérieure au suivi.
- Pour l'**état de stress post-traumatique**, les TCC apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux.
- Pour les **troubles obsessionnels compulsifs** : efficacité établie des TCC comparable aux antidépresseurs.
- Pour les **phobies sociales** : efficacité établie des TCC.
- Pour les **phobies spécifiques** efficacité établie des TCC.
- Concernant la **dépression d'intensité moyenne ou légère**, les études montrent que les TCC sont égales en efficacité aux antidépresseurs. De plus, les effets sur la prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs. D'autres études ont montré l'efficacité des TCC pour les patients présentant un **épisode dépressif majeur** et hospitalisés, et pour la dépression du sujet âgé. Des traitements récents font actuellement l'objet d'évaluation pour la **dépression bipolaire**.
- Concernant les **troubles de la personnalité** des études indiquent un effet positif des TCC. Des études complémentaires doivent encore être effectuées pour établir cette efficacité avec plus de certitude et à l'ensemble des troubles de la personnalité.
- Concernant la **dépendance à l'alcool**, les études montrent une supériorité en efficacité des interventions TCC brèves par rapport à des interventions longues. Cependant, les effets semblent plus importants chez les patients moins sévèrement atteints.
- Pour la **schizophrénie** en phase aiguë, les études n'ont pas encore établi de traitements TCC efficaces.
- Concernant le traitement de **l'anorexie mentale**, les études actuelles ne permettent pas encore d'établir clairement l'efficacité des TCC. Pour le traitement de la **boulimie**, la TCC produit des tailles d'effet supérieures à celles du traitement médicamenteux, et l'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul pour la fréquence des crises et des vomissements, et plus efficace que la TCC seule pour la fréquence des crises, mais pas celle des vomissements. Pour le traitement de **l'hyperphagie boulimique**, les études contrôlées montrent l'efficacité de la TCC.

B. Efficacité des TCC chez l'enfant et l'adolescent

Les preuves de l'efficacité des TCC dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont encore limitées par manque d'études. Des preuves d'efficacité existent pour le traitement des peurs et des **phobies**, notamment de la **phobie scolaire**. Pour le **trouble obsessionnel compulsif**, on peut parler de présomption d'efficacité.

- Pour la **dépression**, on peut également parler de présomption d'efficacité.

- De nombreuses techniques cognitivo-comportementales sont utilisées dans les programmes d'intervention psychosociale destinés au traitement des **troubles envahissants du développement**, notamment l'autisme, et des troubles externalisés, c'est-à-dire hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent. Ces programmes ont fait preuve d'une bonne efficacité.

En conclusion, un nombre croissant de procédures de traitements cognitifs et comportementaux ont pu démontrer empiriquement leur efficacité et leur supériorité par rapport au placebo. Ces traitements comprennent un très large éventail de troubles et concernent les adultes et les enfants et adolescents. Ces développements constituent incontestablement une avancée importante pour l'amélioration de la santé mentale. Dans les domaines où ils sont disponibles, ces traitements doivent être clairement préférés à ceux qui n'ont pu établir leur efficacité. Enfin, l'adoption du modèle du praticien scientifique que sous-tend la notion de traitement empiriquement validé implique un niveau avancé de formation spécialisée pour le psychothérapeute.

3.3.4 Références

CHRISTOPHERSEN, E.R. & MORTWEET, S.L. (2001). *Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems*. Washington, DC, US: American Psychological Association.

FOA, A. & KEANE, T.M. et al. (Ed.) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford Press.

INSERM (2004). *Rapport sur l'efficacité des psychothérapies*. Résumé disponible sur www.inserm.fr

LADOUCEUR, R., BOISVERT, J.-M., LORANGER, M., MORIN, C. M., PÉPIN, M. & BLAIS, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : Etat de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 53-65.

TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

3.4 Psychothérapie à orientation systémique et familiale

3.4.1 Définition

Les psychothérapies familiales sont apparues aux Etats-Unis dans les années Cinquante. Des psychothérapeutes, dont certains étaient psychiatres et psychanalystes et s'occupaient plus particulièrement de la schizophrénie, découvraient que l'amélioration de l'état de santé de tel membre d'une famille pouvait parfois entraîner l'apparition d'un problème chez un autre membre de la même famille. Ils découvraient également que dans d'autres situations, l'amélioration de l'état de santé d'un membre d'une famille menait à des améliorations en chaîne.

Ces praticiens s'appelaient Nathan Ackerman, Murray Bowen, Don Jackson et Salvador Minuchin. Ils étaient tous les quatre psychiatres et psychanalystes. C'est, cependant, à ce qu'il est convenu d'appeler le premier groupe de Palo Alto (1952-1962), avec Gregory Bateson, Jay Haley, John Weakland, et Don Jackson, que revient le mérite d'avoir joué un rôle déterminant pour la genèse de l'approche systémique. Leurs travaux préparèrent l'apparition du Mental Research Institute en 1956. Le personnel de cet institut devait augmenter rapidement, Don Jackson, Virginia Satir et Jules Riskin étant rejoints par Paul Watzlawick. Ce sont les membres de ce groupement qui ont importé dans le champ de la thérapie familiale l'approche de la théorie générale des systèmes, créée par Ludwig von Bertalanffy. Cette théorie permettait de considérer la famille comme un système d'individus en relation. Intéressée particulièrement par les systèmes ouverts à l'équilibre, la théorie de von Bertalanffy permettait d'intégrer aux thérapies familiales des concepts tels que la totalité (la modification d'un élément d'un système entraîne un changement du système dans son ensemble), la non-sommativité (un système n'est pas réductible à la somme de ces éléments), l'équifinalité (des éléments semblables peuvent être liés à des éléments initiaux différents) et l'homéostasie (la régulation par la rétroaction).

A partir de ces années, les praticiens qui avaient commencé à pratiquer les thérapies familiales avec des théories différentes, ont poursuivi leurs recherches, en intégrant une lecture systémique à leur pratique singulière. Le thérapeute systémique devenait quelqu'un qui se demandait quel était le sens et la fonction d'un symptôme, au sein du système humain dans lequel il était apparu et s'était maintenu. Le symptôme restait important pour le psychothérapeute, mais il ne pouvait le faire disparaître que s'il agissait sur les conditions qui avaient fait apparaître le symptôme, ou qui le maintenaient.

3.4.2 Evolution

Le champ des thérapies familiales a très rapidement pris une énorme extension, aussi bien au niveau théorique que pratique. Par ailleurs, les centres de formation et les revues scientifiques n'ont cessé de se multiplier, aussi bien en Europe, qu'en Amérique du nord et du sud. De nouveaux centres se sont créés en Asie et en Afrique. Aujourd'hui, le champ des thérapies familiales pourrait être subdivisé en différentes tendances : des praticiens tels que Murray Bowen, Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo, Norman Paul ou Helm Stierlin représentent les thérapies familiales intergénérationnelles ; Salvador Minuchin, Cloé Madanes, Jay Haley et Mara Selvini-Palazzoli défendent les couleurs des approches systémiques, structurales et stratégiques ; Virginia Satir et Carl Whitaker sont associés à

l'approche expérientielle ; Paul Watzlawick et Mony Elkaim développent l'approche constructiviste ; Michael White, Steve de Shazer, Harold Goolishian et Harlene Anderson initient l'approche constructionniste et narrative. Par ailleurs, des psychanalystes, comme Alberto Eiguer, posent les bases de la thérapie familiale psychanalytique, et Neil Jacobson, celle de l'approche comportementale en thérapie familiale.

3.4.3 Evaluation

Un problème conceptuel a longtemps limité l'utilisation des groupes contrôles en thérapie familiale. En effet, la notion d'équifinalité, propre à l'approche systémique, insiste sur le fait que des symptômes semblables peuvent être liés à des causes différentes. Ceci rend très aléatoire une classification de patients à partir d'une symptomatologie spécifique. C'est ce qui fait que nombre de travaux de recherche entrepris, par exemple par Salvador Minuchin ou Mara Selvini-Palazzoli, sur les troubles alimentaires, ne peuvent pas être utilisés. Cependant, confronté à des pressions multiples, le champ des thérapies familiales s'est ouvert à des recherches validant son impact thérapeutique.

Les résultats d'efficacité les plus marqués ont été obtenus en évaluant des situations cliniques sévères (ex : toxicomanies, alcoolisme, délinquance, schizophrénie). Ces recherches n'ont pas été réalisées en situation clinique habituelle et ont nécessité une méthodologie spécifique. Les auteurs se sont inquiétés de l'application de leurs méthodologies en situation réelle. C'est pourquoi les résultats doivent être considérés comme montrant l'efficacité (testée dans des conditions idéales) des thérapies par opposition à l'efficience (réellement utile dans les situations pratiques) des thérapies en situation clinique réelle.

L'évaluation de l'efficacité de la thérapie familiale s'est surtout centrée sur la schizophrénie, les troubles du comportement alimentaire, les abus de substances et les troubles de l'humeur chez l'adulte. Chez l'enfant, ce sont les troubles du comportement comme l'hyperactivité (ADHD), les troubles des conduites (ODD), et l'autisme qui ont été particulièrement étudiés. Les troubles anxieux chez l'adulte n'ont pas fait l'objet d'évaluation en thérapie familiale. Quelques études évaluent l'impact des thérapies de couple associées à la sexo-thérapie sur les dysfonctions sexuelles, avec des résultats à court terme.

Une approche nouvelle et intéressante est l'évaluation de la place des familles dans l'évolution et le traitement des maladies physiques: par exemple, les études utilisant les approches psycho-éducatives avec des familles dont un membre est dément ont montré des résultats intéressants pour la prise en charge de ce type de patient.

Le texte repris en annexes dans le point 6.3. rejoint les conclusions de l'expertise collective réalisée par l'INSERM en 2004 (Psychothérapie - Trois approches évaluées, p. 513). Dans ce rapport, les auteurs, étudiant les effets des thérapies familiales en fonction des troubles psychopathologiques, montrent que les thérapies familiales présentent un intérêt significatif pour les schizophrénies (4 méta-analyses, 6 études contrôlées), l'anorexie (5 études contrôlées, une revue systématique), les troubles de l'humeur (5 études contrôlées), l'alcoolodépendance (2 méta-analyse, 2 revues systématiques), l'autisme infantile (7 études contrôlées), l'hyperactivité (3

études contrôlées, 2 études prospectives contrôlées), les troubles des conduites (8 études contrôlées) et les troubles anxieux chez l'enfant (1 étude contrôlée).

L'approche systémique en thérapie familiale, largement dominante dans le champ clinique, donne des résultats significatifs, surtout pour l'anorexie, le trouble bipolaire et la dépression majeure. Par ailleurs, le domaine des thérapies familiales s'ouvre à de nombreux outils qui en améliorent l'impact. C'est ainsi qu'une grande partie des recherches, décrites dans l'annexe, a été réalisée par des auteurs utilisant aussi bien l'approche psycho-éducative que cognitivo-comportementale.

3.4.4 Références

DIAMOND GS and DIAMOND GM. Studying a matrix of change mechanisms : an agenda for family-based process research. In Liddle et al. (Eds) Family psychology : science-based interventions. Pp 41-66. Washington DC, American Psychological Association, 2001

ELKAIM M. (ed) Panorama des thérapies familiales. Le Seuil, Paris, 1995

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, Le GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A five-year follow up. Arch Gen Psychiatry, 54 : 1025-1030, 1997

FALS-STEWART W and BIRCHLER GR. Marital interactions of drug-abusing patients and their partners : Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behaviour. Psychology of Addictive Behaviour, 12(1), 28-38, 1998

INSERM "Psychothérapie. Trois approches évaluées"
Les éditions Inserm, Paris, 2004.

McFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A. Family psychoeducation and schizophrenia : a review of the literature. J Marital Family Therapy, 29 (2) : 223-245, 2003

SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G, PRATA G. Paradoxe et contre-paradoxe. ESF, Paris, 1978

SHADISH WR, BALDWIN SA.
Meta-analysis of marital and family therapy interventions.
Journal of Marital and Family therapy. Vol 29, n° 4, octobre 2003

WATZLAWICK P. L'invention de la réalité. Le seuil, paris, 1988

WATZLAWICK P, BEAVIN J, JACKSON D. Une logique de la communication. Le Seuil, Paris, 1972

WILLIAMS RJ, CHANG SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. Clinical Psychology: Science and practice. 7, 138-166, 2000

3.5 Psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur le client

3.5.1 Définition

L'appellation "psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur le client" désigne l'ensemble des approches qui ont vu le jour dans le cadre de la psychologie humaniste (appelée 'third force' dans la psychologie). Il s'agit essentiellement de: la psychothérapie centrée sur le client/la personne, la gestalt-thérapie, la psychothérapie existentielle, différentes formes de psychothérapie expérientielle, la psychothérapie interpersonnelle et les méthodes d'action centrées sur l'expérience (essentiellement le psychodrame).

Malgré l'existence de certaines différences, ces sous-approches présentent plusieurs caractéristiques communes qui sont propres à la 'famille expérientielle-humaniste': elles sont axées sur le fonctionnement plus général de la personne (par opposition aux approches axées sur les symptômes) ainsi que sur ses possibilités de croissance positive; elles sont également axées sur le monde expérientiel subjectif du client comme point de vue central; elles mettent l'accent sur le rôle crucial de la qualité de la relation thérapeutique dans le processus de changement thérapeutique; elles se caractérisent par une empathie continue comme méthode phénoménologique constamment en avant-plan, une forte présence personnelle dans la rencontre thérapeutique, une alliance thérapeutique à forte connotation égalitaire et une image de l'homme dans laquelle il y a place pour 'une marge de liberté', pour la réalisation personnelle et dans laquelle le désir de contact et de solidarité est considéré comme un besoin essentiel.

3.5.2 Evolution

Carl Rogers peut être considéré comme étant le représentant le plus important de ce paradigme. Ce dernier a élaboré une méthode thérapeutique selon laquelle le thérapeute entre empathiquement et continuellement dans le monde expérientiel du client et aide celui-ci à approfondir son processus d'auto-exploration, principalement au moyen de réflexions de sentiments. Dans ce contexte, les positions relationnelles de base que constituent l'empathie, l'acceptation et l'authenticité du thérapeute jouent un rôle capital. Dans un tel climat interpersonnel de sécurité, le client ose s'aventurer dans un processus d'auto-confrontation et de restructuration de son image de soi. Les deux œuvres les plus importantes dans lesquelles Rogers a exposé sa vision de la psychothérapie sont *Client-centered therapy* (1951) et *On becoming a person* (1961).

Comment cette orientation thérapeutique s'est-elle développée au fil des années ? Dans ce qui suit, une série de points seront évoqués dans les grandes lignes. Sous l'influence d'Eugene Gendlin – et en partie suite au travail effectué par Rogers et ses collaborateurs avec des clients psychotiques – la thérapie centrée sur le client a évolué d'une thérapie 'non-directive' vers une thérapie 'expérientielle'. 'Ce qui n'était pas permis' fut relégué au second plan et le but de la thérapie fut formulé en termes positifs. Ainsi, le thérapeute cherche à optimiser la façon dont le client affronte son expérience et pour ce faire, il fait usage d'un large éventail d'interventions. Parmi celles-ci figurent également des interventions appartenant au propre cadre de référence, comme donner des directives de processus, ou proposer une procédure particulière, poser des questions exploratoires, donner des feed-back, communiquer

ses propres sentiments au cours du présent contact et donner des informations psycho-éducatives.

En outre, Rogers a essentiellement décrit la relation thérapeutique comme constituant un *contexte* de sécurité dans lequel peut alors avoir lieu un processus d'exploration axé sur l'expérience. L'accent mis sur l'authenticité et sur la transparence accrue du thérapeute ainsi que l'influence de la vision interpersonnelle de la psychothérapie de Irvin Yalom firent en sorte que la relation thérapeutique fut placée de façon plus explicite à l'avant plan comme *moyen* de changement. Ceci signifie que la relation thérapeutique est perçue comme une arène ouverte dans laquelle le style interactionnel du client est explicitement exploré et étudié en profondeur.

L'évolution la plus significative est probablement celle qui va dans le sens d'une plus grande différenciation des problèmes et des processus. Généraliste et de tendance anti-diagnostique, Rogers considérait le diagnostic (de son temps) trop catégorisant et trop peu axé sur la thérapie. Sur ce point la nouvelle génération de thérapeutes centrés sur le client a choisi un autre chemin, faisant preuve d'une plus grande ouverture envers le diagnostic préliminaire et mettant davantage l'accent sur un diagnostic des processus différencié et les modèles de traitement centrés sur les problèmes. C'est surtout cette évolution qui, ces vingt dernières années, a profondément modifié l'image de la psychothérapie expérientielle et centrée sur le client (comme est actuellement appelé le paradigme élargi), celle-ci ayant évolué d'une vision généraliste vers une vision différentielle du processus psychothérapeutique.

Les évolutions décrites ci-dessus se sont également accomplies dans le contexte d'un échange constructif entre une série d'approches analogues dans le domaine humaniste. Deux d'entre elles peuvent être considérées comme « issues de la même souche », ayant été élaborées par des disciples de Rogers: la *focusing-oriented therapy* de Eugene Gendlin dans laquelle est mise au point une procédure permettant au déroulement du processus d'auto-exploration du client d'être davantage centré sur l'expérience, et la *emotion-focused therapy* de Leslie Greenberg (avec une influence importante de la *gesalt*-thérapie), qui redéfinit le processus thérapeutique en termes de restructuration des schémas émotionnels et qui, dans cette perspective, a élaboré un diagnostic de processus et une méthode de traitement différentielle. En outre, il y a la psychothérapie interpersonnelle et existentielle, dont le représentant principal est Irvin Yalom. Dans l'approche interpersonnelle, l'accent est mis sur la relation « ici et maintenant » où le thérapeute figure comme instrument à l'origine d'expériences interpersonnelles correctrices. Dans la thérapie existentielle, l'attention est surtout portée sur les sources d'anxiété qui sont à l'origine des réactions défensives et de la symptomatologie psychopathologique qui en découle. Les thérapeutes existentiels estiment que, contrairement à ce qu'a déclaré Freud, beaucoup d'anxiété et de processus d'évitement ne résultent pas d'un conflit entre le Ça et le Surmoi, mais bien de la confrontation avec un certain nombre d'aspects de la condition humaine: la mort et le dépérissement, la liberté et la responsabilité, l'isolement intrinsèque de l'homme et sa mission de donner un sens à sa vie.

3.5.3 Evaluation

Que nous apprend la recherche empirique sur la psychothérapie expérientielle et centrée sur le client? Les deux aperçus (voir 3.5.4.) nous offrent des informations en abondance à ce sujet. En ce qui concerne les recherches sur les effets, des méta-analyses effectuées sur une centaine d'études montrent que la taille d'effet moyenne se situe au même niveau que dans d'autres orientations. Cependant, une part importante de ces recherches a été effectuée sur un mélange de problématiques diverses, ce qui actuellement ne répond plus à un des critères de l'essai clinique randomisé, c'est-à-dire celui qui stipule que la problématique doit être spécifiée. Toutefois, dans un nombre croissant d'études qui satisfont à ce critère – par exemple les études sur la dépression et sur le syndrome de stress post-traumatique – les résultats s'avèrent clairement positifs.

En fait, dans cette approche thérapeutique, l'intérêt a surtout été porté sur la recherche sur les processus: ce qui a suscité l'intérêt, ce n'est pas la question de l'efficacité en soi, mais bien celle de comment cette efficacité peut être obtenue. Pour cette raison, la quantité d'études sur les processus réalisée au cours des soixante dernières années est énorme. Les conclusions de ces recherches sur les processus signifient un appui empirique important pour le paradigme expérientiel et centré sur le client au même titre que les recherches sur les effets. C'est ainsi que fut démontrée l'importance capitale pour la contribution du thérapeute de l'empathie et des aspects de congruence de l'alliance de travail (dans laquelle les positions rogériennes de base occupent une position centrale). Concernant le processus du client, les recherches concernant l'auto-exploration centrée sur l'expérience (par opposition à l'exploration purement conceptuelle), le réveil émotionnel et les niveaux de traitement d'informations cognitives et émotionnelles sont particulièrement captivantes et convaincantes. En outre, on y dénombre une quantité croissante d'études de processus dans lesquelles sont étudiées en profondeur certaines tâches de processus et qui nous apprennent les signaux de processus annonciateurs d'une tâche de processus donnée, les étapes de changement concrètes que le client doit parcourir pour accomplir cette tâche avec succès, et les interventions du thérapeute susceptibles de faciliter ce processus. Quelques exemples issus des recherches récentes sont: l'allègement d'une attitude rigide et critique envers soi-même, la prise de conscience concernant une réaction initialement incompréhensible pour soi-même, le rétablissement d'une rupture dans l'alliance de travail. Dans l'ensemble, on peut donc conclure que la psychothérapie expérientielle et centrée sur le client dispose d'un ensemble de données empiriques qui soutiennent en très grande partie son efficacité et son utilité clinique, et ce, pour un large éventail de problématiques, certaines lourdement handicapantes, d'autres, plus légères.

