

QUELLE PSYCHOTHÉRAPIE POUR QUEL PATIENT ? DONNÉES DE RECHERCHE ET PROBLÈMES CLINIQUES

Jean-Nicolas Despland

De Boeck Supérieur | « [Psychotropes](#) »

2010/2 Vol. 16 | pages 9 à 29

ISSN 1245-2092

ISBN 9782804161248

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2010-2-page-9.htm>

Pour citer cet article :

Jean-Nicolas Despland, « Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques », *Psychotropes* 2010/2 (Vol. 16), p. 9-29.
DOI 10.3917/psyt.162.0009

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Quelle psychothérapie pour quel patient ? Données de recherche et problèmes cliniques

Which psychotherapy for which patient?
Research data and clinical issues

Jean-Nicolas Despland

Psychiatre-psychothérapeute,
professeur à la Faculté de biologie et médecine de Lausanne,
directeur de l'Institut Universitaire de Psychothérapie du DP-CHUV,
Site de Cery, 1008 Prilly. Suisse
Courriel : Jean-Nicolas.Despland@chuv.ch

Résumé : De très nombreuses recherches portant sur l'évaluation des psychothérapies ont été conduites ces dernières décennies. Cet article résume les principaux résultats de ces études dans le domaine des troubles psychiatriques. La question de leur généralisation à la psychothérapie des addictions est posée. Un certain nombre de données du Project Match Research Group et du National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study sont résumées. Leurs résultats permettent de mettre en évidence la spécificité du champ des addictions, tant en ce qui concerne la question de l'efficacité relative, que des rôles respectifs de l'alliance thérapeutique et de la technique du psychothérapeute.

Abstract : Psychotherapy evaluation has been the subject of much research during the last decades. This paper summarizes the main results of these studies on classic psychiatric problems. Their generalization to substance abuse disorders is not self-evident. Some

data from the Project Match Research Group and the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study are summarized. Their results underline the specificity of this topic concerning efficacy of psychotherapy and the respective roles played by therapeutic alliance and psychotherapist technique.

Mots clés : *recherche, psychothérapie, addiction, évaluation, efficacité, relation thérapeutique, accompagnement.*

Keywords: *research, psychotherapy, addiction, evaluation, efficacy, therapeutic relationship, counselling.*

Le tableau de Pieter Bruegel, *La Tour de Babel*¹, illustre à merveille les disputes entre les différentes écoles de psychothérapeutes, comme les débats entre cliniciens et chercheurs. Vouloir traiter du thème de l'évaluation des psychothérapies dans le champ de l'addiction ne simplifie certainement pas la situation.

Afin d'éviter trop de malentendus, cet article traitera de la question de l'évaluation des psychothérapies dans le champ des addictions du point de vue strict de la recherche empirique. Les questions cliniques sont temporairement suspendues. Les résultats des travaux conduits à ce jour sont néanmoins suffisamment nombreux et contrastés pour que le débat puisse ensuite se développer.

De quelques tentations d'éluder la question...

Ces précautions prises, il n'est néanmoins pas inutile de souligner quelques particularités des rapports ambigus que les écoles de psychothérapie entretiennent avec la question de l'évaluation des psychothérapies.

Du côté des psychanalystes, la tentation du rejet est la plus évidente. L'introduction de Roger Perron (1998) au rapport produit par l'Association internationale de psychanalyse illustre la ligne de fracture entre les courants anglo-saxons et la tradition francophone. Nous avons souligné ailleurs la confusion qui est souvent faite entre une recherche proprement psychanalytique, qu'elle porte sur des questions métapsychologiques, psychopathologiques ou cliniques, et une recherche sur la psychanalyse obéissant à d'autres contraintes méthodologiques, mais s'intéressant à

1. Pieter Bruegel (c. 1525-1569), Kunsthistorisches Museum, Vienne.

cette extraordinaire expérience qu'est la rencontre entre un analysant et un analysé au cours d'un processus intense et sur plusieurs années.

Dans son ouvrage portant sur l'anthropologie dans la maladie, Laplantine (1993) avait souligné la parenté entre psychanalyse et homéopathie, apparemment qui nous amènerait à imaginer que les psychanalystes pourraient parfois douter des effets tangibles de leur pratique.

Il est tout aussi intéressant de noter le regain actuel pour la psychanalyse et les psychothérapies psychanalytiques de longue durée. L'idée d'un traitement qui puisse durer quelques séances a fait long feu et les psychothérapies comportementales et cognitives nécessitent autant de temps pour guérir un trouble de la personnalité que les psychothérapies psychanalytiques. Une méta-analyse récente de Leichsenring (2008) a mis en évidence des tailles d'effets très importantes des psychothérapies psychanalytiques amenant à les considérer comme des traitements efficaces, économiques et appropriés pour les patients souffrant de troubles de la personnalité ou de troubles complexes ou chroniques.