3.5.4 Références

Manuels sur la théorie et sur la pratique :

ELLIOTT, R., WATSON, J.C., GOLDMAN, R.N., & GREENBERG, L.S. (2004). Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change. Washington, DC: APA

GREENBERG, L.S., WATSON, J.C, & LIETAER, G. (Eds).(1998). Handbook of experiential psychotherapy. New York: Guilford

KEIL, W., & STUMM, G. (Eds).(2001). Die vielen Gesichter der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie.Wien: Springer

SWILDENS, J.C.A.G., DE HAAS, O., LIETAER, G., & VAN BALEN, R. (Eds).(1991). Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering. Utrecht: de Tijdstroom.

Aperçu des recherches :

CAIN, D., & SEEMAN, J. (Eds.). (2002). Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice. Washington, D.C.: APA.

ELLIOTT, R, GREENBERG, L.S, & LIETAER, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 493-539). New York: Wiley.

4. Recommandations en matière de santé publique

De ce qui précède, il transparaît que la psychothérapie est un traitement efficace dans les soins de santé et qu'elle est bien étayée d'un point de vue scientifique. Globalement, les personnes y ayant eu recours en sont satisfaits. Au niveau international, la psychothérapie jouit d'une reconnaissance croissante dans la société qui, dans de plus en plus de pays, est consolidée par une réglementation légale spécifique. Une telle réglementation légale est nécessaire afin de pouvoir garantir une pratique de qualité de la psychothérapie. La réglementation légale doit non seulement avoir trait à la protection du titre de psychothérapeute, mais doit également stipuler un certain nombre de conditions d'accès à cette profession des soins de santé.

C'est pourquoi il est recommandé qu'également en Belgique, la profession de psychothérapeute soit intégrée dans le cadre légal de l'A.R. 78 concernant les professions de soins de santé, plus particulièrement sous forme de spécialisation d'un certain nombre de professions de base auxquelles a été ajoutée une formation spécifique. Afin de garantir une clarté maximale, le praticien devrait mentionner sa profession de base (médecin, psychiatre, psychologue, assistant social, infirmière...) avant son titre de psychothérapeute. En outre, les conditions minimales de formation, les principes de base d'un comportement professionnel et les directives à suivre en vue de la meilleure pratique possible sont spécifiés ci-dessous dans le but d'obtenir ainsi une garantie de qualité.

4.1 Formation

La psychothérapie – qui constitue un traitement dans le secteur des soins de santé - est une spécialisation d'un certain nombre de professions du secteur en question. La formation dans ces professions doit être complétée d'un certain nombre de disciplines afin d'acquérir une base théorique et une pratique minimale avant d'entamer la formation de psychothérapeute proprement dite.

Vu l'importance des bases scientifiques et de la complexité de l'évaluation de la pratique psychothérapeutique, cette formation de base doit être au minimum de niveau maîtrise. La nature du travail de psychothérapeute présuppose en outre une formation et une éducation permanentes, même une fois la spécialisation et l'accréditation obtenues.

4.1.1 Formation de base (pré-requis)

Les professionnels de la santé candidats à une formation spécifique en psychothérapie auront suivi avec fruit les enseignements de niveau maîtrise énumérés ci-dessous. Dans le cas contraire, ils auront à suivre les compléments de formation suivants:

- anthropologie,
- psychologie du développement,
- psychologie psychodynamique,
- processus d'apprentissage,

- neurosciences,
- pathologie générale,
- introduction à la psychopharmacologie,
- psychopathologie et psychiatrie,
- psychodiagnostic général,
- psychodiagnostic clinique,
- consultation psychologique,
- introduction aux méthodes psychothérapeutiques,
- déontologie et éthique professionnelle.

Ils effectueront aussi un stage d'au moins 6 mois à temps plein dans le secteur des soins de santé mentale.

4.1.2 Formation spécifique

La formation de psychothérapeute proprement dite comprend les éléments suivants:

- Une formation théorique et technique poussée dans un des cadres de référence cités ci-après, et ce compris un processus personnel didactique et de supervision, fondé sur une pratique psychothérapeutique substantielle;
- Un travail de fin d'études approuvé permettant au candidat de prouver sa compétence dans le cadre de référence choisi.

La formation thérapeutique garantit le dialogue avec d'autres orientations psychothérapeutiques et stimule la recherche scientifique et l'inter-vision clinique. Idéalement, les candidats auront suivi une formation intégrée aux diverses psychothérapies.

Les principaux cadres de référence ou orientations psychothérapeutiques sont basés sur les théories fondées sur des données empiriques.

- Psychothérapie à orientation psychanalytique et psychodynamique;
- Psychothérapie à orientation comportementale et cognitive;
- Psychothérapie à orientation systémique et familiale ;
- Psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur le client.

D'autres cadres de référence psychothérapeutiques basés sur des données scientifiquement étayées peuvent être envisagés.

La formation précitée de psychothérapeute doit être étalée d'une manière régulière sur trois ans au moins et doit comprendre au minimum 500 heures de contact (50 ECTS)³ – c'est-à-dire d'heures de formation directement dirigées par le formateur et l'équipe de formation.

Le programme de formation de psychothérapeute⁴ se compose d'un processus d'apprentissage intense, cohérent et intégré dans les cadres de référence ou orientations psychothérapeutiques cités ci-dessus, qui se termine par un certificat ou un diplôme. Le candidat psychothérapeute réalise son programme au sein d'une

³ ECTS: European credit transfer system. 1 ECTS correspond à une charge de travail de 30 heures pour l'étudiant. Ceci comprend aussi bien les heures de contact (environ 10 heures) que d'autres activités ayant trait aux études, telles que la préparation, la rédaction de rapports, les recherches effectuées, les examens présentés (environ 20 heures), etc.

⁴ Dans les grandes lignes, ces critères de formation correspondent aux critères de formation d'organisations européennes telles que l'EFPA (European Association of Psychologists Associations, cfr. www.efpa.com)

instance de formation unique et doit répondre à toutes les exigences quant à la pratique.

Recommandation générale :

Le psychothérapeute en formation doit travailler au moins 1200 heures dans les soins de santé mentale sur une période de 3 ans (ce qui représente habituellement 10h/semaine). La pratique psychothérapeutique du candidat psychothérapeute doit porter sur quatre systèmes-patients/clients (c.-à-d. séances avec un individu isolé ou un système social comme un couple, une famille, un groupe...) au minimum par semaine.

4.1.3 Formation continuée

La formation continuée comprend non seulement l'élargissement et l'approfondissement des connaissances théoriques, mais également la mise à l'épreuve régulière, entre confrères, de sa propre pratique thérapeutique et un travail de formation personnelle. Un psychothérapeute en exercice reste au courant de la littérature scientifique récente (au moyen de revues, de séminaires, de congrès scientifiques,...), participe à des inter-visions ou supervisions interdisciplinaires et transdisciplinaires de sa propre pratique psychothérapeutique. Il est souhaitable de prévoir des moyens positifs dans la réglementation visant à stimuler les psychothérapeutes à entreprendre une telle formation continuée, étant donné que celle-ci contribue à améliorer la qualité du travail psychothérapeutique presté.

4.2 Principes de base d'un comportement professionnel

Le professionnalisme du psychothérapeute est basé sur quatre principes éthiques: l'intégrité, le respect, la compétence et la responsabilité ((NIP, 1998; Leyssen, 2005; Vandereycken & van Deth, 2003).

4.2.1 Intégrité

Un psychothérapeute doit faire preuve de (a) fiabilité, (b) honnêteté, et (c) intégrité. Ceci implique qu'il: (a) n'entamera ou poursuivra une relation professionnelle que lorsque celle-ci est justifiée d'un point de vue professionnel et éthique, indépendamment d'influences externes quelconques; (b) n'abusera pas de sa compétence, ne créera pas d'attentes irréalistes de sa compétence et mettra dès que possible son client au clair des conditions financières ou autres sous lesquelles il entamera ou poursuivra la thérapie; (c) évitera toute confusion des rôles en n'entamant aucune relation thérapeutique qui ne se laisse pas concilier avec une relation thérapeutique existante et en évitant toute confusion des rôles professionnels et non-professionnels (le thérapeute ne peut abuser de la relation de dépendance créée par la relation psychothérapeutique pour satisfaire quelque intérêt personnel que ce soit : scientifique, financier, affectif, sexuel,...).

4.2.2 Respect

Le thérapeute doit respecter les droits fondamentaux et la dignité de son client. Ceci comprend :

- (a) le respect de la personne: le respect de l'intégrité physique et psychique du client; la discrimination pour des raisons individuelles, sociales ou culturelles est proscrite.
- (b) le respect de l'autonomie: le client a le droit d'entamer ou non la relation thérapeutique et de l'interrompre à tout moment.
- (c) le respect du droit à l'information et au consentement: le client doit être informé avant et pendant la relation thérapeutique au point d'être capable de donner librement son accord pour entamer ou poursuivre celle-ci; le client doit être tenu au courant des informations transmises à des mandants externes; les informations données au client doivent comprendre au minimum le but, la structure de la relation thérapeutique et la méthode de travail et compte-rendu prévus.
- (d) le respect de la confidentialité de la relation thérapeutique: obligation de tenir secrète la relation thérapeutique, excepté en ce qui concerne le compte-rendu à un mandant ou une personne externe ayant déferé le client. Lorsque la confidentialité doit être violée dans l'intérêt du client, celui-ci doit en être informé et ces révélations doivent être limitées au strict nécessaire.
- (e) le droit à l'information et à la confidentialité lors de la constitution d'un dossier, de transmission de données à des tiers et de compte-rendu: le dossier ne doit contenir que les données nécessaires, est conservé de façon confidentielle, n'est pas accessible à des tiers, peut être consulté par le client et doit être détruit sur demande explicite et écrite de celui-ci; en principe, ce n'est que dans l'intérêt (et après accord) du client que le psychothérapeute fournit des données sur celui-ci à des tiers; le client doit avoir l'occasion de consulter le compte-rendu écrit qui le concerne; en cas de compte-rendu oral, le contenu de celui-ci doit avoir fait l'objet d'un entretien préalable avec le client; le client a le droit de refuser ou de modifier un compte-rendu à des personnes externes, sauf s'il existe une obligation légale d'effectuer un compte-rendu; les comptes-rendu et les déclarations ne doivent contenir que des données nécessaires et sont strictement confidentiels.

4.2.3 Compétence

Le psychothérapeute doit se comporter de façon conforme au code déontologique et aux dispositions légales en vigueur dans son domaine. En outre, il y a lieu d'entretenir la compétence professionnelle au moyen de la consultation régulière de la littérature pertinente et de la participation aux activités de formation continuée. Le thérapeute reconnaît ses limites personnelles et professionnelles, fait appel à des avis et assistance complémentaires lorsque ceci s'avère nécessaire. Le cas échéant, il adresse le patient à un autre professionnel. Il n'accepte aucun client qui lui a été adressé lorsqu'il ne dispose pas des compétences ou des qualifications nécessaires.

4.2.4 Responsabilité

Enfin, le psychothérapeute a également une responsabilité professionnelle qui implique une recherche de qualité dans ses activités professionnelles et une capacité

de justifier sa façon de procéder auprès des clients, des confrères ou des instances professionnelles ad hoc. En outre, elle implique que le psychothérapeute limite dans la mesure du possible les expériences et conséquences négatives ainsi que les dommages qui découlent du traitement et auxquels est exposé son client; qu'il garantit la continuité de la relation professionnelle, si nécessaire en faisant appel à d'autres experts et qu'il s'assure de la qualité professionnelle et éthique des autres thérapeutes avec lesquels il collabore.

4.3 Directives pour l'exercice des bonnes pratiques

4.3.1 Nécessité d'un travail méthodique

La psychothérapie, en tant que traitement des soins de santé, est exercée de façon méthodique. Dans la médecine somatique, on fait usage du modèle bio-médical dans lequel on distingue trois grandes étapes: le diagnostic, l'explication et le traitement. Dans les soins de santé mentale, et donc également dans la psychothérapie, on se base sur un modèle bio-psycho-social plus largement conçu et on se sert de trois étapes: l'exploration du problème, l'analyse du problème et la résolution du problème (Vandereycken en van Deth, 2003).

Le but de l'exploration du problème est de clarifier le trouble ou la demande d'aide afin d'aboutir à un plan thérapeutique provisoire et à un bon constat d'indication. Dans certains cas il est nécessaire de mettre un terme à l'assistance. Dans d'autres, il est nécessaire de diriger le client vers des examens supplémentaires ou vers une thérapie spécifique. Lors de l'analyse du problème, les informations perçues sont systématiquement développées et complétées. Une concertation transdisciplinaire est particulièrement indiquée dans des situations complexes. Différentes hypothèses quant à l'origine, la signification ou la fonction des troubles sont examinées. Une interprétation bio-psycho-sociale méticuleuse et approfondie est absolument indispensable: elle constitue le fil conducteur lors du choix et de la mise en œuvre du traitement approprié au problème.

Les étapes du processus thérapeutique indiquées se déroulent de façon circulaire: l'analyse du problème est répétée tout au long du traitement et n'est terminée que lorsque le problème a été solutionné. Le psychothérapeute doit fréquemment évaluer l'évolution du traitement afin de le modifier ou, si nécessaire, de diriger le patient vers un autre spécialiste.

4.3.2 La recherche scientifique et le travail sur le terrain

Au cours des dernières décennies, la psychothérapie a acquis une place dans les soins de santé. Elle ambitionne de constituer une réponse aux problèmes psychiques croissants dans notre société au même titre que d'autres interventions. Afin de concrétiser cette ambition, elle doit se justifier à l'aide d'arguments scientifiques, et ce, de façon toujours plus explicite (Franx, Eland & Verburg, 2002). C'est pourquoi la psychothérapie doit, elle aussi, réussir l'épreuve économique que constituent les coûts et bénéfices. Il faut, comme ailleurs, tenir compte régulièrement de l'évolution des bonnes pratiques à travers des protocoles de traitement, des normes, des directives et des recommandations. Cependant, il s'agit d'un consensus général d'experts (Vandereycken en van Deth, 2003) qui, dans des cas particuliers,

ne mène pas toujours aux meilleurs résultats. Une bonne pratique nécessite que ces propositions basées sur l'évidence scientifique (« evidence based ») soient complétées par l'expérience pratique (« practice based ») et qu'elles correspondent aux valeurs (« value based ») tant du psychothérapeute que du patient. On ne négligera pas non plus les aspects économiques qui régulent l'accès aux psychothérapies, afin que tout citoyen puisse en bénéficier.

5. Références

- BORYS, D. (1994). Maintaining therapeutic boundaries. *Ethics-and-Behavior*, 4 (3): 267-273
- BRUFFAERTS, R., BONNEWYN, A., VAN OYEN, H., DEMAREST, S. & DEMYTTENAERE, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 60,2,75 -85.
- BRUFFAERTS, R., BONNEWYN, A., VAN OYEN, H., DEMAREST, S. & DEMYTTENAERE, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. *Tijdschrift voor Geneeskunde*. 60, 11, 790 -799.
- CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- ELLIOTT, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 115-125.
- DIJKHOFFZ, W. (2005). *Jaarverslag 2004*. Nederlandstalig ombudspersoon. Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt. FOD Volksgezondheid. Brussel.
- FRANX, G, ELAND, A. & VERBURG, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 57, 1036-1050.
- FOISSY, M.L., FROM, L., & SZAFRAN, W. (2002). Belgium. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- FULFORD, K. (2004). Ten principles of values-based medicine. In J. Radden (Ed.), *Companion to the philosophy of psychiatry*. New York: Oxford University Press
- GABBARD, G. (1995). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. In J. Gonsiorek (Ed.) *Breach of Trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy*. pp 133-144, Thousand Oaks, Calif. Sage
- JEHU, D. (1994). *Patients as victims. Sexual abuse in psychotherapy and counseling*. Wiley and Sons: Chicester.
- KUPERS, P. & STARQUIT, G. (2003). Psychotherapieën op de divan: de ervaring van 14.000 patiënten. *Test Gezondheid*, 54, 19-23.
- Lamb, D. & Catanzaro, S. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research & Practice*, v. 29, pp. 498-503.
- LAMBERT, M.J. (ED.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change. Fifth Edition*. New York, Wiley & Sons.
- LAMBERT, M.J., & OGLES, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley
- LEIJSSSEN, M. (2005). *Gids beroepsethiek. Waarden, rechten en plichten in de psychotherapeutische hulpverlening*. Leuven, Acco.
- LUBORSKY, L. DIGUER, L. et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- LUBORSKY, L., ROSENTHAL, R., DIGUER, L., ANDRUSYNA, T. P., LEVINE, J. T., SELIGMAN, D. A., BERMAN, J. S., & KRAUSE, E. D. (2001). The Dodo Bird Verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8.
- LUNDT, I. (2001). Laws and regulations of psychotherapists in European countries. Brussels, EFFPA standing committee on legal matters.

- NEDERLANDT, P. (2004). *Rapport commissie ethiek en deontologie*. Algemene Vergadering van de Belgische Federatie van psychologen. www.bfp-fbp.be
- NIP (1998). De Beroepscode voor Psychologen. Nederlands Instituut van Psychologen: Amsterdam.
- NORCROSS, J. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D.E., RONNESTAD, M.H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307-389). New York: Wiley
- PARSON, J., & WINCZE, J. (1995). A survey of clienttherapist sexual involvement in Rhode Island as reported by subsequent treating therapists. *Professional-Psychology: Research-and-Practice*, 26 (2): 171-175
- POPE, K., SONNE, J. & HOLROYD, J. (1996). De seksuele gevoelens van de psychotherapeut. Hanteren in plaats van ontkennen. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- PULVERICH, A. (1997). Inventory of regulations in the field of psychology in European countries. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- PRITZ, A. (2002). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- RIEDEL-HELLER, S.G., MATSCHINGER, H. & ANGERMEYER, M.C. (2005). Mental disorders—who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 2, 167-174.
- SPECIAL TASK FORCE ON THE SEXUAL ABUSE OF PATIENTS (2001). *Executive Summary of the Final Report*. Ministry of Health and Health Professions. Regulatory Advisory Council: Toronto, Canada.
- TASK FORCE OF THE COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF BRITISH COLUMBIA (1992). *Crossing the boundaries*.
- TRIJSBURG, W. (1991). Beeldvorming rond psychotherapeuten die seksueel contact hebben gehad met hun patiënten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*. 17, 1, 31-45.
- VANDEREYCKEN, W. & VAN DETH, R. (2003). *Psychotherapie: van theorie tot praktijk*. Houten/Antwerpen. Bohn Stafleu Van Loghum.
- VAN BROECK, N. (2000). Experiencia y vision en la educacion, reglamentation y certiciacion del ejercicio profesionales ciencias de la salud en Belgica. In: L.C. CUEVAS ALVAREZ & P. BRITO (Eds.). *Presente y futuro en la formacion, practica y regulacion del ejercicio profesional en ciencias de la salud*. Mexico: O.D.R. Organisation Panamerican de la Salud / Organisation Mondial de la Salud.
- VAN BROECK, N., & LIETAER, G. (submitted for publication). Legal regulations of psychotherapy in Europe.
- VAN DEURZEN, E. (2001). Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *Journal of Psychotherapy*, pp. 357-371.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.
- WESTEN, D, NOVOTNY, C.M., & THOMPSON-BRENNER, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- WHO (2001). *Mental Health: New understanding, new hope*. World Health Report. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003). *The mental health context*. Geneva, World Health Organazation.

WHO (2005). *Mental health declaration for Europe: Facing the challenge, building solutions*. Geneva, World Health Organization.

WIENS, A. (1998). Professional issues. In: Bellack & Hersen (Eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon press.