Une recherche conduite à Lausanne (Beretta *et al.*, 2007) a aussi permis de mettre de manière relativement simple les éléments narratifs de type transférentiel dans un ensemble de séances de psychothérapies, permettant de penser que le processus transféro-contre-transférentiel est peut-être difficile à appréhender pour celui qui en est l'objet, mais qu'un regard extérieur, comme on peut le constater souvent dans les situations de supervision, le repère de manière plus aisée.

Rappelons aussi le travail de Sandel (2000) qui a mis en évidence l'importance de la souplesse du psychanalyste. Qu'elle soit envisagée par celui-ci de manière intuitive ou dans le cadre d'une conceptualisation théorique portant sur les relations d'objet ou l'intersubjectivité, elle est associée à des résultats meilleurs qu'un strict respect de la technique classique.

Dans le champ des psychothérapies comportementales et cognitives, on assiste au mouvement inverse : la doxa consiste à affirmer que cette forme de psychothérapie se moule sur les canons de l'approche scientifique. Ce lien fort entre la démarche expérimentale et la conduite d'un processus psychothérapique a contribué à leur très rapide développement, ainsi qu'à leur succès dans les facultés de psychologie et dans les institutions psychiatriques publiques. Ce lien a aussi favorisé leur reconnaissance rapide par le système d'assurance dans les pays anglo-saxons, comme en Europe. On peut aussi relever au passage qu'un certain nombre de thérapeutes comportementaux et cognitivistes parlent de

plus en plus de thérapies psychologiques pour souligner l'intrication entre recherche et clinique.

Néanmoins, comme des chercheurs spécialisés dans l'évaluation des thérapies comportementales et cognitives l'ont souligné, il ressort clairement que le processus psychothérapique résiste à son assimilation à une pratique expérimentale. Jacobson *et al.* (1996) ont ainsi mis en évidence, dans une étude portant sur 52 sujets souffrant de dépression majeure, qu'il n'y avait aucune différence entre un traitement comportemental seul, un traitement comportemental associé à un travail sur les pensées automatiques, et une approche complète comprenant ces deux éléments et un travail sur les schémas.

D'autres études (*dismanteling studies*), dans lesquelles on dissocie expérimentalement certains éléments de la technique psychothérapique, confirment que le processus psychothérapique ne peut pas être réduit à la simple application ou à l'addition de procédures (Ahn & Wampold, 2001). Ces résultats concordent avec les nombreux travaux récents qui ont souligné le rôle de l'alliance thérapeutique et des qualités personnelles du psychothérapeute, toutes écoles confondues.

Le champ des thérapies familiales échappe, à première vue, à cette opposition entre psychanalystes, tentés par le rejet de toute évaluation extérieure à leur champ, et psychothérapeutes comportementaux et cognitivistes, qui auraient pour fondement l'assimilation de la pratique clinique à une procédure de recherche expérimentale. Les thérapeutes qui se réclament de ce courant mettent en avant la complexité des pratiques et des réseaux pour exiger des méthodologies en lien avec leurs préoccupations (Pauzé & Touchette, 2009). Cela est pertinent, mais n'empêche pas que les effets des thérapies systémiques peuvent aussi être étudiés à l'aide des méthodes quantitatives et descriptives, et que leurs résultats suscitent la discussion (Hendrick, 2009).

En résumé, la recherche évaluative et empirique obéit à ses propres canons et le chercheur se doit de se soumettre à des contraintes de méthode bien plus qu'à une théorie clinique. C'est ce qui l'oppose aux psychothérapeutes cliniciens, mais rend en même temps sa démarche intéressante et originale. Il sera donc pertinent de distinguer entre :

- les pratiques de recherche fondées sur la théorie clinique, par exemple la recherche clinique basée sur une discussion de cas ou une recherche conceptuelle ;
- les procédures de recherche fondées sur une démarche empirique, parmi lesquelles on peut distinguer les méthodes qualitatives, les

recherches à visée évaluative (centrées sur les résultats ou centrées sur les processus, démarches qui tendent à se fondre de plus en plus) ou des recherches à visée strictement expérimentale comme on peut en voir dans le domaine des thérapies comportementales.

La médecine fondée sur la notion de preuves

Les quelques résultats qui vont être présentés s'inscrivent très clairement dans un mouvement dénommé en anglais « Evidence-Based Medicine » et qu'on peine à traduire en français. Des formulations telles que « médecine factuelle » ou « médecine fondée sur la notion de preuves » semblent admises.