6. Annexes: Documents de base des quatre orientations psychothérapeutiques

6.1. Psychothérapie à orientation psychanalytique et psychodynamique

6.1.1. Fondements théoriques, méthodologiques et éthiques de l'approche psychanalytique.

Dans un article initialement publié en '99 dans l'*American Journal of Psychiatry*, et dont le retentissement fut extrêmement important sur le plan international, E.R. Kandel (1999, 2002), Prix Nobel de Médecine, souligne combien « la psychanalyse a révolutionné notre compréhension de la vie mentale » en proposant « un remarquable ensemble de nouvelles perspectives à propos des processus mentaux inconscients, du déterminisme psychique, de la sexualité infantile, et, peut-être le plus important de tout, à propos de l'irrationalité de la motivation humaine ». Et Kandel de préciser qu'à l'aube de ce XXI^e siècle, « la psychanalyse représente encore la vision de l'esprit la plus cohérente et la plus satisfaisante intellectuellement ».

Cependant, toujours selon Kandel, il serait aujourd'hui nécessaire pour la psychanalyse de s'engager « dans le développement d'une relation plus étroite avec la biologie en général et les neurosciences en particulier » : « Mon argument clé, indique-t-il, est que la biologie du siècle prochain est, en fait, dans une bonne position pour répondre à quelques-unes des questions qui concernent la mémoire et le désir, et que ces réponses seront toutes d'autant plus riches et plus significatives qu'elles auront été forgées par un effort synergique de la biologie et de la psychanalyse. En retour, les réponses à ces questions, et l'important effort pour les situer en conjonction avec la biologie, apporteront des fondements plus scientifiques à la psychanalyse. » (Kandel 1999, 2002). Cette relation plus étroite avec la biologie permettrait, d'une part, sur le plan conceptuel, d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche et, d'autre part, sur le plan expérimental, de tester certaines hypothèses sur le fonctionnement du psychisme.

Sur le plan méthodologique, les critiques extrêmement incisives adressées par Kandel à la psychanalyse – dont il souligne à juste titre que l'outil de recherche privilégié a toujours été l'étude de cas dans le cadre de l'écoute du patient – touchent aux limites et à la spécificité même de cette approche. En effet, si un dialogue plus étroit avec les neurosciences est souhaitable et certainement même nécessaire pour le développement de ces deux approches (comme l'est tout autant le débat avec la sociologie, l'anthropologie, la linguistique, la philosophie et plus généralement l'ensemble des disciplines qui tentent d'approcher sous un angle à chaque fois spécifique les différentes facettes de la réalité humaine), l'adoption d'un cadre de recherche de type expérimental sur le modèle de la biologie et des sciences médicales, apparaît par contre tout à fait antinomique avec l'approche psychanalytique elle-même. Comme le souligne M. Endelson (cité d'ailleurs par Kandel) : « La science de l'esprit et la science du corps utilisent des langages différents, des concepts différents (avec différents niveaux d'abstraction et de complexité), et des types d'outils et de techniques différents. Une étude simultanée et parallèle psychologique et physiologique d'un patient dans un état d'anxiété intense produira par nécessité deux types séparés et distincts de données

descriptives, de mesures et de formulation. Il n'y a aucune façon d'unifier les deux par une traduction dans un langage commun, ou par référence à un cadre conceptuel partagé, il n'y a pas d'avantage encore de transition qui puisse servir comme des modèles intermédiaires, isomorphes avec les deux domaines. » (Edelson, 1984). En d'autres termes, le dialogue et les échanges entre des approches de niveaux différents (médical et biologique, d'une part, intrapsychique et intersubjectif, d'autre part), tout aussi importants qu'ils soient, ne peuvent se faire au prix d'une annulation des spécificités, des limites et des méthodes propres à chacune de ces approches. Il en résulte des exigences fortes sur le plan scientifique, notamment que les outils de recherche soient adaptés à leur objet et construits dans un souci de cohérence avec le cadre théorique de référence. Cet impératif méthodologique vaut bien sûr également pour les études qui tentent d'évaluer l'efficacité des pratiques psychothérapeutiques.

Or, ce qui marque la spécificité de la psychanalyse, qu'il s'agisse de la cure psychanalytique proprement dite ou des psychothérapies d'orientation psychanalytique (désignées notamment par les termes de psychothérapies psychodynamiques, psychothérapies psychanalytiques, psychanalyse appliquée à la thérapeutique ou à la pratique en institution), c'est qu'elle relève d'une pratique de parole centrée sur la singularité du sujet. La psychanalyse et les psychothérapies d'orientation psychanalytique partagent en effet le souci éthique et méthodologique de soutenir une pratique du cas par cas qui se construit à partir de la rencontre avec le sujet : la dimension relationnelle, et donc essentiellement subjective, se situe au cœur même du processus thérapeutique (Zaltzman, 1998 ; De Neuter, 1994, 2004 ; Maleval, 2004). Il s'agit de partir de la demande du sujet et de l'accompagner dans l'élaboration de ses propres solutions, en tenant compte de la place et des fonctions qu'occupe le symptôme dans son économie psychique et relationnelle.

L'approche psychanalytique ne vise donc pas de façon unilatérale et exclusive la disparition des symptômes – ce que Freud appelait « la guérison à courte vue ». Ce dont elle s'occupe au premier plan, c'est de la souffrance psychique du sujet. Cette approche trouve toute sa pertinence dans le contexte social actuel où cette souffrance est bien souvent liée à la fragilisation, propre à notre modernité, des repères et des points d'appuis que les structures familiales et sociales sont censées offrir à chaque individu pour lui permettre de se construire comme sujet et de s'appropriier son existence dans les choix qui marqueront les différentes étapes de sa vie (Lebrun, 1997). C'est pour mieux répondre à ces nouvelles formes de la clinique que les psychanalystes ont été amenés à aménager et à diversifier le cadre de leur pratique, en s'engageant notamment dans le développement de différentes formes de psychothérapies psychanalytiques adaptées aux particularités des personnes qui consultent (Bertrand, 2004).

Ces pratiques exigent la plupart du temps une collaboration étroite avec d'autres intervenants du champ médical, mais bien souvent aussi du champ social et judiciaire. Elles ont fait l'objet de nombreuses recherches et publications scientifiques dans de nombreuses revues internationales portant sur la question de leur pertinence, de leur efficacité et de leurs limites.

Certaines de ces recherches ont tenté de s'inscrire, non sans difficulté, dans le cadre de paradigmes sinon expérimental du moins empirique et quantitatif. Il faut toutefois souligner qu'une approche quantitative non réductrice du « mieux être » et

du « plus de plaisir de vivre » (qui laisserait toute sa place à la dimension subjective, à la dynamique relationnelle, aux processus de changement et au contexte dans lequel se déploient les interventions) est pour le moins difficile à réaliser (5). On comprendra dès lors que la majorité de ces recherches s'inscrivent dans la perspective clinique du cas par cas propre à la méthode psychanalytique : l'évaluation doit en effet permettre de rendre compte, dans toute sa complexité, des processus psychiques par lesquels se dénoue, dans la relation thérapeutique, la souffrance qui s'était nouée avec l'histoire du sujet.

Nonobstant ces difficultés, un grand nombre de recherches quantitatives et qualitatives ont rendu possible l'importante évolution de la psychanalyse durant le siècle dernier.

6.1.2. Etat des recherches quantitatives sur l'efficacité des psychothérapies d'orientation psychanalytique

Une série de recherches ont tenté d'évaluer l'efficacité du traitement psychanalytique en s'appuyant sur les observations des thérapeutes, les enregistrements des entretiens (réévalués par des thérapeutes extérieurs), les observations des superviseurs et des proches des patients et, progressivement, l'utilisation des outils statistiques et l'élaboration d'instruments de mesure standardisés (tests et questionnaires). Pour la plupart, ces recherches ont été menées sur plusieurs années avec des échantillons comprenant plusieurs dizaines voire plusieurs centaines de cas.

Les premières études démarrent en 1917 (Rappart, 1996 ; Sauvagnat, 1997). Parmi les travaux les plus importants, citons notamment les recherches de Kessel & Hyman (1933), Alexander (1937), Knight (1941), les travaux initiés par Kernberg (1975) en 1954 à la Menniger Foundation qui s'étendront sur plus de 20 ans et qui seront prolongés notamment par les travaux de Luborsky (1975), les recherches menées au Centre Psychanalytique de Columbia (Bachrach & al., 1985 ; Weber & al., 1985a ; Weber & al., 1985b), les recherches de Knapp & al. (1960) prolongées par celles de Shashin & al. (1975) à l'Institut Psychanalytique de Boston, les travaux de Malan (1976) menés par son équipe à la Tavistock Clinic, ceux de Strupp (1977), Luborsky & al. (1980), Erle & Golberg (1984). Ces études ont permis notamment de mettre en évidence assez rapidement l'efficacité de la cure psychanalytique pour les cas de **névrose**. Par ailleurs, les données relatives aux indications et aux processus du traitement psychanalytique ont amené de nombreux auteurs à repenser le cadre psychothérapeutique pour certains types de patients plus fragiles sur le plan psychique, tout en montrant néanmoins la difficulté d'établir a priori des critères qui permettraient de prévoir au départ l'évolution de la psychothérapie. Ces recherches ont en outre montré l'importance de la fin du traitement, en mettant notamment en évidence de meilleurs résultats lorsque la thérapie se termine par consentement mutuel. Elles ont clairement montré aussi toute **l'importance de la formation** et de **l'expérience clinique du psychothérapeute**, confirmées par des études plus

⁵ De nombreux ouvrages ont été publiés concernant cette question, parmi lesquels ceux de P.-L. Assoun (1981), P. De Neuter et J. Florence (1988), J. Dor (1988), D. Widlöcher et A. Braconnier (1996), R. Gory (1996), M. Bertrand (2002), J.-A. Miller et J.-C. Milner (2004). Parmi ces auteurs, beaucoup insistent sur l'inadéquation, au regard de leur objet d'étude, des méthodes quantitatives et des outils standardisés lorsqu'il s'agit d'évaluer les effets thérapeutiques de l'approche psychanalytique. La principale erreur méthodologique inhérente à ce type de démarche consiste à utiliser des méthodes d'évaluation qui commencent par réduire cet objet voire à l'annuler dans sa dimension subjective.

récentes (Andreoli & al., 2000), en mettant en avant de meilleurs résultats lorsque le thérapeute est plus expérimenté ou en cours de supervision.

Parmi les recherches les plus récentes, certaines ont mis en évidence l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques pour le traitement de pathologies sévères comme **les troubles de la personnalité** (Winston & al., 1994 ; Bateman & Fonagy, 2001 ; Svartberg & al., 2004) ou **les troubles anxieux** (Milrod & al., 2000, 2001). D'autres travaux ont montré l'effet positif de la combinaison d'un traitement pharmacologique et d'une psychothérapie dans le traitement des **dépansions majeures** (Burnand & al., 2002). En résumé, les études qui ont permis de mettre en évidence le plus clairement l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques dans le traitement de troubles spécifiques invitent aux conclusions suivantes (INSERM, 2004) :

Une preuve d'efficacité a été très nettement montrée pour **les troubles de la personnalité**.

Pour **les dépansions majeures**, il a été montré que l'association d'une psychothérapie psychanalytique à un traitement antidépresseur chez des patients soignés en ambulatoire, a un effet bénéfique significatif, avec une amélioration du fonctionnement global et une diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement. Il existe également une présomption d'efficacité, soutenue par des études contrôlées randomisées, pour les **troubles paniques** et pour **l'état de stress post-traumatique**.

Outre ces recherches centrées sur des troubles spécifiques (6), d'autres travaux ont tenté de mieux tenir compte de la complexité de la réalité clinique (notamment du fait que les troubles psychopathologiques, tels qu'ils sont isolés par le DSM, se présentent rarement à l'état pur : on rencontre le plus généralement une série de troubles et de difficultés associés de façon complexe, qui peuvent par ailleurs sensiblement évoluer avec le temps). Il faut citer ici notamment les recherches menées par Leuzinger-Bohleber & al. (2003) qui ont montré une série de résultats significatifs intéressants (à partir d'un échantillon de 401 sujets représentatif des patients en traitement psychanalytique de longue durée) : une « ascension sociale » repérée pour une grande partie des patients après la psychothérapie (84,3%) ; 75% des patients ont rétrospectivement qualifié dans leur questionnaire leur état général avant la psychothérapie de « mauvais » et 81% ont qualifié leur état général après la psychothérapie de « bon » ; 80% des patients ont mentionné des changements positifs au cours de traitement de longue durée concernant leur condition psychique, leur croissance intérieure et leur vie relationnelle ; entre 70 et 80% ont indiqué des changements positifs concernant leur capacité à se confronter aux événements de la vie, leur estime de soi, l'humeur ainsi que la satisfaction de leur propre vie et leur efficacité. Il est intéressant de noter que l'étude montre que le jugement des analystes était beaucoup plus critique que celui de leurs anciens patients. Par

⁶ Ce type de recherches (centrées sur des populations spécifiques) tente également de se développer au niveau national. Une récente évaluation des prises en charge des troubles de la relation précoce du tout jeune enfant au sein d'une institution belge de soins a ainsi permis de montrer, sur base d'une grille d'interactions construite par les cliniciens, une évolution positive à la fin du traitement dans 77% des cas suivis (Pirard & al., 2004). Parmi d'autres résultats fort éclairants sur le plan clinique, une approche qualitative de cinq situations à issue positive comparées à cinq situations à issue négative montre l'importance capitale des entretiens préliminaires comme un lieu et un temps d'élaboration de l'alliance thérapeutique et de la bonne relation entre l'envoyeur et l'institution.

ailleurs, concernant la symptomatologie, les échelles d'évaluation indiquent que la majorité des anciens patients ne sont plus perturbés au point d'être encore diagnostiqués comme cliniquement malades. Concernant les dépenses dans le secteur de la santé, cette étude a montré que les thérapies de longue durée ont aidé à réduire les coûts de manière permanente dans d'autres disciplines médicales. Ce fait a été mis en évidence par le nombre décroissant de jours chômés et de jours d'hospitalisation après le traitement. En outre, cette recherche a montré que les coûts ont également diminué indirectement, que ce soit par une créativité et une efficacité professionnelle accrue, ou parce que des patients auparavant sans travail ont trouvé de nouveaux emplois, ou bien par une capacité accrue de réactions empathiques vis-à-vis de leurs propres enfants, ou encore en surmontant l'isolement social et en s'impliquant dans des enjeux sociaux et publics.

Par ailleurs, de façon générale, comme l'indique Messer (2002), la plupart des études, des méta-analyses (cf. Smith & Glass, 1977 ; Shapiro & Shapiro 1982, 1983 ; Wampold & al., 1997) et des méta-méta-analyses (cf. Grissom, 1996 ; Luborsky & al., 2002) indiquent qu'il y a peu de différences dans les résultats obtenus parmi les psychothérapies dites « de bonne foi », c'est-à-dire guidées par une structure théorique cohérente, amplement pratiquées depuis longtemps et qui ont des fondements pour la recherche (Wampold, 2001), comme c'est le cas des psychothérapies cognitivo-comportementales, systémiques, psychanalytiques ou encore centrées sur le client et expérientielles. Une exception remarquable est celle du récent rapport de l'INSERM (2004) qui se présente comme la première recherche comparative qui, à l'exception des troubles de la personnalité, aurait montré la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales sur les autres psychothérapies. Les biais méthodologiques qui ont abouti à de tels résultats ont cependant été largement explicités, notamment dans le rapport sur le rapport de J.-M. Thurin (membre de la commission chargée de la rédaction du rapport de l'INSERM) ou de R. Perron & al. (2004).

Il faut toutefois souligner que l'ensemble de ces études présente un caractère problématique sur le plan éthique et méthodologique. Comme le rappellent Capdevielle & al. (1998), l'effet du dispositif de recherche sur les sujets qui y participent nécessite toujours un questionnement éthique, et plus particulièrement encore dans le domaine des psychothérapies où il est directement question de la souffrance du sujet. Or, comme le soulignent Perron & al. (2004), l'une des questions les plus délicates que soulève l'application de méthodes de type expérimental pour l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies est celle du « groupe contrôle ». Il est en effet inadmissible sur le plan déontologie de répartir aléatoirement, comme cela se fait pourtant dans certaines études (cf. rapport de l'INSERM, 2004), un ensemble de patients qui consultent pour des problèmes psychiques, soit dans un groupe expérimental (où ils recevront effectivement un traitement psychothérapeutique), soit dans un groupe contrôle où ils seront mis sur une liste d'attente (on choisit alors de laisser en souffrance la demande d'aide adressée par le patient) ou dans un groupe « placebo » (où le thérapeute est chargé d'avoir un minimum de contact avec le patient et de ne pas utiliser les éléments supposer actifs dans la thérapie, voire même de faire une « pseudo-thérapie » ou une « anti-thérapie »). Pour reprendre les termes de Perron & al. (2004), on ne peut que rester effaré face à ce type de technique : « Comment peut-on se dire ou se croire psychothérapeute en

s'appliquant ainsi à ne pas soigner ? Comment peut-on mentir de façon délibérée à des gens qui souffrent et demande de l'aide ? »

Au-delà de ces questions éthiques, il apparaît également sur le plan méthodologique que l'homogénéisation du groupe expérimental sur la base des critères habituellement utilisés dans ce type d'étude favorise, de facto, certains types de psychothérapies par rapport à d'autre (Perron & al., 2004). En effet, ces critères se centrent exclusivement sur une classification des patients qui s'attache uniquement aux symptômes, alors que des patients présentant un même type de symptomatologie peuvent avoir un fonctionnement psychique et développer des modalités relationnelles forts différents. Ce modèle est parfaitement adapté aux thérapies qui limitent le cas à traiter au trouble observé et centrent le traitement sur ce seul trouble, mais il est tout à fait inapproprié pour des approches qui visent à repérer et à modifier des structures fonctionnelles dont le trouble est le symptôme (Perron & al., 2004). Il est d'ailleurs tout à fait remarquable que ce soient justement pour les troubles de la personnalité, qui touchent de façon beaucoup plus globale l'ensemble du fonctionnement psychique du sujet, que l'approche psychanalytique a pu montrer le plus clairement son efficacité, comme le relève le rapport de l'INSERM (2004).

Sur base de ce que nous venons d'évoquer, on comprend que les évaluations quantitatives sont difficilement adaptables à l'objet des psychothérapies psychanalytiques. Ce type d'évaluation ne permet pas de rendre compte des effets d'une pratique centrée sur les difficultés liées au « métier de vivre », c'est-à-dire sur les questions relatives à l'amour, à la sexualité et plus généralement au sens de la vie, que rencontre inmanquablement tout sujet au cours de son existence. De ce fait, les critères d'évaluation et de scientificité qui se sont développés dans le champ de la psychanalyse et des psychothérapies qui s'en inspirent, se rapprochent plutôt des critères des autres sciences humaines, confrontées à la même difficulté, voire à l'impossibilité, de se mouler dans les méthodes et les critères utilisés pour les sciences de la nature. Ces méthodes s'apparentent aux techniques (développées notamment dans le champ de l'anthropologie et de l'ethnographie) d'observations participantes et d'entretiens qui, à partir de l'immersion dans le terrain, permettent une prise de parole ouverte à la diversité des témoignages et centrées sur les trajectoires et sur les styles de vie singuliers – citons à titre d'exemple les travaux remarquables de P. Jamoule (2002) qui a pu de cette manière explorer les ressources et les capacités à tisser du lien social chez des familles de milieu populaire, vivant en Belgique dans des quartiers défavorisés et touchées par diverses formes de conduites à risques (toxicomanies, violences, tentatives de suicide, etc.). Ce type de méthodologie permet de poser une réflexion sur les modes d'intervention qui s'appuie directement sur l'expérience des personnes rencontrées. Notons cependant que certains scientifiques semblent vouloir imposer un seul type de scientificité à l'ensemble des sciences humaines – celle qui a permis le développement des sciences « dures » – alors même que cette prétention est fortement contestée par nombre d'épistémologues, comme J. Ladrière (1988) ou encore M. Hampe qui affirme ainsi : « Je ne connais aucun philosophe contemporain sérieux qui persiste à argumenter en faveur d'une compréhension unifiée de la science. » (« Der Pluralismus der Wissenschaften und die Einheit der Vernunft », 2000).

6.1.3. Les recherches empiriques basées sur l'étude de cas

La plupart études psychanalytiques s'inscrivent dans une longue tradition de recherche qui prend ses racines en Europe et qui s'est développée de manière très importante dans les pays de langue latine. Cette tradition reste fortement attachée à la méthode clinique de l'étude du cas qui, rappelons-le, a donné ses fondements scientifiques, sa pertinence et sa richesse à la psychiatrie classique.

Ainsi que le précise Widlöcher (1995, 1996, 1999), la méthode du cas unique est particulièrement propice à réinterroger la théorie, à permettre la formulation de nouvelles hypothèses et la découverte de fait ou de liens nouveaux. Elle permet en outre, grâce aux articulations théorico-cliniques, de modifier les pratiques. Dans la perspective psychanalytique, l'étude cas (centrée sur la dynamique subjective et non sur la simple observation des troubles) inclut le style et la position du psychothérapeute dans la relation ainsi que les effets de ses interventions : l'observateur est donc partie prenante de la situation (Capdevielle & Doucet, 1999). Sur le plan de la recherche comme sur le plan thérapeutique, il s'agit d'exploiter de manière logiquement fondée les ressources du dialogue qui s'établit avec le sujet.

Il n'est bien sûr pas possible d'énumérer l'ensemble de ces recherches, qui ont donné lieu à de nombreux ouvrages et de très nombreuses publications dans des revues nationales et internationales. Nous indiquerons simplement, à titre d'exemple, quelques grandes voies de recherches qui se sont développées ces dernières années dans le champ des psychothérapies d'orientation psychanalytique (psychothérapies psychodynamiques, psychothérapies psychanalytiques, psychanalyse appliquée à la thérapeutique ou à la pratique en institution) et qui ont fait – et font toujours – l'objet d'une évaluation importante, essentiellement à partir de la méthode de l'étude de cas :

À partir des recherches cliniques, une nouvelle approche de certains phénomènes psychosomatiques s'est développée depuis un peu plus d'une quinzaine d'années, permettant des avancées importantes sur le plan de l'accompagnement thérapeutique. Cette approche se centre sur la fonction que le phénomène psychosomatique occupe dans l'économie psychique et relationnelle de certains sujets dont il apparaît qu'une part importante du fonctionnement psychique s'organise, par une sorte de court-circuitage des processus de symbolisation inconscients, autour et à partir du trouble psychosomatique. Ces études montrent qu'en complémentarité avec le traitement médical, un travail par la parole qui ouvre la possibilité de relancer ces processus de symbolisation (c'est-à-dire d'inscrire psychiquement dans son histoire les difficultés passées ou présentes rencontrées par le patient) a un effet de soulagement de la souffrance et d'atténuation des troubles somatiques. Pour d'autres patients, qui présentent une fragilité beaucoup plus importante sur le plan psychique, le travail d'accompagnement psychothérapeutique permet bien souvent au sujet de consolider ou de se construire des points d'ancrages, notamment dans le social, qui lui permettent d'éviter des décompensations beaucoup plus radicales qui nécessiteraient un passage par la psychiatrie (GREPS, 1987 ; McDougal, 1989 ; Fain, 1990 ; Marty, 1990 ; Fonagy, 1999 ; Doucet, 2000 ; Jadoulle, 2003a, 2003b).

Des avancées tout aussi importantes ont eu lieu dans le traitement des états limites et de certains sujets présentant un fonctionnement psychique de type psychotique sans que la psychose ne soit véritablement déclenchée. Ces recherches montrent l'efficacité et la pertinence d'un accompagnement psychothérapeutique qui vise à

soutenir le sujet dans l'élaboration de solutions à chaque fois singulières : l'appui sur des identifications qui lui permettent une inscription dans le lien social, le soutien psychique que peuvent constituer dans certains cas des activités créatrices ou culturelles développées en interaction avec le psychothérapeute, la mise en histoire de sa vie, l'élaboration d'un projet, etc. – sont autant de vecteurs d'une pratique psychothérapeutique qui se déploie dans un champ relationnel (Widlöcher, 1981 ; Green, 1990 ; Roussillon, 1991 ; Fonagy, 1993 ; De Wanbrechies-La Sagna & Deffieux, 1997 ; Collectif, 1997).

C'est à partir des années 60 et surtout des années 80, que de nouvelles perspectives d'accompagnement psychothérapeutique ont pu s'ouvrir, à partir des recherches psychanalytiques, dans la clinique des psychoses et de l'autisme chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent. Sans négliger le traitement pharmacologique souvent nécessaire dans ce type de pathologie, la prise en charge psychothérapeutique, dont de nombreuses études ont montré les effets positifs indéniables, suit la même perspective d'accompagnement que celle que nous venons de décrire, à savoir de soutenir le sujet dans l'élaboration de solutions singulières qui permettent de renouer avec le lien social et de reconstruire sa réalité subjective (Czermak, 1986 ; Fondation du Champ freudien, 1988 ; Racamier, 1992 ; Laznik, 1995 ; Hochmann, 1997 ; Jolibois & Strélisky, 1997 ; Deffieux & De Wanbrechies-La Sagna, 1999 ; Sauvagnat, 2003 ; Miller, 2004).

Dans le fil des études que nous venons d'évoquer, de nombreuses recherches démontrent la pertinence de l'approche institutionnelle de pathologies graves (adultes, enfants et adolescents psychotiques, névrosés graves ou borderline), y compris dans la clinique de l'autisme (Burnand & al., 1992 ; Hochmann, 1997 ; Association du Champ freudien, 2003 ; Berger, 2003)

Que ce soit dans le champ du « normal » ou du « pathologique », cette clinique centrée sur la singularité du sujet tente de prendre en compte, aussi bien dans le travail thérapeutique que dans l'évaluation de celui-ci, non seulement les symptômes, mais aussi le contexte de leur survenue et leurs divers déterminants psychiques : l'histoire du sujet, la façon dont il s'inscrit dans le lien social, ses relations familiales et/ou conjugales, les questions qui se posent à lui concernant la sexualité, l'amour et la mort, et les difficultés inhérentes au fait même d'exister.

6.1.4. Les recherches cliniques inhérentes au processus de formation du psychanalyste

Il est également important d'évoquer ici le travail de recherche et d'évaluation de la pratique qui, dès l'aube de la psychanalyse, s'est progressivement mis en place dans les associations psychanalytiques. Nous entendons par là les séminaires de discussions théorico-cliniques, les procédures de supervision et de contrôle individuel ou de groupe, les analyses didactiques et les procédures dites de la « passe ». Ces procédures visent à la fois la formation initiale et permanente du psychanalyste, mais aussi la recherche théorico-clinique :

- 1) Les séminaires d'études théorico-cliniques. Initiés par Freud dès 1902, sous l'intitulé « Soirées psychologiques du mercredi », ces séances furent le lieu d'un important travail de recherche et de discussion cliniques où les exposés de nouvelles élaborations théoriques étaient systématiquement soumises à la

critique des membres du groupe. La lecture des Minutes, aujourd'hui publiées (Collectif, 1976), permet de suivre l'évolution des élaborations théoriques et de la pratique psychanalytique. Cette lecture permet aussi d'approcher de l'intérieur un certain nombre de conflits théorico-cliniques qui virent le jour dans le mouvement psychanalytique, indices de la réalité de la confrontation. Les associations psychanalytiques ont conservé cette forme particulièrement vivante de mise en question de la théorie et de la pratique.

- 2) Les supervisions et les contrôles. Il s'agit de présentations de cures – des difficultés rencontrées, de leurs issues et des effets obtenus – par un psychanalyste débutant à un autre plus expérimenté (de façon individuelle ou en « intervision » dans un groupe de pairs). Ces procédures permettent à la fois une évaluation des empêchements liés à la subjectivité du psychanalyste, une évaluation de l'efficacité de la technique utilisée et une remise en question de la théorie sous-jacente (Lebovici & Solnit, 1982 ; Collectif, 1989 ; Safouan, 2001).
- 3) Les analyses didactiques. Ces cures psychanalytiques auxquelles se soumettent les candidats analystes visent en premier lieu leur formation, c'est-à-dire l'accroissement de leur capacité d'écoute des futurs analysants qu'ils auront à accueillir. Néanmoins, dès lors que ces cures permettent une expérience plus intense de l'inconscient, elles ouvrent également un champ particulier de la recherche psychanalytique, surtout dans les cas où ces cures peuvent être reprises dans le cadre de la procédure de la « passe ».
- 4) Les procédures dites de la « passe ». Afin d'investiguer la fin de la cure des analysants devenant psychanalystes, Lacan proposa une procédure d'exploration de ce moment de passage par le biais d'entretiens de l'analysant avec deux interlocuteurs autres que son psychanalyste. Il s'agit là d'une méthode très importante d'investigation des effets d'une cure psychanalytique dans le cas particulier où l'analysant choisit de devenir psychanalyste⁷ (Association Mondiale de Psychanalyse, 1994, 1998).

Ces méthodes ont bien sûr leurs limites, mais elles ont en tout cas l'avantage de respecter la complexité de la nature humaine, du symptôme et des processus de changement en jeu dans la cure (De Neuter, 1994, 2004 ; Zaltzman, 1998 ; Hochmann, 2001). Comme toute l'histoire de la psychanalyse en témoigne, ces procédures permettent aussi un remaniement des théories et des techniques face aux nouvelles pathologies abordées et aux cas particuliers rencontrés. Elles assurent un contrôle et une remise en question permanente de la pratique qui s'intègrent à la

⁷ Concernant l'évaluation des effets de la cure psychanalytique, il nous faut également évoquer les témoignages spontanés des analysants eux-mêmes (en dehors de la procédure de la passe), que ce soient les déclarations publiques de personnalités, issues d'horizons très divers, sur les bénéfices qu'elles ont retirés de leur cure psychanalytique – comme Georges Perec, François Cheng, Catherine Clément, Alain Cuny, Gaston Defferre, Catherine Deneuve, Isabelle Adjani, Dominique Fernandez, Marie-Antoinette Fouque, Anaïs Nin, Françoise Rey, Françoise Giroud, François Wahl, Madeleine Chapsal, Valéry Giscard d'Estaing, Eric Cantona, Yannick Noah, etc. – ou les récits de cure plus détaillés publiés par d'anciens analysants, comme ceux de Béatrix Beck, Marie Cardinal, Jean-Guy Godin, Gérard Haddad, Pierre Rey, Paul Roazen, François Weyergans, Smiley Blanton, Abram Kardiner, etc. Ces « évaluations » ne sont-elles pas, dans leur subjectivité même, tout aussi pertinentes, par leur valeur de témoignage, que celles qui sont produites dans le cadre d'études dites objectives qui laissent souvent peu de place à la parole du sujet ?

fois dans une dynamique de recherche et dans le processus de formation continue du clinicien.

6.1.5. Références

- ALEXANDER F., « Five-Year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis : 1932-1937 », Chicago, Chicago Institute for Psychoanalysis, 1937.
- ANDREOLI A., SCHNEIDER EL GUEDDARI N., DAZORD A., PASCUAL SANCHEZ T., LASTRICO A. & ARPRO N., « Résultats de la psychothérapie analytique : relation à l'expérience, durée du training et compétences techniques spécifiques du psychothérapeute », *Psychothérapies*, 2000, 20, 4 : 263-274.
- ASSOCIATION DU CHAMP FREUDIEN (Coll.), « Pertinences de la psychanalyse appliquée », Paris, Seuil, 2003.
- ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHANALYSE (Coll.), « Comment finissent les psychanalyses », Paris, Seuil, 1994.
- ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHANALYSE (Coll.), « La passe et le réel. Témoignages imprévus sur la fin de l'analyse. », Paris, Agalma-Seuil, 1998.
- ASSOUN P.-L., « Introduction à l'épistémologie freudienne », Paris, Payot, 1981.
- BACHRACH H., WEBER J. & SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis (clinical and methodological considerations) : Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985, 12 : 379-388.
- BATEMAN A. & FONAGY P., « Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. », *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 1 : 36-42
- BERGER M., « L'échec de la protection de l'enfance », Paris, Dunod, 2003.
- BERTRAND M., « L'implication de l'observateur dans l'observation », in *L'observation, quels enjeux pour le sujet ?*, Buc, Buc Ressource, 2002.
- BERTRAND M., « Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie. », Paris, Dunod, 2004.
- BURNAND S., DUFOUR R. & PALACIO ESPASA F., « Le cadre d'un centre de jour et son action thérapeutique sur des enfants avec des problèmes importants d'identité (enfants psychotiques et borderline graves) », in *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, Bleandonu G. (Dir.), Lyon, Presses Universitaires de Lyon, 1992.
- BURNAND Y., ANDREOLI A., KOLATTE E., VENTURINI A. & ROSSET N., « Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression », *Psychiatric Services*, 53, 5 : 2002 : 585-590.
- CAPDEVIELLE V., LATERRASSE C. & DOUCET C., « Position du chercheur et souffrance du sujet », *Psychologie Clinique*, 1998, 5.
- CAPDEVIELLE V. & DOUCET C., « Psychologie clinique et psychopathologie », Paris, Armand Colin, 1999.
- COLLECTIF, « Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne » (3 Tomes), Paris, Gallimard, 1976
- COLLECTIF, « La pratique des cures contrôlées ou supervision », *Etudes freudiennes*, 1989, 3.
- COLLECTIF, « Etats limites ou états sans limites ? », *Bulletin freudien*, Bruxelles, 1997, 29.
- CZERMAK M., « Passion de l'objet : études psychanalytiques des psychoses », Paris, Association Freudienne Internationale, 1986.

DEFFIEUX J.-P. & DE WANBRECHIES-LA SAGNA C. (Dir.) – IRMA : « La psychose ordinaire », Paris, Agalma-Seuil, 1999.

DE NEUTER P. & FLORENCE J. (Dir.), « Sciences et Psychanalyse », Bruxelles, De Boeck Université, 1988.

DE NEUTER P., « La psychanalyse : pour guérir de quoi ? », in La direction de la cure depuis Lacan, Paris, Point Hors-Ligne, 1994 : 121-128.

DE NEUTER P., « La spécificité de la guérison dans l'enseignement de Lacan », in Actes du colloque de Rome, Fondation européenne pour la psychanalyse, à paraître en déc. 2004.

DE WANBRECHIES-LA SAGNA C. & DEFFIEUX J.-P. (Dir.) – IRMA : « La Conversation d'Arcachon. Cas rares : les inclassables de la clinique. », Paris, Agalma-Seuil, 1997.

DOR J., « L'A-scientificité de la psychanalyse » (2 Tomes), Paris, Editions Universitaires, 1988.

DOUCET C., « La psychosomatique. Théorie et clinique. », Paris, Armand Colin, 2000.

EDELSON M., « Hypothesis and Evidence in Psychoanalysis », Chicago, University of Chicago Press, 1984.

ERLE J. & GOLDBERG D., « Observations on assessment of analysability by experienced analysts », Journal of the American Psychoanalytic Association, 1984, 32 : 715-737.

FAIN M., « Psychanalyse et psychosomatique », Revue Française de Psychanalyse, 1990, 3 : 625-637.

FONAGY P., « The role of mental representation and mental processes in therapeutic action », Psychoanalytic Study of the Child, 1993, 48 : 91-109.

FONAGY P., « Psychoanalytic research : present status and future potential », International Journal of Psychoanalysis, 1999, 80 : 91-109.

FONDATION DU CHAMP FREUDIEN (Coll.), « Clinique différentielle des psychoses », Paris, Navarin, 1988.

GORY R., « La preuve par la parole », Paris, Presses Universitaires de France, 1996.

GREEN A., « La folie privée. Psychanalyse des cas limites. », Paris, Gallimard, 1990.

G.R.E.P.S. (Groupe de Recherches Psychosomatiques du Champ freudien, coll.), « Le phénomène psychosomatique et la psychanalyse », Paris, Navarin, 1987.

GRISSOM R.J., « The magic number. 7+2 : meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996, 64 : 973-982.

HOCHMANN J., « Pour soigner l'enfant autiste », Paris, Odile Jacob, 1997.

HOCHMANN J., « Qu'est-ce que guérir dans la psychothérapie ? », Paris, Presses Universitaires de France, 2001.

JADOULLE P., « La pensée psychosomatique I. Avancée conceptuelle ou miroir aux alouettes », Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2003, 62 : 43-47.

JADOULLE P., « La pensée psychosomatique II. Les théories psychosomatiques psychanalytiques », Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2003, 62, 48-53.

JAMOULLE P., « La débrouille des familles. Récits de vies traversées par les drogues et les conduites à risque. », Bruxelles, De Boeck Université, 2002.

JOLIBOIS M. & STRELISKY P. (Dir.) – IRMA : « Le Conciliabule d'Angers. Effets de surprise dans les psychoses. », Paris, Agalma-Seuil, 1997.

KANDEL E.R., « Biology and the future of psychoanalysis : a new intellectual framework for psychiatry revisited », *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156 : 505-524.

KANDEL E.R., « La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée », *L'Evolution Psychiatrique*, 2002, 67 : 40-82.

KERNBERG O.F. & al., « Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project. », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1972, 36 : 3-275.

KESSEL L. & HYMAN H., « The value of psychoanalysis as a therapeutic procedure », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1933, 101 : 1612-1615.

KNAPP P., LEVIN S., MAC CARTER R., WERMER H. & ZETZEL E., « Suitability for Psychoanalysis : a review of one hundred supervised analytic cases », *Psychoanalytic Quarterly*, 1960, 29 : 459-477.

KNIGHT R.P., « Evaluation of the results of psychoanalytic therapy », *American Journal of Psychiatry*, 1941, 98 : 434-446.

LADRIERE J., « Les sciences humaines et le problème de la scientificité », in *Sciences et psychanalyse*, De Neuter P. & Florence J. (Dir.), Bruxelles, De Boeck Université, 1988.

LAZNIK M.-C., « Vers la parole. Trois enfants autistes en analyse », Paris, Denoël, 1995.

LEBOVICI S. & SOLNIT A. (Dir.), « La formation des psychanalystes », Paris, Presses Universitaires de France, 1982.

LEBRUN J.-P., « Un monde sans limite. Essai pour une clinique psychanalytique du social. », Raimonville Saint-Agne, Erès, 1997.

LEUZINGER-BOHLEBER M., STUHR U., RÜGER B. & BEUTEL M., « How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients well-being : A representative, multi-perspective follow-up study. », *International Journal of Psychoanalysis*, 2003, 84 : 263-290.

LUBORSKY L., « Clinical's judgement of mental health : Specimen case descriptions and forms for the Health Sickness Rating Scale », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1975, 39 : 448-480.

LUBORSKY L., MINTZ J., AUERBACH A., CHRISTOPH P., BACHRACH H., TODD T., JOHNSON M. & O'BRIEN C.P., « Predicting the outcome of Psychotherapy : Findings of the Penn Psychotherapy Project », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37 : 471-481.

LUBORSKY L., ROSENTHAL R., DIGUER L. & al., « The Dodo Bird Verdict is Alive and Well-mostly », *Clinical Psychology and Science Practice*, 2002, 9 : 2-12.

MCDUGALL, « Théâtre du corps », Paris, Gallimard, 1989.

MALAN D.M., « Toward the validation of dynamic psychotherapy : A replication », New York, Plenum Press, 1976.

MALEVAL J.-C., « De l'extension du champ "psy" », communication à la Journée d'étude du Séminaire Inter-Universitaire Européen de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUERPP) consacrée aux questions posées par l'évaluation des modes de prise en charge du soin psychique, Paris, 8 mai 2004.

MARTY P., « Psychanalyse et psychosomatique », *Revue Française de Psychanalyse*, 1990, 3 : 615-624.

MESSER S.B., « Empirically Supported Treatments : Cautionary Notes », *Medscape General Medicine eJournal*, 2002, www.medescap.com.

MILLER J.-A. (Dir.), « L'amour dans les psychoses », Paris, Seuil, 2004.

MILLER J.-A. & MILNER J.-C., « Evaluation. L'instant de voir. », Paris, Agalma, 2004.

MILROD B., BUSCH F., LEON A.C., SHAPIRO T., ARONSON A., ROIPHE J., RUDDEN M., SINGER M., GOLDMAN H., RICHTER D. & SHEAR M.K., « Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study », *American Journal of Psychiatry*, 2000, 157, 11 : 1878-1880.

MILROD B., BUSCH F., LEON A.C., ARONSON A., ROIPHE J., RUDDEN M., SINGER M., SHAPIRO T., GOLDMAN H., RICHTER D. & SHEAR M.K., « A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder », *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 2001, 10, 4 : 239-245.