Développé à la Faculté de médecine McMaster au Canada dans les années 1980, ce mouvement se réfère à un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. À son origine plusieurs constats : l'existence d'une brèche entre les résultats des recherches et la pratique clinique, la difficulté à trier la masse d'informations publiées et l'inertie des pratiques cliniques (Bilsker & Goldner, 1995).

Conçue de manière rigoureuse et modeste au départ, la médecine factuelle a été à l'origine de nombreux malentendus, notamment dans l'utilisation abusive par les autorités sanitaires de certains pays des résultats des méta-analyses. Parmi les erreurs commises, la plus courante consiste à confondre *l'absence d'études* démontrant l'efficacité d'un traitement donné et *l'efficacité en tant que telle* de celui-ci.

Il n'est par ailleurs pas possible de réduire la recherche clinique aux études randomisées et contrôlées, de la même manière que le raisonnement clinique ne peut en aucun cas être limité à l'application d'algorithmes déduits des recherches. L'expérience clinique du thérapeute est un facteur essentiel, notamment dans le domaine des psychothérapies où sa contribution aux résultats de toute école confondue dépasse tous les autres facteurs étudiés. Enfin, soulignons que cette démarche ne favorise que rarement les traitements les moins chers et n'est pas synonyme d'économie ou de rationnement.

La médecine factuelle se fonde sur un recueil exhaustif des recherches publiées quant à l'évaluation de l'efficacité d'un traitement. Sa méthodologie permet de faire une synthèse des différents résultats, même si les protocoles comparés sont différents et si les instruments utilisés pour évaluer l'impact des traitements ne sont pas les mêmes.

Ces résultats peuvent être synthétisés à l'aide d'une mesure, la « taille de l'effet » (*Effect Size*) qui permet d'évaluer de manière arbitraire l'amplitude des effets d'un traitement. Cette amplitude de l'effet d'un traitement n'est pas à confondre avec celle de la significativité d'un résultat, une différence significative entre deux traitements pouvant ne porter que sur une petite différence. Par exemple, plusieurs travaux ont démontré que la taille d'effet des antidépresseurs comparée au placebo était relativement modeste : elle correspond en moyenne à 1,7 point à l'échelle de Hamilton.

Pour mémoire, la taille de l'effet est exprimée par un nombre, dont on considère qu'il est non significatif s'il est inférieur à 0,2, petit entre 0,2 et 0,5, moyen entre 0,5 et 0,8 et grand supérieur à 0,8. Ces valeurs peuvent être rapportées au percentile dans une distribution gaussienne ou à un calcul de variance (tableau 1).

Tableau 1 : Estimation des tailles d'effet selon la méthode de Cohen (1988)

Cohen	Appréciation	Percentile	Variance
0		50.0	0
0.2	petit	57.9	0.01
0.5	moyen	69.1	0.06
0.8	grand	78.8	0.14
1.0		84.1	0.20

Il est possible de résumer succinctement les conclusions actuelles des recherches dans le domaine de l'évaluation des psychothérapies (tableau 2 ; pour une discussion complète, voir Wampold, 2001 et Lambert, 2004).

L'efficacité absolue des psychothérapies est considérée comme établie et sa taille d'effet importante comparée à d'autres traitements médicaux. La taille d'effet est estimée à 0,82, effet considéré comme important au regard du tableau 1. Cette valeur correspond à une contribution à la variance de 14 %.

Les travaux portant sur *l'efficacité relative* des psychothérapies, soit la comparaison de terme à terme de deux formes de traitement, mettent en évidence des différences qui sont au maximum de quelques pourcents (1 % de variance dans les plus importantes).

Les études portant sur les *facteurs spécifiques* sont complexes et aboutissent à des résultats contrastés (contribution à la variance de 1 % au maximum).

Les recherches portant sur les facteurs non spécifiques, terme à prendre avec quelques précautions, sont les plus fructueuses. D'une part, *l'alliance thérapeutique*, évaluée par des questionnaires remplis par le patient, par le thérapeute ou par un juge extérieur au traitement, contribue en moyenne à 5-7 % de la variance. D'autre part, le *psychothérapeute*, considéré dans ses qualités personnelles et indépendamment de son école, de sa formation ou de son expérience, contribue dans les études pour 7-9 % de la variance.