PERRON R., BRUSSET B, BARUCH C., CUPA D., EMMANUELLI M., « Quelques remarques méthodologiques à propos du Rapport INSERM "Psychothérapie ? Trois approches évaluées." », communication à la Journée d'étude du Séminaire Inter-Universitaire Européen de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUERPP) consacrée aux questions posées par l'évaluation des modes de prise en charge du soin psychique, Paris, 8 mai 2004.

PIRARD E., FRANKARD A.-C., SIMONON M., « Evaluation d'une unité ambulatoire de soins des troubles de la relation précoce du jeune enfant et de sa famille », inédit. 2004.

RACAMIER P.-C., « Le génie des origines. Psychanalyse et psychose. », Paris, Payot, 1992.

RAPPARD R., « Evaluation des psychothérapies », in *Psychanalyse et psychothérapies*, Widlöcher D. & Braconnier A. (Dir.), Paris, Flammarion, 1996 : 245-255.

Rapport de l'INSERM, « Psychothérapies : Trois approches évaluées. », Paris, Les Editions de l'INSERM, 2004.

ROUSSILLON R., « Paradoxes et situations limites de la psychanalyse », Paris, Presses Universitaires de France, 1991.

SAFOUAN M., « Dix conférences sur la psychanalyse », Paris, Fayard, 2001.

SASHIN J.I., ELDRED S.H. & VAN AMEROGEN S.T., « A search of predictive factors in institute supervised cases : a retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute », *International Journal of Psychoanalysis*, 1975, 56 : 343-359.

SAUVAGNAT F., « La place de la procédure de la passe dans les recherches sur le processus psychanalytique », *Mental (Revue internationale de santé mentale et psychanalyse appliquée)*, 1997, 3 : 27-59.

SAUVAGNAT F., « On the lacanian treatment of psychotics : historical background and future prospects », *Psychoanalytic Review*, 2003, 90, 3 : 303-328.

SHAPIRO D.A. & SHAPIRO D., « Meta-analysis of comparative therapy outcome studys : a replication and refinement », *Psychological Bulletin*, 1982, 92 : 3.

SHAPIRO D.A. & SHAPIRO D., « Comparative therapy outcome research : methodological implication of meta-analysis », *Journal of Consulting Psychology*, 1983, 51 : 42-53.

SMITH M.L. & GLASS G.V., « Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies », *American Psychologist*, 1977, 32 : 752-760.

STRUPP H.H., « Vanderbilt psychotherapy process outcome project », communication au 8ème congrès annuel de la Society For Psychotherapy Research, Madison, Wisc, June 1977.

SVARTBERG M., STILES T.C. & Seltzer M.H., « Randomized, controlled trial of the effectiveness of Short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders », *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 5 : 810-817.

WAMPOLD B.E., MONDIN, MOODY M., STICH F., BENSON K., AHN H., « A Meta-analysis of outcome studies comparing bonafide psychotherapies : empirically, "all must have prizes" », *Psychological Bulletin*, 1997, 122 : 203-215.

WAMPOLD B.E., « The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods and Findings », London, 2001, Erlbaum.

WEBER J., BACHRACH H., SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of th Colombia Psychoanalytic Center Research Project (II) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985a, 12 : 127-141.

WEBER J., BACHRACH H., SOLOMON M., « Factors associated with the outcome of psychoanalysis : Report of th Colombia Psychoanalytic Center Research Project (III) », *International Review of Psychoanalysis*, 1985b, 12 : 251-262.

WILDÖCHER D., « Etats limites », in *Actualités de la schizophrénie*, Pichot (Dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 1981 : 55-70.

WIDLÖCHER D., « La recherche clinique : principes généraux », in *La recherche clinique en psychopathologie*, Bourguignon O. & Bydlowski M. (Dir.), Paris, Presses Universitaires de France, 1995 : 9-33

WIDLÖCHER D. & BRACONNIER A. (Dir.), « Psychanalyse et psychothérapies », Paris, Flammarion, 1996.

WIDLÖCHER D., « La méthode du cas unique », in *Le cas en controverse*, Fédida P. & Villa F. (Eds.), Paris, Presses Universitaires de France, 1999 :191-200.

WINSTON A., LAIKIN M., POLLACK J., WALLNER-SAMTAG L., MCCULLOUGH L. & MURAN C., « Short-term psychotherapy of personality disorders », *American Journal of Psychiatry*, 1994, 151, 2 : 190-194.

ZALTZMAN N., « De la guérison psychanalytique », Paris, Presses Universitaires de France, 1998.

6.2. Psychothérapie à orientation cognitive et comportementale

6.2.1. Introduction et définitions

Depuis une vingtaine d'années, sous l'impulsion des milieux scientifiques et de la politique de la santé, la notion de « traitement validé empiriquement » s'est développée, principalement en Amérique du nord. En 1995, le groupe de travail de l'APA (american psychological association) pour la promotion et la dissémination des procédures psychologiques a édicté les normes auxquelles les traitements devaient répondre pour être définis comme « bien établis » ou « probablement efficaces ». Le Tableau 1 (p. 62) contraste les définitions des traitements « bien établis » de ceux qui sont « probablement efficaces ».

Les traitements « bien établis » doivent avoir démontré leur supériorité à un traitement placebo, ou leur égalité à un autre traitement établi, pour une pathologie spécifique, dans des études comparant des groupes de patients. Ces études doivent avoir été menées par différents laboratoires indépendants. Alternativement, la preuve peut aussi être établie par une série importante d'études de cas comparant l'intervention à un autre traitement. Quoiqu'il en soit, ces traitements doivent être bien spécifiés dans un manuel et conçus pour un trouble spécifique.

Les traitements probablement efficaces doivent avoir prouvé dans au moins deux études (qui peuvent être menées par le même laboratoire) que le traitement est plus efficace qu'un groupe liste d'attente ou placebo, ou que le traitement est efficace dans un groupe de patients hétérogène (non spécificité).

Suite à ces définitions, une série de publications sont apparues, présentant différentes procédures de traitement et la preuve de leur efficacité (par ex. Christophersen & Mortweet, 2001; Foa & Keane, 2000 ; Ladouceur, Boisvert, Loranger, Morin, Pépin & Blais, 2003). Il faut souligner que d'emblée, les thérapies cognitives et comportementales se sont inscrites dans une logique de validation empirique de leurs interventions. En effet, étant données leurs sources historiques et leurs conceptions théoriques de base sur le fonctionnement humain, l'adoption du modèle scientifique des sciences positives s'est imposé logiquement aux interventions cognitivo-comportementales. Depuis le début de ce courant, la recherche scientifique, de préférence expérimentale, a pris une place importante.

6.2.2. Réserves préalables

Dans les sections suivantes, seront résumées les principales conclusions de ces travaux basées sur une synthèse toute récente de l'INSERM (2004). Cependant, il faut souligner en préambule que, même si elle présente une avancée importante en santé mentale, la notion de traitement validé empiriquement comporte des limites.

Premièrement, il faut noter que des effets de traitement statistiquement significatifs n'impliquent pas forcément que ces effets soient cliniquement significatifs. De même, le fait de satisfaire aux critères de « traitement bien établi » pour un trouble donné, ne garantit en rien que ce traitement soit le plus efficace pour un trouble donné. En effet, il suffit qu'il soit supérieur au placebo. Ce genre de considérations a donné lieu, par exemple, à des débats passionnés à propos de l'inclusion de l'EMDR dans la liste des traitements reconnus comme bien établis.

Une autre limite concerne la validité écologique des traitements empiriquement validés. Etant donné la définition même des traitements empiriquement validés, les recherches effectuées dans cette perspectives implique le recours à des échantillons de patients présentant une pathologie spécifique et pas de pathologie comorbide (ou en tous les cas, aussi peu de comorbidité que possible). Cependant, dans la réalité clinique, la présence » de troubles isolés est rare et la comorbidité est plutôt la règle que l'exception.

Une troisième limite a trait au fait que les critères d'efficacité sont établis uniquement par rapport à un trouble spécifique, tel qu'énoncé par le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition - American Psychiatric Association). D'une part, il existe des états de souffrances psychologiques, nécessitant un traitement, et pour lesquels il n'existe pas de diagnostic « reconnu » (par ex., les conséquences du harcèlement moral). D'autre part, le DSM établit des catégories sur base d'un consensus au niveau symptomatologique et évite volontairement de faire référence aux processus psychopathogènes sous-jacents. Or, en toute logique, les traitements visent d'abord les processus et non les symptômes. On peut espérer que dans l'avenir, les interventions psychothérapeutiques soient validées pour des processus, plutôt que pour des troubles. Mais cela implique un relatif consensus quant aux processus impliqués.

De manière plus générale, dans la pratique clinique, on utilise de préférence des méthodes et techniques basées sur des théories scientifiquement validées et mise à l'épreuve dans des essais cliniques contrôlés. Dans certains situations, le statut des théories et des méthodes et techniques disponibles pour un problème ou trouble ne répond pas à ce critère. Dans ces cas, on se base sur la meilleure intervention clinique déterminée par des experts de terrain.

Malgré ces limites, il faut souligner que la notion de traitement empiriquement validé met très justement l'accent sur l'importance de l'évaluation critique des interventions psychothérapeutiques en fonction de différents critères: symptomatologie, qualité de vie, fonctionnement personnel, relationnel, ou professionnel. Cette notion souligne également l'importance du cycle empirique dans le processus de la prise en charge (recueil de données, hypothèses, intervention, évaluation, adaptation des hypothèses ou clôture).

6.2.3. Les traitements empiriquement validés en thérapie comportementale et cognitive

Dans un rapport tout récent sur l'évaluation des psychothérapies, l'INSERM (2004) souligne que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont fait l'objet de nombreuses méta-analyses (21 méta-analyses ont été retenues dans ce rapport— voir Tableau 2) et d'études randomisées présentant un contrôle méthodologique satisfaisant. Cette section reprend sous une forme abrégée les conclusions du rapport de l'INSERM (2004). L'efficacité des TCC est considérée pour différents types de troubles, d'abord chez l'adulte, ensuite chez l'enfant et chez l'adolescent.

A. Efficacité des TCC chez l'adulte

Les TCC ont très largement été appliquées aux différents troubles anxieux, et les résultats sur l'évaluation de l'efficacité de ces thérapies sont abondants. Concernant le trouble panique et l'agoraphobie, 3 méta-analyses montrent une diminution

significative des symptômes sous l'effet de la TCC par rapport aux conditions contrôles. La combinaison thérapeutique la plus efficace apparaît être la combinaison de l'exposition in vivo et d'antidépresseurs.

L'effet des TCC a été comparé à celui du traitement pharmacologique pour les patients présentant une anxiété généralisée (1 méta-analyse). Les tailles d'effet⁸ sont assez semblables (0,70 pour la TCC et 0,60 pour le traitement pharmacologique), mais l'effet se maintient après traitement par la TCC alors que l'effet du traitement pharmacologique disparaît au sevrage.

Pour l'état de stress post-traumatique, une méta-analyse rassemble les études portant sur plusieurs types de thérapies comportementales et cognitives et de traitements médicamenteux. Les TCC apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes du stress post-traumatique, les effets de ces psychothérapies sont maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne.

Trois méta-analyses concernent les troubles obsessionnels compulsifs. Toutes trois montrent qu'il n'y a pas de différences entre les antidépresseurs prescrits seuls, les TCC et la combinaison des deux traitements. Les tailles d'effet pour la TCC varient de 0,70 à 1,46 selon le critère évalué. Pour évaluer l'efficacité à long terme des TCC dans les troubles obsessionnels compulsifs, les résultats de 9 études de cohorte (contrôlées) ont été analysés. Sur un suivi de 1 à 6 ans (en moyenne 3 ans), un taux de 78 % d'amélioration a été mis en évidence avec 60 % de réduction moyenne des rituels. Cependant, les symptômes résiduels étaient la règle et le risque de faire une dépression demeurait inchangé.

Trois méta-analyses récentes donnent une vue d'ensemble des effets à court et long termes des TCC dans les phobies sociales. Deux méta-analyses montrent que la thérapie cognitive associée à l'exposition présente une taille d'effet plus importante que celle du placebo (1,06 versus 0,48). Une amélioration supplémentaire est également constatée au suivi. Comparées à la pharmacothérapie, les TCC ne présentent pas de différence d'efficacité significative. Enfin, dans la troisième méta-analyse plusieurs méthodes de TCC ont été comparées aux conditions contrôles et à la pharmacothérapie. Pour toutes les formes de TCC, les tailles d'effet varient de 0,6 à 1,0 et pour la pharmacothérapie, elles varient de 1,0 à 2,0. Cependant, l'amélioration des symptômes par les TCC se maintient dans la durée alors qu'elle s'amenuise dans le cas de la pharmacothérapie.

Il existe quelques études contrôlées de faible puissance pour les phobies spécifiques (avion, dentiste, araignées, hauteurs, claustrophobie). Elles indiquent toutes une bonne efficacité de différents types de procédure de TCC.

Concernant la dépression d'intensité moyenne ou légère, les méta-analyses plus récentes montrent que les TCC sont égales en efficacité aux antidépresseurs et, dans une méta-analyse, égale à la thérapie interpersonnelle. L'évaluation de l'efficacité a également porté sur la prévention des rechutes à long terme chez les

⁸ La taille d'effet fait référence à la magnitude des effets observés au niveau statistique. Elle est exprimée par une mesure standardisée (permettant donc la comparaison de mesures différentes) : l'écart-type. L'écart-type est défini par la fonction de distribution normale statistique. Pour une mesure donnée, deux tiers de la population se situe entre plus ou moins un écart-type de la moyenne. On estime généralement qu'un effet est cliniquement significatif s'il est supérieur à .50.

déprimés. On entend en général par rechute une réapparition d'un état dépressif complet entre 6 et 9 mois après une rémission de 2 mois; une récurrence se situe au-delà. Les effets sur la prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs (entre 1 et 2 ans) dans 6 études contrôlées sur 8. En moyenne, 60 % des patients traités par chimiothérapie seule rechutent, versus seulement 30 % des patients traités par thérapie cognitive seule ou combinée aux anti-dépresseurs. D'après les études qui se sont intéressées aux effets de la thérapie cognitive sur les symptômes résiduels et les récurrences chez des patients sous antidépresseurs, le nombre de rechutes est significativement moins important dans le groupe qui a reçu la thérapie cognitive. Les auteurs concluent que la TCC représente une alternative à la poursuite des antidépresseurs.

Pour les patients présentant un épisode dépressif majeur et hospitalisés, une méta-analyse rapporte une évaluation réalisée à la sortie de l'hôpital qui montre une efficacité de la thérapie cognitive associée au traitement pharmacologique. Pour la dépression du sujet âgé, les résultats d'une autre méta-analyse indiquent une taille d'effet de 0,96 pour la thérapie comportementale et 0,85 pour la thérapie cognitive en comparaison à un groupe contrôle. Des traitements psycho-éducatifs (information, prise de conscience, amélioration du fonctionnement interpersonnel) se sont récemment développés pour les patients souffrant de trouble bipolaire. Ils ont été évalués positivement quant au délai de la première rechute maniaque (65 semaines au lieu de 17 semaines dans le groupe contrôle).

Les TCC ont démontré, dans 2 méta-analyses et des études contrôlées, des effets positifs pour les troubles de la personnalité (évitante, borderline, anti- sociale}. Dans l'une des méta-analyses, la taille d'effet global pour la TCC est de 1,0 (1,20 pour les mesures d'auto-évaluation et 0,87 pour les mesures d'hétéro-évaluation). Pour les troubles de la personnalité borderline chez les femmes des quartiers défavorisés, plusieurs études randomisées contrôlées ont été conduites avec une thérapie comportementale dialectique (TCD) qui comprend un ensemble éclectique de techniques fondées sur des principes comportementaux et cognitifs. Un taux de comportements suicidaires et para-suicidaires moindre (35 %) est observé après une année chez les patientes ayant reçu une TCD par rapport au taux (65 %) observé chez les patientes ayant eu le traitement habituel (traitement psychanalytique ou de soutien). Les travaux montrent également dans le groupe traité par TCD une diminution des colères pathologiques et des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social.

Des thérapies cognitivo-comportementales ont été évaluées chez les patients alcoolodépendants. Ces thérapies s'inscrivent parfois dans des thérapies familiales et de couple. Plusieurs études (méta-analyses, études contrôlées) montrent une supériorité en efficacité des interventions brèves par rapport aux interventions au long court chez des patients motivés pour un traitement. Cependant, les effets semblent plus importants chez les patients moins sévèrement atteints. Il n'y a pas de preuve que les programmes ayant pour but le contrôle de la prise de boisson donnent de meilleurs résultats que ceux qui visent l'abstinence totale.

Les thérapies comportementales et aussi, mais dans une moindre mesure, les thérapies cognitives qui s'inscrivent dans les programmes de développement des habiletés sociales ont donné des résultats positifs (dans 3 méta-analyses) à court et moyen termes sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation

sociale des schizophrènes. Mais le problème reste la généralisation des acquis qui, si elle semble réelle, est encore trop modeste.

Pour la schizophrénie en phase aiguë, une méta-analyse effectuée essentiellement sur des études récentes évaluant les effets des thérapies cognitives montre que le taux de rechutes et d'admissions à l'hôpital n'est pas systématiquement réduit quand on compare la thérapie cognitive avec le traitement standard chez les schizophrènes. Une différence significative est cependant observée en faveur de la thérapie cognitive pour une sortie plus rapide de l'hôpital par rapport au traitement standard. En ce qui concerne l'amélioration globale de l'état mental, une différence significative est rapportée en faveur de la thérapie cognitive par rapport au traitement standard à 13 et 26 semaines, mais après 1 an la différence n'est plus significative. La conclusion est que la thérapie cognitive est un traitement prometteur mais nécessitant d'autres évaluations.

L'utilisation des TCC est partie intégrante de la plupart des programmes multimodaux de traitement de l'anorexie mentale. Cinq essais contrôlés randomisés ont évalué l'efficacité de la TCC chez les patientes anorexiques et soulignent la meilleure compliance des patientes anorexiques à la TCC comparée à d'autres traitements. Ils ne permettent pas cependant d'établir le bénéfice de ce type de traitement. L'étude contrôlée la plus récente est la première évaluation empirique de l'efficacité de la TCC comme traitement après hospitalisation pour l'anorexie mentale chez les adultes. Après reprise pondérale, le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechutes et de sorties de traitement, et de meilleurs résultats cliniques globaux.

Pour le traitement de la boulimie, 4 méta-analyses ont été publiées incluant entre 7 et 35 études contrôlées randomisées. Les quatre méta-analyses concluent à l'efficacité, à court terme, de la TCC pour réduire les symptômes boulimiques (souvent évalués par la fréquence des crises et des vomissements) et les distorsions et attitudes dysfonctionnelles qui leur sont associées (dans les plus rares études qui incluent ces mesures). Les tailles d'effet rapportées vont de 0,55 à 0,74 dans les comparaisons intra-groupe (pré- versus post-traitement) et de 0,23 à 0,67 dans les comparaisons inter-groupes (TCC versus contrôle). L'une des méta-analyses a comparé les études contrôlées randomisées de traitement médicamenteux (9 études) aux études contrôlées de TCC ou thérapie comportementale (26 études). À court terme, la TCC produit des tailles d'effet supérieures à celles du traitement médicamenteux, sur toutes les variables examinées. L'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul pour la fréquence des crises et des vomissements, et plus efficace que la TCC seule pour la fréquence des crises, mais pas celle des vomissements. Les conclusions générales sont que la recherche existante est convaincante en faveur de l'efficacité de la TCC dans la boulimie, malgré une grande variabilité interindividuelle dans la magnitude et la stabilité de la réponse thérapeutique.

La TCC a également été étudiée pour le traitement de l'hyperphagie boulimique. Six études contrôlées montrent l'efficacité de la TCC. La TCC est en général bien acceptée, et appréciée par ces patients, comme le montre la bonne compliance au traitement, inhabituelle dans les pathologies des comportements alimentaires. Les effets positifs de la TCC comprennent la réduction du poids, mais aussi l'amélioration

significative de la perception subjective de l'état de santé et de la qualité de vie qui y est associée (une étude). Une seule étude inclut une période de suivi (12 mois). La fréquence des crises augmente légèrement pendant le suivi, mais reste inférieure à leur fréquence en pré-traitement.

B. Efficacité des TCC chez l'enfant et l'adolescent

Les preuves de l'efficacité des TCC dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont encore limitées. Les études les plus récentes s'appuient sur différentes techniques de TCC dont elles montrent l'efficacité, en comparaison d'autres traitements ou d'une liste d'attente. Pour le traitement des peurs et des phobies, une preuve d'efficacité établie par plusieurs essais randomisés convergents existe pour deux techniques de TCC : le modeling de participation et la gestion des contingences de renforcement ; une présomption d'efficacité existe pour la désensibilisation en imagination ou in vivo, la technique du modèle in vivo et la technique du modèle filmé.

Dans la phobie scolaire, deux études contrôlées randomisées ont été publiées, l'une montrant la supériorité des TCC sur une liste d'attente, l'autre concluant à l'efficacité des TCC mais aussi d'un soutien psycho-éducatif, introduit initialement comme condition contrôle. Pour la phobie sociale, seule une étude contrôlée récente a montré qu'un traitement intitulé « Social effectiveness therapy for children », qui associe entraînement de groupe aux habiletés sociales, exposition individuelle et tâches à la maison, était plus efficace qu'une psychothérapie non spécifique centrée sur l'anxiété de performance, et que les bénéfices étaient maintenus à 6 mois.

Pour un ensemble de troubles anxieux regroupés dans les mêmes études, à savoir l'hyper-anxiété, l'anxiété de séparation et le trouble de l'évitement de l'enfant, une présomption d'efficacité peut être évoquée à partir de 4 études contrôlées montrant la supériorité d'un programme de traitement individuel par TCC sur le non traitement, et de 2 études contrôlées montrant la supériorité de la TCC de groupe sur une liste d'attente. De plus, une étude en TCC de groupe associant parents et enfants pour le traitement de l'anxiété de séparation chez des préadolescents montre un taux de guérison après 3 ans supérieur à celui en fin de traitement.

Dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent, on ne peut parler que de présomption d'efficacité d'un programme de TCC fondé sur l'exposition avec prévention de la réponse (programme manuelisé). Un seul essai randomisé de faible puissance et 9 études concordent en faveur de l'efficacité de ce traitement sur les symptômes obsessionnels et compulsifs, à court terme (entre 25% et 79% des sujets sont améliorés) et à long terme (6 études incluent des suivis allant de 3 mois à 14 ans). De vastes études contrôlées randomisées multi-centriques sur l'efficacité de la TCC, seule ou en association avec la pharmacothérapie, sont actuellement en cours; elles devront apporter des preuves mieux établies de l'efficacité des TCC dans cette indication.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'efficacité des TCC pour le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses dont les résultats sont congruents et indiquent que les TCC apportent une amélioration symptomatique significative. Mais les études incluses dans ces méta-analyses sont peu nombreuses, de qualité médiocre et utilisent des échantillons de sujets recrutés en population générale, plutôt que demandeurs de soins, donc moins sévèrement atteints. On peut parler de

présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée chez l'enfant ou l'adolescent, mais les TCC ne peuvent actuellement être recommandées comme traitement unique dans les cas de dépression sévère chez le sujet jeune.

De nombreuses techniques cognitivo-comportementales sont utilisées dans les programmes d'intervention psychosociale destinés au traitement des troubles envahissants du développement, notamment l'autisme, et des troubles externalisés, c'est-à-dire hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent. Ces programmes incluent le plus souvent une participation active des parents et ont fait preuve d'une bonne efficacité.

6.2.4. Implication de la notion de validation empirique des interventions psychothérapeutiques pour la formation des psychothérapeutes

Dans le cadre des TCC, la notion de traitement empiriquement validé s'inscrit dans la conception générale du praticien scientifique (scientist practitioner). Cette conception comporte des implications, tant en matière de formation de base que de formation plus spécifique. En effet, une telle conception requiert une formation de base de type maîtrise en psychologie ou en médecine (ou une formation équivalente à un niveau universitaire). Les compétences cliniques de base comprennent des connaissances et compétences en matière de psychodiagnostic, de psychopathologie et des modèles d'intervention dans le contexte de la prévention, de la prophylaxie, et des interventions brèves, ainsi que des connaissances et compétences en méthodologie de la recherche empirique pour comprendre les publications scientifiques et pour travailler selon le cycle empirique.

Cette formation de base doit être complétée par une formation spécialisée, telle une maîtrise professionnalisante accessible aux détenteurs d'un diplôme de maîtrise en psychologie ou sciences médicales (ou maîtrise de niveau et de contenu équivalents).

Ces compétences cliniques avancées comprennent la connaissance des modèles étiologiques pour les pathologies, y compris les pathologies sévères, les méthodes et techniques d'intervention plus complexes, la prise en charge de plus longue durée, et les relations thérapeutiques difficiles. Enfin, ces compétences comprennent également la connaissance des méthodologies de recherche clinique avancées (par exemple, l'étude de cas unique, la comparaison de groupes cliniques).

6.2.5. Conclusions

En conclusion, un nombre croissant de procédures de traitements cognitifs et comportementaux ont pu démontrer empiriquement leur efficacité et leur supériorité par rapport au placebo. Ces traitements comprennent un très large éventail de troubles et concerne les adultes et les enfants et adolescents, quoique dans une moindre mesure. Ces développements constituent incontestablement une avancée importante pour l'amélioration de la santé mentale. Dans les domaines où ils sont disponibles, ces traitements doivent être clairement préférés à ceux qui n'ont pu établir leur efficacité.

Cependant, différentes limites sont à souligner :

Des traitements validés n'existent pas pour toutes les pathologies existantes ;

Les traitements validés n'ont pas été conçus pour les cas présentant de la comorbidité. Hors, dans la pratique clinique, ceux-ci sont plutôt la règle que l'exception.

Les traitements validés concernent avant tout les interventions thérapeutiques (tertiaires) et ne couvrent pas les interventions de préventions primaires ou secondaires.

Les traitements sont validés pour des troubles, et pas pour leur efficacité sur des processus.

La recherche connaît une évolution rapide dans ce domaine. L'image capturée dans ce rapport est susceptible d'évolutions importantes et rapides.

Enfin, l'adoption du modèle du praticien scientifique que sous-tend la notion de traitement empiriquement validé implique un niveau avancé de formation spécialisée pour le psychothérapeute.

Tableau 1. : Critères d'identification des traitements appuyés empiriquement (TPAE ; Chambless et coll., 1998).

Traitements dont l'efficacité est établie	Traitements dont l'efficacité est probable
<p>I. Au moins deux bonnes études avec groupe de comparaison en démontrent l'efficacité de l'une ou plusieurs des façons suivantes :</p> <p>A : supérieur (de façon statistiquement significative) à une médication ou à un placebo psychologique ou à un autre traitement ;</p> <p>B : équivalent à un traitement dont l'efficacité a déjà été établie, lors d'études réalisées avec un échantillon adéquat</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>II. Une grande série d'études à cas uniques (n° 9) en démontrent l'efficacité. Ces études doivent :</p> <p>A : utiliser un bon design expérimental ;</p> <p>B : comparer l'intervention à un autre traitement comme dans I. A.</p>	<p>I. Deux études montrent que le traitement est supérieur (de façon statistiquement significative) à un groupe contrôle sur liste d'attente.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>II. Une étude ou plus répondent aux critères I.A ou I.B., III., et IV., mais non au critère V. des traitements dont l'efficacité est établie.</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>III. Une petite série d'études à cas uniques (n°3), mais qui rencontrent par ailleurs les critères des traitements dont l'efficacité est établie.</p>

<p>AUTRES CRITERES POUR I ET II</p> <p>III. Les études doivent être menées avec des manuels de traitement.</p> <p>IV. Les caractéristiques des participants de l'échantillon doivent être clairement spécifiées.</p> <p>V. Les effets doivent avoir été démontrés par au moins deux chercheurs ou équipes de chercheurs différents.</p>	
--	--

Tableau 2. : Effets des interventions cognitivo-comportementales

Pathologies	Etudes retenues	Principaux résultats
Troubles anxieux		
Agoraphobie	2 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Trouble panique	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC ; diminution significative des attaques de panique
Trouble de l'anxiété généralisée	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet après la fin du traitement
Phobie sociale	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet au cours du suivi
Stress post-traumatique	2 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC ; maintien au suivi ; efficacité prouvée de l'EMDR (simple variante de la TCC)
Trouble obsessionnel compulsif	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Phobie spécifique	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles de l'humeur		
Dépression d'intensité moyenne ou légère en ambulatoire	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Dépression hospitalisée	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC
Dépression du sujet âgé	1 méta-analyse	Efficacité prouvée de la TCC
Trouble bipolaire sous médicaments psychotropes	1 méta-analyse	Présomption d'efficacité de la TCC

Schizophrénie		
Schizophrénie chronique sous neuroleptiques	3 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC
Schizophrénie en période aiguë sous neuroleptiques	1 méta-analyse	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles de la personnalité		
Personnalité borderline	2 méta-analyses, 5 études contrôlées	Efficacité prouvée de la TCC
Personnalité évitante	1 étude contrôlée	Présomption d'efficacité de la TCC
Alcoolodépendance	2 méta-analyses, 1 revue	Efficacité prouvée de la TCC
Troubles du comportement alimentaire		
Boulimie	4 méta-analyses	Efficacité prouvée de la TCC à court terme
Hyperphagie boulimique	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC
Anorexie	1 étude contrôlée post-hospitalisation	Présomption d'efficacité pour la prévention des rechutes après reprise de poids
Troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et de l'adolescent		
Troubles dépressifs d'intensité modérée	2 méta-analyses	Présomption d'efficacité de la TCC
Troubles anxieux	6 études contrôlées	Présomption d'efficacité de la TCC mais pas d'études spécifiques par type de trouble

6.2.6. Références

CHRISTOPHERSEN, E.R. & MORTWEET, S.L. (2001). Treatments that work with children: Empirically supported strategies for managing childhood problems. Washington, DC, US: American Psychological Association.

FOA, A. & KEANE, T.M. et al. (Ed.) (2000). Effective treatments for PTSD: Practive guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York: Guildford Press.

INSERM (2004). Rapport sur l'efficacité des psychothérapies. Résumé disponible sur www.inserm.fr

LADOUCEUR, R., BOISVERT, J.-M., LORANGER, M., MORIN, C. M., PÉPIN, M. & BLAIS, M.-C. (2003). Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : Etat de la question et critique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 13, 53-65.

TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.

6.3. Psychothérapie à orientation systémique et familiale

6.3.1. Préambule

Il paraît indispensable de souligner la manière dont les recherches sur l'efficacité des psychothérapies ont été le plus souvent réalisées. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'étudier la réduction, voire la disparition d'un ou de plusieurs symptômes ou encore l'amélioration d'une ou de plusieurs variables, déterminées dès la conceptualisation de l'étude. La pratique clinique montre à suffisance que la disparition d'un symptôme, bien que désirée, peut être suivie de l'apparition d'un ou plusieurs symptômes inédits qui constituent autant de signes d'une pathologie toujours présente, malgré le traitement initié.

Le champ des psychothérapies familiales ayant développé un certain nombre de recherches pour vérifier l'efficacité de ses pratiques, il y a lieu de résumer les principaux résultats concernant différentes pathologies.

6.3.2. Introduction

Une revue de la littérature récente réalisée par Shadish et Baldwin (2003) montre qu'à l'aide de l'approche quantitative par méta-analyse portant sur environ 1500 études, l'évaluation des thérapies de famille ou de couple (toutes les études reprises sont randomisées et contrôlées) montre l'efficacité de la psychothérapie familiale et de couple. Pour mesurer l'importance de l'effet d'un traitement, la méta-analyse utilise la taille de l'effet comme mesure commune. La mesure la plus adéquate de la taille de l'effet est la médiane standardisée des différences, indiquée comme d : ainsi Cohen (1988) suggère que $d = .20$ indique un petit effet, $d = .50$ un effet moyen et $d = .80$ un effet important. Avec un d entre $.48$ et $.65$, l'efficacité de la psychothérapie de famille se révèle significative, même en comparaison avec d'autres approches psychothérapeutiques. Une autre manière de formuler ces résultats est qu'il existe 40 à 50% de chance d'observer une amélioration significative chez les patients en détresse suivis en thérapie familiale.

D'autres résultats émergent de ces analyses :

- la thérapie de couple semble induire de meilleurs résultats que la thérapie de famille, probablement parce que les problèmes abordés en famille sont souvent plus graves (ex. schizophrénie);
- des approches différentes en psychothérapie familiale semblent induire la même efficacité;
- les études concernant l'efficacité de la thérapie familiale pour des situations cliniques spécifiques sont peu nombreuses, bien que certaines d'entre elles sont particulièrement intéressantes.

6.3.3. Les situations cliniques spécifiques

Les résultats d'efficacité les plus marqués ont été obtenus en évaluant des situations cliniques sévères (ex : toxicomanies, alcoolisme, délinquance, schizophrénie) : les recherches n'ont pas été réalisées en situation clinique habituelle et ont nécessité une méthodologie spécifique. Les auteurs se sont inquiétés de l'application de leurs méthodologies en situation réelle. C'est pourquoi les résultats doivent être considérés comme montrant l'efficacité (testée dans des conditions idéales) des thérapies par opposition à l'efficience (réellement utile dans les situations pratiques) des thérapies en situation clinique réelle.

Les toxicomanies

1) Toxicomanies chez les adolescents

De nombreuses recherches montrent l'impact délétère d'interactions familiales perturbées sur l'initiation, le maintien et les rechutes en toxicomanie chez les adolescents, et ceci à travers les cultures et les époques : inattention des parents, absence de discipline, communication de pauvre qualité. En revanche, des éléments comme la désapprobation claire de la toxicomanie par les parents exercent un effet bénéfique. C'est pourquoi la thérapie familiale est considérée comme un élément indispensable du traitement des toxicomanies chez l'adolescent et a été conceptualisée de manière plus systématique. Ainsi des manuels ont été publiés et ont, secondairement, permis d'initier des recherches dans plusieurs laboratoires.

Les études récentes (Liddle et Rowe, 1998; Hogue et al, 1998; Williams et Chang, 2000; Diamond et Diamond, 2001) apportent les éléments suivants :

- réduction de l'utilisation de différentes drogues (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne et autres narcotiques), en comparaison avec la thérapie individuelle, la thérapie de groupe et la psychoéducation.
- effet à long terme plus marqué (4 ans);
- réduction des co-morbidités psychiatriques;
- amélioration des performances scolaires et de la présence en classe;
- amélioration du fonctionnement familial (conflits, cohésion, adaptabilité);
- réduction des dépenses légales et de santé (réduction des jours en prison et en hôpital).

2) Toxicomanies chez l'adulte

Peu d'études ont été réalisées dans ce domaine; cependant, il semble que l'on puisse, en partie, extrapoler les résultats obtenus dans le cas de toxicomanies d'adolescents. Tout récemment 2 domaines ont fait l'objet d'évaluations : travail thérapeutique pour l'acceptation de la prise en charge par le toxicomane adulte à l'aide d'un (ou plusieurs) membre important de la famille; application des thérapies de couple d'orientation comportementale, déjà efficaces en cas d'alcoolisme.

Les premiers résultats sont les suivants (Fals-Stewart et al, 1998, 2000, 2002; Kirby et al, 1999) :

- la prise en charge du toxicomane adulte est plus fréquente quand un membre important de la famille est impliqué dans une approche thérapeutique de type systémique; cependant cette amélioration n'est pas maintenue au cours du temps;
- l'approche familiale de type comportementale s'accompagne d'une réduction du recours au produit, d'une abstinence plus longue et plus durable, d'une

amélioration des relations et du fonctionnement familial, d'une réduction des jours passés en prison ou en hôpital.

Ces résultats sont très nets et induisent les chercheurs à poursuivre les évaluations dans ce domaine, tout en se posant la question de l'application des données de la recherche dans la clinique de tous les jours.

3) L'alcoolisme chez l'adulte

Les évaluations ont été, ici, plus nombreuses que dans le cas de toxicomanies diverses chez l'adulte et ont porté sur les approches thérapeutiques suivantes, en ce qui concerne l'aide aux familles : thérapie pour améliorer l'adaptation au stress (Rychtarik et McGillicuddy, 1998); approche des 12 étapes d'Al-Anon pour la famille (Miller et al, 1999) ou en groupe (Dittrich et Trapold, 1984); psychoéducation des membres non alcooliques de la famille (CRAFT) (Miller et al, 1999); approche familiale unilatérale pour le conjoint non alcoolique (Thomas et al, 1990); approche pour un changement sous pression (Barber et al, 1996, 1998); thérapies de couple de type comportemental, centrés sur le contrôle de la prise de disulfiram (Azrin, 1976; Azrin et al, 1982; O'Farell et al, 1992, 1993, 1998) ou sous un autre contrat (Fals et al, 2001, 2002); approche familiale ou de couple plus classique (McCrary et al, 1979; Orchen, 1983; Grigg, 1994; Shoham et al, 1998).

Ces nombreuses études ont montré les évaluations suivantes :

- la supériorité de l'approche psychoéducative centrée sur le conjoint non alcoolique en ce qui concerne l'acceptation de prise en traitement par l'alcoolique, par rapport aux autres approches étudiées;
- l'efficacité des approches comportementales pour les couples dont un des membres est alcoolique (plus d'abstinence, moins de problèmes liés à l'alcool, moins de séparations et de divorces);
- l'efficacité supérieure des thérapies de couple de type comportemental lorsqu'elles sont améliorées par un contrat spécifique;
- l'efficacité des thérapies familiales dites «classiques» s'avère présente quand le problème de communication est prédominant dans le couple ou la famille de l'alcoolique.

Les troubles comportementaux et émotionnels de l'enfance

Jusqu'en 1995, la recherche dans ce domaine était relativement pauvre. De plus, la majorité des études pouvaient être considérée comme «centrées sur la famille» plutôt qu'évaluant des interventions familiales. En effet, les interventions psychothérapeutiques qui font participer un ou les deux parents comme «co-thérapeute», attitude thérapeutique assez fréquente, se différencie nettement de la thérapie familiale qui, elle, s'occupe des besoins des enfants autant que de ceux des parents et inclut l'analyse de la problématique familiale qui peut contribuer aux difficultés de l'enfant. Depuis, la situation n'a pas changé de façon fondamentale (Northey et al, 2003), bien qu'une attention plus marquée a été dévolue aux besoins des parents et au fonctionnement de la famille. C'est essentiellement dans le champ de la dépression que les recherches ont été menées sur des interventions familiales systémiques. La plupart des études ont évalués ce qu'on peut appeler «la formation parentale».

Ce sont les troubles comportementaux «externalisés» comme le trouble de l'attention et hyperactivité (ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder) et le comportement oppositionnel (ODD, Oppositional Defiant Disorder) qui ont été plus étudiés chez l'enfant que les troubles «internalisés» comme la dépression et l'anxiété.

Les résultats de ces recherches sur les interventions familiales en cas de troubles comportementaux et émotionnels de l'enfance sont les suivants :

1) ADHD

Le traitement combiné (pharmacothérapie aux stimulants et psychothérapie) est reconnu comme le traitement de choix, la recherche se centrant sur les «formations parentales». Dans ces cas, on peut retenir les conclusions suivantes:

- réduction de l'inattention et de l'hyperactivité, des troubles des conduites et de la non observance (Anastopoulos et al, 1993; Sonuga-Barke et al, 2001);
- réduction significative de l'ADHD aux échelles d'évaluation dans 64% des cas par comparaison aux 27% de la liste d'attente (Anastopoulos et al, 1993);
- amélioration de l'estime de soi des parents (Sonuga-Barke et al, 2001);
- amélioration du comportement des enfants à la maison et à l'école par traitement combinant la médication stimulante, la formation parentale et la formation des professeurs (Pelham et al, 1988).

2) ODD

L'intervention familiale de type «formation parentale» est considérée comme la plus appropriée. Les résultats les plus intéressants des recherches portant sur ce type d'intervention montrent que les comportements agressifs des parents et des enfants sont liés et surviennent dans une interaction réciproque amenant l'escalade de la violence. Une revue complète des résultats de cette recherche – qui peut être considéré comme une des plus approfondies en psychologie de l'enfance (Serketich et Dumas, 1996) – en comparaison avec des groupes placebo, des listes d'attente et d'autres interventions familiales, montre que la «formation parentale» donne les meilleurs résultats, notamment sur les comportements agressifs et la non observance chez les enfants. La taille de l'effet (méta-analyse) est de .73 à .84, avec persistance de l'effet thérapeutique à long terme dans un certain nombre de cas (Forehand et Long, 1988).

Malgré un effet thérapeutique certain à court terme, mais relatif à long terme, il est important de constater que le taux d'arrêt de traitement est élevé, aux environs de 38% (Eyberg, 1996). Les facteurs de risque d'arrêt de traitement sont les suivants : pauvreté, isolement maternel, psychopathologie des parents, surtout la dépression maternelle (Dumas, 1989).

3) L'autisme

Sept études contrôlées ont été réalisées chez des enfants autistes, traités par des approches familiales psycho-éducatives et comportementales.

Les études montrent une amélioration du développement cognitif et du langage des enfants. Selon l'une de ces études (Lovaas et al, 1981), 6 ans après la fin du traitement, 47% des enfants autistes ont pu recouvrer un fonctionnement intellectuel et éducationnel normal, 40% sont restés modérément retardés et furent inscrits dans des classes spécialisées pour enfants présentant un retard de langage, 10% sont restés profondément retardés; les deux groupes contrôle d'autistes n'ayant pas

participé au traitement expérimental présentèrent 2% de retour à un fonctionnement normal, 45% de retard modéré, et 53% de retard sévère.

4) Les troubles anxieux

Les recherches se sont concentrées sur l'évaluation des thérapies cognitives centrées sur la famille, soit quand seuls l'enfant et les parents sont reçus en consultation, soit lorsque plusieurs familles et les enfants sont reçus en groupe (Silverman et Berman, 2001).

Les résultats les plus intéressants sont les suivants :

- rémission de la psychopathologie anxieuse à 1 an plus importante, en comparaison avec la thérapie cognitive individuelle;
- meilleurs résultats en thérapie familiale lorsque l'enfant est plus jeune;
- amélioration plus importante en thérapie familiale lorsque le parent est anxieux aussi, en comparaison avec l'approche individuelle;
- lorsque les résultats sur l'anxiété de l'enfant sont semblables avec intervention familiale et en individuel, on note cependant des améliorations significatives du fonctionnement familial en cas d'interventions familiales (Barett, 1998) : moins de conflits, parentage de meilleure qualité, réduction des peurs chez l'enfant;
- dans la phobie sociale, l'intervention thérapeutique cognitive individuelle et familiale amènent des améliorations identiques, et meilleures que chez les enfants en liste d'attente (Spence et al, 2000).

5) La dépression chez l'enfant

La revue de la littérature scientifique par Northey et al (2003) dénombre 3 études évaluant l'impact des interventions familiales systémiques en cas de dépression majeure chez l'enfant, en comparaison avec la thérapie cognitive. Les résultats montrent un effet thérapeutique plus important de la thérapie cognitive sur la dépression, et même sur le fonctionnement familial. En revanche, les deux types de thérapie ont le même effet sur l'idéation suicidaire.

Pour les auteurs, les études sont encore trop peu nombreuses pour tirer des conclusions définitives sur l'effet des interventions familiales en cas de dépression chez l'enfant.

Les troubles affectifs

1) La dépression unipolaire

La dépression majeure unipolaire est souvent associée à une relation conjugale de mauvaise qualité, sinon en souffrance. Ceci a été démontré dans de nombreuses études, comme l'évalue Whisman (2001). Plusieurs approches thérapeutiques systémiques ont été évaluées : thérapies de type comportemental (Jacobson et al, 1991; Beach et O'Leary, 1992; Teichman et al, 1995), thérapie de couple, psychoéducation quand un parent est déprimé (Sanders et McFarland, 2000).

Les résultats sont les suivants :

- la thérapie de couple n'est pas un traitement de la dépression car elle ne réduit pas plus la symptomatologie dépressive que les autres approches thérapeutiques individuelles étudiées;
- en revanche, la thérapie de couple réduit la symptomatologie dépressive en améliorant la satisfaction du couple ou en améliorant l'environnement psychique du couple;

- il est notable qu'environ 30% de nouveaux cas de dépression surviennent suite à un problème de couple, ce qui induit à penser qu'une approche thérapeutique systémique pourrait être préventive;
- l'intervention de psychoéducation est nettement supérieure à une approche clinique banale, en ce qui concerne les parents déprimés, confrontés à leur enfant;
- l'approche systémique de couple est bien acceptée actuellement (Leff et al, 2000), ce qui n'était pas le cas lors des premières études sur l'impact de la thérapie de couple dans la dépression (McLean et Miles, 1975);
- les interruptions de traitement sont plus nombreuses (56,8%) en cas de traitement médicamenteux seul que lorsqu'une approche de thérapie de groupe est appliquée (15%) (Leff et al, 2000).

2) Le trouble bipolaire

L'impact de la maladie chronique et de ses variations sur la vie du couple et de la famille a fait l'objet de nombreuses recherches qui, toutes, ont montré l'effet souvent dévastateur de la méconnaissance de la maladie par la famille et de graves problèmes d'observance de traitements lorsque le membre atteint n'était pas soutenu pour faire face à son trouble mental et à la stigmatisation de celle-ci. Dès 1986, Anderson et ses collaborateurs ont évalué et comparé différentes formes d'interventions familiales pour les patients atteints de troubles de l'humeur, et notamment des approches psychoéducatives, centrées sur le patient et sur les familles.

Deux études contrôlées ont été réalisées avec des patients bipolaires et leurs familles, et sont considérées de bonne qualité (Clarkin et al, 1998; Miklowitz et al, 2000). Elles montrent que, en association avec un traitement médicamenteux :

- un taux de rechute inférieur en cas d'approche familiale avec psychoéducation (29% versus 53%);
- une stabilisation plus importante des symptômes dépressifs (mais non maniaques) après 1 an en cas d'approche familiale éducationnelle.

La schizophrénie

Quatre méta-analyses (Benton et Schroeder, 1990; Mari et Steiner, 1994; Wunderlicht et al, 1996; Pitschel-Walz et al, 2001) ont été réalisées en ce qui concerne l'impact des approches familiales chez des patients schizophrènes et leurs familles. Les traitements appliqués concernent différentes formes d'interventions familiales, dont des approches psycho-éducatives; les variables analysées sont, d'une part le taux de rechutes et de nouvelles hospitalisations, d'autre part, le fonctionnement psycho-social des patients.

Il ressort de l'ensemble de ces analyses que :

- les interventions thérapeutiques d'introspection ont peu d'impact sur les variables étudiées;
- un meilleur ajustement social des patients en cas d'approche psychoéducatrice familiale;
- une habilité sociale accrue avec amélioration de la qualité de vie;
- une réduction du fardeau familial de la maladie;
- une réduction des émotions exprimées dans la famille et par le patient;
- une réduction du taux de rechutes.

En ce qui concerne les études contrôlées (Doane et al, 1986; Hogarty et al, 1991; Eckman et al, 1992; Barrowclough et al, 1999, 2001), elles montrent des résultats plus précis très intéressants :

- il n'existe pas de nette différence en fonction des modèles utilisés, bien que l'information et la psycho-éducation semblent essentielles;
- les interventions brèves (moins de 10 séances) n'ont pas d'impact à long terme;
- l'impact sur la prévention des rechutes est net;
- la psycho-éducation seule n'est pas suffisante et doit s'associer à des interventions familiales sur l'engagement, le support et la résolution de problèmes;
- la thérapie familiale donne de meilleurs résultats que la thérapie individuelle;
- l'effet du traitement s'arrête quand le traitement s'arrête, ce qui conduit à privilégier les traitements longs;
- l'approche multifamiliale donne de meilleurs résultats que l'approche familiale individuelle (McFarlane et al, 1995).

Les troubles du comportement alimentaire

Les études contrôlées avec des patientes anorexiques et boulimiques ont évalué diverses formes d'interventions psychothérapeutiques : thérapie de type analytique et thérapie cognitivo-comportementale, en ce qui concerne les approches individuelles, en combinaison ou non avec une thérapie familiale, des approches diététiques et éducationnelles, des thérapies de groupe (Crisp et al, 1991; Eisler et al, 1997).

Lorsque les deux approches individuelles et familiales sont comparées, elles se montrent, le plus souvent, comparables en termes d'efficacité sur la reprise de poids et la symptomatologie générale présentée par les patientes.

Cependant, toutes les études ont pu décrire et quantifier les bénéfices spécifiques secondaires aux interventions familiales, au point qu'une approche individuelle sans une certaine participation des parents n'est pas recommandée (Dare et al, 2001; Eisler et al, 2000).

Les résultats de ces évaluations sont les suivants :

Pour l'anorexie mentale

- amélioration des troubles contextuels tels que tension et stress dans les contacts avec la famille et appauvrissement de la vie sociale;
- amélioration plus significative lorsque l'anorexie a un début précoce (< 18 ans) et une durée brève (< 3 ans) (Le Grange et al, 1992);
- des niveaux élevés de critiques parentales avant la thérapie donnent des résultats médiocres tant en approche individuelle qu'en approche familiale.

Pour la boulimie nerveuse

- la boulimie bénéficie des thérapies comportementales mais il n'y a pas d'orientations thérapeutiques supérieures à une autre, lorsque l'on compare l'introduction de la famille ou du groupe aux approches individuelles (McKisack et Waller, 1997);
- en revanche, les approches thérapeutiques renforçant les liens d'appartenance communautaire semblent plus bénéfiques.

6.3.4. Conclusions

L'évaluation de l'efficacité de la thérapie familiale s'est surtout centrée sur la schizophrénie, les troubles du comportement alimentaire, les abus de substances et les troubles de l'humeur chez l'adulte. Chez l'enfant, ce sont les troubles du comportement comme l'hyperactivité (ADHD), les troubles des conduites (ODD), et l'autisme qui ont été particulièrement étudiés.

Les troubles anxieux chez l'adulte n'ont pas fait l'objet d'évaluations en thérapie familiale.

Quelques études évaluent l'impact des thérapies de couple associées à la sexothérapie sur les dysfonctions sexuelles, avec des résultats à court terme.

Une approche nouvelle et intéressante est l'évaluation de la place des familles dans l'évolution et le traitement des maladies physiques : par exemple, les études utilisant les approches psychoéducatives avec des familles dont un membre est dément ont montré des résultats intéressants pour la prise en charge de ce type de patient.

L'expertise collective réalisée par l'INSERM en 2004 (Psychothérapie- Trois approches évaluées, p. 513) va dans le même sens que le présent rapport.

Dans cette expertise française, les auteurs, étudiant les effets des thérapies familiales en fonction des troubles psychopathologiques, montrent que les thérapies familiales présentent un intérêt significatif pour les schizophrénies (4 méta-analyses, 6 études contrôlées), l'anorexie (5 études contrôlées, une revue systématique), les troubles de l'humeur (5 études contrôlées), l'alcool-dépendance (2 méta-analyse, 2 revues systématiques), l'autisme infantile (7 études contrôlées), l'hyperactivité (3 études contrôlées, 2 études prospectives contrôlées), les troubles des conduites (8 études contrôlées) et les troubles anxieux chez l'enfant (1 étude contrôlée).

L'approche systémique en thérapie familiale, largement dominante dans le champ clinique, donne des résultats significatifs, surtout pour l'anorexie, le trouble bipolaire et la dépression majeure. Par ailleurs, le domaine des thérapies familiales s'ouvre à de nombreux outils qui en améliorent l'impact. C'est ainsi qu'une grande partie des recherches décrites dans ce résumé a été réalisée par des auteurs utilisant aussi bien l'approche psychoéducative que cognitivo-comportementale.

6.3.5 Références

- ANASTOPOULOS AD, SHELTON T, DUPAUL GJ, GUEVREMONT DC. Parent training for attention deficit hyperactivity disorder: Its impact on parent functioning. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1993; 21: 581-595.
- ANDERSON CM. The all-to-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy* 1986; 12: 351-354.
- AZRIN NH. Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy* 1976; 14: 339-348.
- AZRIN NH, SISSON RW, MEYERS R, GODLEY M. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1982; 13: 105-112.
- BARBER JG, GILBERTSON R. An experimental study of brief unilateral intervention for the partners of heavy drinkers. *Research on Social work Practice* 1996; 6: 325-336.
- BARBER JG, GILBERTSON R. Evaluation of a self-help manual for the female partners of heavy drinkers. *Research on Social Work Practice* 1998; 8: 141-151.
- BARRETT PM. Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology* 1998; 27: 459-468.
- BARROWCLOUGH C, HADDOCK G, TARRIER N, LEWIS SW, MORING J, O'BRIEN R, SCHOFIELD N, MCGOVERN J. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1706-1713.
- BARROWCLOUGH C, TARRIER N, LEWIS S, SELLWOOD W, MAINWARING J, QUINN J, HAMLIN C. Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 505-511.
- BEACH S. Affective disorders. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(2): 247-261.
- BEACH SRH, O'LEARY KD. Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy* 1992; 23: 507-528.
- BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 741-747.
- CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL D, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatric Services* 1998; 49: 531-533.
- COHEN J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
- CRISP AH, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, LEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 325-333.
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE L. Psychosocial therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 216-221.
- DIAMOND GS AND DIAMOND GM. Studying a matrix of change mechanisms: an agenda for family-based process research. In: Liddle et al. (Eds) *Family psychology: science-based interventions*. Washington DC, American Psychological Association, 2001, pp 41-66.

DITTRICH JE, TRAPOLD MA. Wives of alcoholics: A treatment program and outcome study. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 1984; 3: 91-102.

DOANE JA, GOLDSTEIN MJ, MIKLOWITZ DJ, FALLOON IR. The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 279-287.

DUMAS JE. Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review* 1989; 9: 197-222.

ECKMAN TA, WIRSHING WC, MARDER SR, LIBERMAN RP, JOHNSTON-CRONK K ET COLL. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1549-1555.

EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 727-736.

EISLER I, DARE C, RUSSELL GF, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1025-1030.

EYBERG SM. Parent-child interaction therapy. In: Ollendick T (Chair). *Developmentally based integrated psychotherapy with children: Emerging models*. Symposium presented at the annual meeting for the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada 1996.

FALS-STEWART W AND BIRCHLER GR. Marital interactions of drug-abusing patients and their partners: Comparisons with distressed couples and relationship to drug-using behaviour. *Psychology of Addictive Behaviour* 1998; 12(1): 28-38.

FALS-STEWART W, BIRCHLER GR. Behavioral couples therapy with alcoholic men and their intimate partners: The comparative effectiveness of bachelor's and master's level counselors. *Behavior Therapy* 2002; 33: 123-147.

FALS-STEWART W, KASHDAN TB, O'FARRELL TJ, BIRCHLER GR. Behavioral couples therapy for male drug abusing patients and their partners: The effect on interpartner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2002; 22: 1-10.

FALS-STEWART W, O'FARRELL TJ, FEEHAN M, BIRCHLER GR, TILLER S, MCFARLIN SK. Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2000; 18: 249-254.

FALS-STEWART W, O'FARRETT TJ. Behavioral couples therapy increases compliance with naltrexone among male alcoholic patients. Unpublished data. Research Institute on Addiction, Buffalo, NY, 2002.

FOREHAND R, LONG N. Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1988; 10: 129-177.

GRIGG DN. An ecological assessment of the efficacy of individual and couples treatment of experiential systemic therapy for alcohol dependency. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Canada, 1994.

HOGARTY GE, ANDERSON CM, REISS DJ, KORNBLITH SJ, GREENWALD DP, ET COLL. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group*. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 340-347.

HOGUE A, LIDDLE HA, ROWE C, TURNER RM, DAKOF G, LAPANN K. Treatment adherence and differentiation individuals versus family therapy for adolescent substance abuse. *Journal of Counselling Psychology* 1998; 45: 104-114.

INSERM "Psychothérapie. Trois approches évaluées". Les éditions Inserm, Paris 2004.

JACOBSON NS, DOBSON K, FRUZZETTI AE, SCHMALING KB, SALUSKY S. Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991; 59: 547-557.

KIRBY KC, MARLOWE DB, FESTINGER DS, GARVEY KA, LAMONACA V. Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: A unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 56: 85-96.

LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B, ASEN E, et al. The London Depression Intervention Trial. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 95-100.

LE GRANGE D, EISLER I, DARE C, RUSSELL GMF. Evaluation of family treatments in adolescent anorexia nervosa. A pilot study. *Int J Eat Disor* 1992; 12: 347-357.

LIDDLE HA, ROWE C. Family measures in drug abuse prevention research. In: *Drug abuse prevention through family interventions*. Ashery R. (Ed), Rockville, MD: National Institute on drug abuse, 1998.

LOVAAS OI, ACKERMAN AB, ALEXANDER D, FIRESTONE P, PERKINS J, YUNG D. Teaching developmentally disabled children: the me book. Pro-Ed, Austin, Texas, 1981.

MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994; 24: 565-578.

MCCRADY BS, PAOLINO TJ JR, LONGABAUGH R, ROSSI J. Effects of joint hospital admission and couples treatment for hospitalised alcoholics: A pilot study. *Addictive Behaviors* 1979; 4: 155-165.

MCFARLANE WR, DIXON L, LUKENS E, LUCKSTED A. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(2): 223-245.

MCKISACK C, WALLER G. Factors influencing the outcome of group psychotherapy for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997; 22: 1-13.

MCLEAN PD, MILES JE. Training family physicians in psychosocial care: An analysis of a program failure. *Journal of Medical Education* 1975; 50: 900-902.

MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A, SACHS-ERICSSON N, et al. Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 582-592.

MILLER WR, MEYERS RJ, TONIGAN JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 688-697.

NORTHEY WF JR, WELLS KC, SILVERMAN WK, BAILEY CE. Childhood behavioural and emotional disorders. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(4): 523-545.

NORTHEY WF, WELLS KC, SILVERMAN WK, BAILEY CE. Childhood behavioural and emotional disorders. In: Sprenkle DH (ed). *Effectiveness research in marriage and family therapy*. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family therapy 2002: 89-121.

O'FARRELL TJ (ED.). Treating alcohol problems: Marital and family interventions. New York: Guilford Press 1993.

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HSG, BROWN ED, MCCOURT WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol* 1993; 54: 652-666.

O'FARRELL TJ, CHOQUETTE KA, CUTTER HSG. Couples relapse prevention sessions after behavioural marital therapy for alcoholics and their wives: Outcomes during three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59: 357-370.

O'FARRELL TJ, CUTTER HSG, CHOQUETTE KA, FLOYD FJ, BAYOG RD. Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy* 1992; 23: 529-549.

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 121-146.

ORCHEN MD. A treatment efficacy study comparing relaxation training EMG biofeedback, and family therapy among heavy drinkers. Unpublished doctoral dissertation, Long Island University 1983.

PELHAM WE, SCHNEDLER RW, BENDER M, NILSSON D, MILLER J, BUDROWN M, et al. The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder: A therapy outcome study. In: Bloomington LM (ed). *Attention deficit disorder*. Oxford, United Kingdom, Pergamon 1988: 29-48.

PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001; 27: 73-92.

ROWE CL AND LIDDLE HA. Substance abuse. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 97-120.

RYCHTARIK RG, MCGILLICUDDY NB. Effects of skill training and twelve-step facilitation on posttreatment coping skills in women with alcoholic partners. Poster presented at the International Conference on the Treatment of Addictive Behaviors, Santa Fe, NM 1998.

SANDERS MR, MCFARLAND M. Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy* 2000; 31: 89-112.

SERKETICH WJ, DUMAS JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 1996; 27: 171-186.

SHADISH WR AND BALDWIN SA. Meta-analysis of marital and family therapy interventions. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(4): 547-570.

SHOHAM V, ROHRBAUGH MJ, STICKLE TR, JACOB T. Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive behavioural versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology* 1998; 12: 557-577.

SILVERMAN WK, BERMAN SL. Psychosocial interventions for anxiety disorders in children: Status and future directions. In: Silverman WK, Treffers PDA (eds). *Anxiety disorders in children and adolescents: Research, assessment and intervention*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press 2001: 313-334.

SONUGA-BARKE EJS, DALEY D, THOMPSON M, LAVER-BRADBURY C, WEEKS A. Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder A randomised, controlled trial with a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40: 402-408.

SPENCE SH, DONOVAN C, BRECHMAN-TOUSSAINT M. The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive behavioural intervention, with and without parent involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41: 713-726.

SPRENKLE DH. Effectiveness research in marriage and family therapy: introduction. *Journal of Marital and Family therapy* 2003; 29(1): 85-96.

TEICHMAN Y, BAR-EL Z, SHOR H, SIROTA P, ELIZUR A. A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry* 1995; 58: 136-148.

THOMAS EJ, YOSHIOKA M, AGER R, ADAMS KB. Reaching the uncooperative alcohol abuser through a cooperative spouse. Paper presented at the Fifth Congress of the International Society for Bio-Medical Research on Alcoholism, Toronto, Ontario, Canada 1990.

Whisman MA. The association between depression and marital dissatisfaction. In: Beach SRH (ed). *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice*. Washington DC. American Psychological Association 2001.

Williams RJ, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and practice* 2000; 7: 138-166.

Wunderlich U, Wiedemann G, Bruchkremer G. Are psychosocial methods of intervention effective in schizophrenic patients? A meta-analysis. *Verhaltenstherapie* 1996; 6: 4-13.

6.4. Psychothérapie à orientation expérientielle et centrée sur le client

6.4.1. Manuels et articles récapitulatifs récents

Ces ouvrages traitent du groupe de thérapies à orientation humaniste et expérientielle, dont les sous-orientations principales sont les suivantes: la psychothérapie centrée sur le client, la psychothérapie centrée sur le focusing, la thérapie « process-experiential » (ou centrée sur les émotions), la gesalt-thérapie, la psychothérapie existentielle, la thérapie interpersonnelle et la thérapie psychodramatique.

Les points suivants sont développés dans ces publications:

Sur le plan théorique:

Aspects de l'image de l'homme

Théorie de la personnalité (aspects structurels et portant sur la psychologie du développement; notion de la personne fonctionnant de façon optimale)

Point de vue sur le dysfonctionnement et la psychopathologie

Théorie du changement de la personnalité.

Sur le plan de la pratique:

Objectifs et proposition d'indication

Principes de traitement relationnels et axés sur la tâche

Diagnose des processus

Interventions et procédures

Processus curatifs client

Problématiques spécifiques et modalités

Effets et leur mesure.

BARRETT-LENNARD, G. T. (1998). Carl Rogers' helping system: Journey and substance. London: Sage.

BIERMANN-RATJEN, E.-M., ECKERT, J, & SCHWARTZ, H. J. (1995). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch verstehen. (7th rev. ed.). Stuttgart: Kohlhammer.

BOHART, A. C. (1995). The person-centered psychotherapies. In A. S. Gurman & S. B. MESSER (Eds.), Essential psychotherapies: Theory and practice (pp. 85-127). New York: Guilford.

COOPER, M. (2003). Existential therapies. London: Sage.

ELLIOTT, R., WATSON, J. C., GOLDMAN, R. N., & GREENBERG, L. S. (2004). Learning emotion-focused therapy. The process-experiential approach to change. Washington, D. C.: APA.

FINKE, J. (1994). Empathie und Interaktion. Methodik und Praxis der Gesprächspsychotherapie. Stuttgart/New York: Thieme.

FRENZEL, P., KEIL, W.W., SCHMID, P. F., & STÖLZL (Eds.). (2001). Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie. Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Wien: Facultas.

GENDLIN, E. T. (1996). Focusing-oriented psychotherapy. A manual of the experiential method. New York: Guilford.

GREENBERG, L. S. (2002). Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings. Washington, D.C.: APA.

GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., & LIETAER, G. (2003). Humanistic-experiential psychotherapy. In G. Stricker & T. Widiger (Eds.), *Handbook of psychology*. Vol. 8. Clinical Psychology (pp. 301-326). Hoboken, N.J.: Wiley.

GREENBERG, L. S., WATSON, J., & LIETAER, G. (Eds.). (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford.

KEIL, W., & STUMM, G. (Eds.). (2001). *Die vielen Gesichter der klientenzentrierten/personenzentrierten Psychotherapie*. Wien: Springer.

LEIJSEN, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

LIETAER, G. (2002). The client-centered/experiential paradigm in psychotherapy: Development and identity. In J. C. Watson, R. N. Goldman, & M. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research and practice* (pp. 1-15). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.

LIETAER, G., & KALMTHOUT, M. VAN (1995). *Praktijkboek gesprekstherapie. Psychopathologie en experiëntiële procesbevordering*. Utrecht: De Tijdstroom.

LIETAER, G., ROMBAUTS, J., & VAN BALEN, R. (1990). *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties*. Leuven: Leuven University Press.

SACHSE, R. (1999). *Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

SACHSE, R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

SWILDENS, J. C. A. G. (1997). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

SWILDENS, J. C. A. G., DE HAAS, O., LIETAER, G., & VAN BALEN, R. (1991). *Leerboek Gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering*. Utrecht: De Tijdstroom.

VERHOFSTADT-DENÈVE, L. (2001). *Theory and practice of action and drama techniques. Developmental psychotherapy from an existential-dialectical viewpoint*. London: Jessica Kinglsey Publishers

YALOM, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

YALOM, I. D. (1995). *Theory and practice of group psychotherapy*. (Rev. ed.). New York: Basic Books.

YONTEF, G. (1993). *Awareness, dialogue and process. Essays on gestalt therapy*. Highland: Gestalt Journal Press.

6.4.2. Validation empirique: recherches sur les effets et sur les processus

Deux publications actuelles permettent d'esquisser un aperçu de l'état actuel de la recherche empirique sur les psychothérapies expérientielles et humanistes: le livre de l'american psychological association (APA), rédigé par Cain et Seeman (2002), dans lequel figure un aperçu des recherches dans la quasi totalité des secteurs et des sous-orientations du groupe des thérapies expérientielles-humanistes, ainsi qu'un chapitre de Elliott, Greenberg et Lietaer (2004) qui est repris dans la cinquième édition du 'Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change' de Lambert (2004) et qui s'oriente surtout sur les recherches effectuées après 1990. Il y a lieu de faire la distinction entre la recherche sur l'effet du traitement (outcome) et la recherche sur les processus. Dans le présent rapport est décrit un aperçu des résultats de ces recherches ; des précisions sur les contenus et méthodologies seront trouvées dans les textes des références citées.

A. Recherches sur les résultats des traitements

Méta-analyses et tailles d'effet

C'est principalement Elliott qui s'est spécialisé dans la réalisation de méta-analyses sur l'effet des thérapies centrées sur le client et expérientielles (voir Greenberg, Elliott & Lietaer, 1994; Elliott, 2002 et Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004). Alors qu'en 1994 son analyse reprenait 34 études, sa méta-analyse la plus récente en comporte 112. Environ la moitié des études ont été effectuées après 1990, ce qui indique une certaine relance de la recherche sur les effets dans cette orientation thérapeutique. Dans ce contexte, la notion d'orientation thérapeutique se rapporte au domaine élargi des thérapies expérientielles-humanistes: environ 70% des études reprises concernent la psychothérapie centrée sur le client et ses ramifications expérientielles (psychothérapie orientée sur le focusing et « process-experiential »); 20% se réfèrent à des formes de psychothérapie « de soutien et non-directives» et les 10% restants à la thérapie Gestalt, la psychothérapie existentielle et psychodramatique. 6.500 clients sont impliqués dans cet ensemble d'études. Le nombre moyen de sessions est de 22, ce qui indique clairement que la majorité de ces thérapies ne sont pas de longue durée.

Quels sont les changements moyens observés dans ces études (exprimés en unités d'écart type)? Quelles sont les tailles d'effet moyennes (TEs)? Trois types de tailles d'effet doivent être différenciées: basée sur la différence entre le pré- et le post-test (nombre de comparaisons = 114); basée sur la différence entre le groupe thérapeutique et le groupe contrôle (n = 42), basée sur la différence entre les orientations thérapeutiques (n= 74). Il transparaît de ces données que la taille d'effet pré/post test moyenne comprend .97. Il est vrai qu'ici, aucun contrôle n'est exercé sur le facteur de « rétablissement spontané », mais la taille d'effet contrôlée démontre que l'influence de ce facteur sur ces études est plutôt limitée: dans ce cas également, la taille d'effet s'élève à encore .89. Par conséquent, ces résultats se situent au même niveau de changement moyen que ceux d'autres orientations thérapeutiques (Lambert & Ogles, 2004). Un point positif à mentionner dans ce contexte est que les tailles d'effet se maintiennent entièrement lors du follow-up et ont même tendance à augmenter. Jusqu'à 11 mois la taille d'effet comprend 1.16 (n=53), à partir de 12 mois elle s'élève à 1.04 (n=33). En moyenne, il n'y a donc pas de diminution d'effets au cours du temps, bien au contraire.

Pour ce qui est de la comparaison avec d'autres orientations thérapeutiques, le « Dodo Bird verdict »⁹ se trouve confirmé une fois de plus: 'Everyone has won and all must have prizes' (Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975). Ainsi, nous obtenons une différence de taille d'effet moyenne de .04 basée sur 74 comparaisons. Il est cependant judicieux de distinguer davantage ces comparaisons et de les « épurer ». Dans ce but, sont présentées les différences de taille d'effet moyennes pour trois types de comparaison: la psychothérapie centrée sur le client classique par opposition à la thérapie comportementale et cognitive (n= 20); des formes de thérapie expérientielle axées sur la direction des processus (« process-experiential », centrée sur le focusing, centrée sur les émotions, Gestalt) par opposition à la

⁹ Métaphore tirée d'"Alice au pays des merveilles" exprimant le fait que toutes les psychothérapies (celles "testées") sont efficaces; elles aident à réduire la souffrance des patients et il n'y a pas de supériorité d'une des méthodes.

thérapie comportementale et cognitive (n = 14); des approches directives et non-directives au sein de la famille expérientielle (n=5). Les différences de taille d'effet comprennent respectivement: -.19, +.20, +.47. Les variantes plus directives de la famille expérientielle s'avèrent donc plus efficaces que la thérapie classique centrée sur le client. En outre, elles affichent une meilleure prestation que la thérapie comportementale et cognitive. Cependant, il convient de relativiser fortement ces différences de taille d'effet: tout d'abord parce-que les différences de taille d'effet entre la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle d'une part, et la psychothérapie cognitive d'autre part, s'avèrent ne pas dépasser |.20| unités de taille d'effet, ce qui est largement inférieur à la norme de ce qui est considéré comme une différence « cliniquement significative », (c.-à-d. |.40|). (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004). Mais il existe également un autre problème sérieux: l'influence qu'exerce sur la taille d'effet la thérapie à laquelle adhère le chercheur principal. Récemment, Luborsky, Diguier et al. (1999) ont fourni une fois de plus une démonstration convaincante, basée sur 29 comparaisons, du fait qu'il existe une très forte corrélation (c.-à-d. .85) entre la mesure dans laquelle le chercheur principal adhère aux formes thérapeutiques à comparer et la différence de taille d'effet. Elliott a également calculé ce lien pour notre matériel sur base de 74 comparaisons et a identifié une corrélation de .59. Lorsqu'il corrige les comparaisons en tenant compte de cette adhérence, il n'obtient plus que des différences de taille d'effet « négligeables » (entre -.09 et +.01). C'est pourquoi la conclusion principale est la suivante: il n'y a pas de différences significatives entre la thérapie comportementale et cognitive et les formes thérapeutiques centrées sur le client et expérientielles, quel que soit leur niveau de directivité.

Problématiques spécifiques

D'une façon générale, il y a lieu de distinguer deux générations dans la recherche sur les effets. Jusqu'aux alentours de 1985, la problématique du client était souvent soit non-spécifiée, soit définie de façon très générale; il s'agissait par exemple d'une étude sur « des clients présentant des problèmes névrotiques » ou de « patients psychiatriques ». Cependant, suite aux exigences croissantes en matière de recherches psychothérapeutiques, à partir de 1985, la recherche sur les effets se spécialisa de façon croissante dans des problématiques spécifiques et les formes de traitement furent spécifiées de façon plus concrète (sous forme de manuels et de protocoles). Les recherches de première génération sont dominées par les travaux effectués par Rogers et ses disciples ainsi que par ceux de Tausch et son groupe de recherches; dans les recherches de seconde génération, les travaux de Greenberg, ainsi que ceux de Sachse et de Finke et Tausch sont les plus importants (voir Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004).

Ces recherches de seconde génération devaient entre autres fournir une réponse à la question de savoir dans quelle mesure le « Dodo Bird verdict » persiste si des traitements sont comparés pour une même problématique bien spécifique. Selon cette hypothèse, ceci permettra peut-être d'obtenir des réponses plus différenciées, quant à l'évaluation comparée de l'efficacité des traitements spécifiques pour des problématiques spécifiques.

Le type de protocole requis pour ce type d'étude est celui de l' «essai clinique randomisé» (ECR), dans lequel la validité interne est assurée par l'utilisation d'un groupe contrôle. Si l'on se réfère aux critères pour les traitements validés empiriquement (Chambless & Hollon, 1998, voir p. 62 et 63), on peut émettre des réserves sur la partialité de la méthodologie utilisée. On peut toutefois y adhérer provisoirement (voir plus loin) et dans ces conditions, examiner pour quelles problématiques spécifiques l'efficacité de la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle peut-elle être prouvée sur base de ces critères ? Selon Elliott, il ressort des méta-analyses que l'approche thérapeutique concernée est « efficace et spécifique » pour les dépressions, le traumatisme et les maltraitances, ainsi que pour les problèmes d'ordre relationnel; elle est « probablement efficace » pour les troubles anxieux. En outre, il attire l'attention sur le fait que beaucoup de données issues des recherches démontrent que la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle est « prometteuse» (et mérite donc de faire l'objet de plus amples recherches) pour le traitement de l'agressivité, des patients « borderline » et d'autres troubles de la personnalité, des patients psychosomatiques, des troubles alimentaires, de la schizophrénie, et pour la qualité de la vie en cas de maladies somatiques.

Il paraît intéressant de comparer ces « conclusions» avec l'avis du Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie en Allemagne. Depuis plusieurs années il existe en Allemagne une polémique autour de la reconnaissance scientifique de la « Gesprächspsychotherapie » (autre la thérapie psychanalytique et comportementale). Le 16 juin 2002, cette reconnaissance fut acquise et ce, sur base de recherches suffisantes menées dans les domaines suivants: les dépressions, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques et les syndromes de stress (dont les syndromes de stress post-traumatique). Les deux listes ne sont que partiellement identiques: ainsi, les troubles anxieux et les syndromes de stress post-traumatique sont-ils entièrement reconnus par le comité consultatif scientifique allemand, alors qu' Elliott tire des conclusions plus prudentes pour ces problématiques. Les différences ont trait au fait que les critères ne sont pas entièrement identiques, que l'appréciation n'est pas toujours basée sur les mêmes études et que le système de catégories diagnostique n'est pas le même (le système utilisé en Allemagne étant le système ICD-10). De telles différences révèlent tout de même la mesure dans laquelle de telles décisions sont relatives. Sans doute est-ce inévitable. C'est également sans grande importance, pour autant qu'un débat scientifique serein puisse être mené sur cette question. Il y a cependant un danger que des motifs autres que scientifiques n'entrent en compte. Ainsi n'est-ce un secret pour personne que des raisons professionnelles et financières ont joué dans la réticence du Conseil Scientifique Allemand de reconnaître la « Gesprächspsychotherapie ». En effet, une telle reconnaissance implique que cet important groupe de thérapeutes peut désormais introduire une demande de remboursements par la sécurité sociale et que par conséquent l'argent disponible pour les psychothérapies devra être repartagé.

B. Recherches sur les processus

Lors des débats concernant l'efficacité des traitements psychothérapeutiques, aucune mention n'est faite de la recherche sur les processus. Il semble que l'attention soit uniquement portée sur la question de savoir si une approche est efficace et non par quels processus, ce qui est à déplorer, car la recherche sur les

processus constitue justement un point fondamental! Depuis que Rogers effectua les premiers enregistrements des sessions thérapeutiques (1942), les transcriptions destinées à la supervision et à la recherche sur les processus font partie intégrante de l'approche thérapeutique dans le cas particulier de la psychothérapie centrée sur le client et expérientielle. Ceci explique l'importance et le nombre d'études de processus réalisées au cours des soixante dernières années. Les conclusions de cette recherche sur les processus, de même que celle sur les effets, constituent un soutien empirique important pour l'approche thérapeutique concernée. Les variables de processus considérées comme primordiales par Rogers, Gendlin, Greenberg et d'autres pour un changement constructif de la personnalité, sont amplement confirmées par ces recherches; voir à ce sujet de nombreux chapitres du livre de Cain et Seeman (2002) ainsi que les aperçus de Greenberg, Elliott & Lietaer (1994) et de Elliott, Greenberg & Lietaer (2004). La recherche sur les processus effectuée dans le contexte d'autres approches va dans le même sens, elle aussi (Norcross 2002 ; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2003 ; Wampold, 2001). C'est ainsi que fut démontrée l'importance capitale pour la contribution du thérapeute de l'empathie et des aspects de congruence au niveau de l'alliance thérapeutique (dans laquelle les positions rogériennes de base occupent une position centrale). Concernant le processus du client, les recherches concernant l'auto-exploration centrée sur l'expérience (par opposition à l'exploration purement conceptuelle), le réveil émotionnel et les niveaux de traitement d'informations cognitives et émotionnelles sont particulièrement captivantes et convaincantes.

Bien-sûr, il reste des études complémentaires à réaliser mais d'ores et déjà, ce qui a été exploré est particulièrement productif. Sont dénombrées aussi un nombre croissant d' « études de processus » où sont considérées, de façon approfondie, les diverses étapes composantes du processus de changement, les signaux annonciateurs de ces étapes et les interventions du thérapeute susceptibles de faciliter ces processus de changement. Quelques exemples de sujets d'études récentes : La recherche de position adaptative pour faciliter l'auto-critique, la création d'une distance optimale vis-à-vis d'émotions envahissantes, l'analyse des sentiments mal assumés vis-à-vis d'une personne (figure) du passé (technique de la chaise vide,...), prise de conscience de réactions personnelles incompréhensibles, méthodologie pour rétablir une rupture dans l'alliance thérapeutique... Ces recherches sur les processus ont été très contributives pour ce qui est considéré tant par le client que le thérapeute, comme favorable ou non, dans les (micro) processus de changement constructif de la personnalité, et aussi pour identifier les variables relationnelles intervenant dans les processus de changement.

6.4.3. Conclusion

De cet aperçu de recherches récentes dans le domaine des psychothérapies « expérientielles et centrées sur le client », il ressort clairement que celles-ci bénéficient d'études empiriques sérieuses et doivent ainsi être valablement considérées au même titre que d'autres, sur le plan académique et social. De nombreux travaux ont abouti à une meilleure connaissance des processus de changement, et ont contribué à la mise à disposition d'instruments de mesure et d'évaluation de l'utilité et de l'efficacité de ce type de psychothérapie. Ceci est

longuement décrit dans les conclusions de méta-analyse (Elliott, Greenberg, & Lietaer, 2004).

Bien évidemment, il faut, pour légitimer la validation scientifique de ce type de psychothérapie – comme d’ailleurs pour les autres types – prendre en compte, à côté des méthodologies des « essais cliniques randomisés » celles des « essais cliniques ouverts », des « cas cliniques », des « études de processus »... (Lietaer, 2003)

6.4.4. Références

- CAIN, D., & SEEMAN, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington: A.P.A.
- CHAMBLESS, D. L., & HOLLON, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 66, 7-18.
- ELLIOTT, R. (2002). The effectiveness of humanistic psychotherapies: A meta-analysis. In D. J. CAIN & J. SEEMAN (Eds.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (pp. 57-81). Washington, DC: APA.
- ELLIOTT, R., GREENBERG, L. S., & LIETAER, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493-539). New York: Wiley.
- GREENBERG, L. S., ELLIOTT, R., & LIETAER, G. (1994). Research on experiential psychotherapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield. *Handbook of psychotherapy & behavior change* (pp. 509-539). New York: Wiley.
- LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 139-193). New York: Wiley.
- LIETAER, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 4(1), 4-25.
- LUBORSKY, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- LUBORSKY, L. DIGUER, L. et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- NORCROSS, J. (ED.). (2002). *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- ORLINSKY, D. E., RØNNESTAD, M. H., & WILLUTZKI, U. (2004). Fifty years of psychotherapy <process-outcome research: Continuity and change. In M. J. LAMBERT (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 307-389). New York: Wiley.
- ROGERS, C. R. (1942). The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *American Journal of Orthopsychiatry*, 12, 429-434.
- WAMPOLD, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, UK: Erlbaum.