Tableau 2 : Synthèse des résultats portant sur l'évaluation des psychothérapies

Question	Méthode	Variance (r ²)
1. Efficacité absolue	ttt v. pas de ttt	14 %
2. Efficacité relative	ttt A v. ttt B	0-1 %
3. Facteurs spécifiques	ad hoc	0-1 %
4. Facteurs non spécifiques : - Placebo - Alliance - Psychothérapeute	ttt min v. pas de ttt corrélations ad hoc	4 % 6 % 8 %

Mais ces résultats ne peuvent être appliqués sans précaution au domaine de l'addiction. En effet, ces travaux portent sur des psychothérapies proposées à des patients souffrant le plus souvent de troubles de l'humeur, de troubles anxieux ou de troubles de la personnalité. Dans beaucoup d'études, notamment les études randomisées et contrôlées, les comorbidités sont contrôlées, et les addictions le plus souvent exclues. La question se pose donc de savoir si ces résultats peuvent être appliqués sans autres aux psychothérapies proposées aux patients toxicomanes ou si le traitement de ce type de troubles nécessite une approche spécifique et une certaine prudence dans les hypothèses émises.

L'efficacité absolue des psychothérapies

Avant de détailler l'étude portant spécifiquement sur les psychothérapies dans le domaine des addictions, il est utile de revenir brièvement sur la question de l'efficacité des psychothérapies, toutes écoles confondues (Despland, 2006).

Des dizaines de méta-analyses ont été conduites et des revues de méta-analyses ont été publiées. Par exemple, trois revues de méta-analyses nous permettent d'évaluer la taille de l'effet de ce type de traitement à une valeur située entre 0,75 et 0,82 (Lambert, 2004).

Comparées à d'autres traitements médicaux, les psychothérapies sont des traitements très efficaces. Par exemple, la taille de l'effet du pontage aorto-coronarien est évaluée à 0,80, celle de la pharmacologie de l'arthrite rhumatoïde à 0,61 et celle de la prévention de l'infarctus par un traitement d'acide acétylsalicylique (Aspirine) à 0,07.

Formulé autrement, cela signifie que 15 % des patients sans traitement évolueront favorablement d'eux-mêmes, 30 % des patients profitant d'entretiens non spécifiques présenteront une amélioration de leur état et 70 % des patients bénéficiant d'une psychothérapie verront leur situation s'améliorer.

Si la psychothérapie a des effets positifs reconnus, elle ne touche pas tous les patients, car certains verront leur état se détériorer. Ainsi, en moyenne, on considère que 70 % des patients voient leur situation s'améliorer, 20 % ne voient aucun changement et 10 % peuvent se considérer comme détériorés à un titre ou à un autre.

Essayer d'évaluer l'impact des psychothérapies conduites dans le domaine des addictions permet de mettre à l'épreuve les avantages et les inconvénients de la médecine factuelle. Lorsque l'on consulte les principaux sites consacrés à cette approche « The Cochrane collaboration » (<http://www.cochrane.org>, ou http://res_franco.cochrane.org), on trouve de très nombreuses méta-analyses conduites sur ce thème.

Si on se limite à la question du traitement de la dépendance aux opiacés, 6 méta-analyses récentes paraissent relativement intéressantes (tableau 3). Deux sont consacrées à la comparaison d'un traitement pharmacologique seul et d'un traitement combiné dans le traitement de sevrage et dans le traitement de maintenance à l'héroïne. Le traitement combiné consiste à ajouter au produit de substitution un traitement psycho-social ou une psychothérapie.

La première revue faite par Amato *et al.* (2008) porte sur 9 études, 49 ayant été exclues pour différentes raisons. Parmi les types de traitements concernés : les thérapies comportementales et cognitives, le conseil et la thérapie de famille. Conclusion : les résultats sont favorables au traitement combiné lorsqu'on évalue le maintien dans le traitement, la diminution des abus et l'abstinence.

Une deuxième étude conduite par le même groupe (Amato, 2008) inclut 28 protocoles, portant sur quatre regroupements de traitements, soit 5 formes de thérapies comportementales-cognitives, 2 formes de psychothérapies psychodynamiques, 2 formes de conseils et 2 autres traitements. Les résultats sont un peu plus contrastés, avec un effet très

favorable du traitement combiné qui concerne la diminution des abus et l'abstinence. On relève par contre une absence de résultats évidents en ce qui concerne le maintien dans le traitement, l'adhérence au traitement médicamenteux et l'évolution symptomatique pour les troubles psychiatriques.

Tableau 3 : Méta-analyses portant sur le traitement de la dépendance aux opiacés

The Cochrane Collaboration : méta-analyses portant sur le traitement de la dépendance aux opiacés
Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., Mayet S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification (Review).
Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M., Mayet S. (2008). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence (Review).
Day E., Ison J., Strang J. (2005). Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence (Review).
Hesse M., Vanderplasschen W., Rapp R., Broekaert E., Fridell M. (2007). Case management for persons with substance use disorders (Review).
Mayet S., Farrell M., Ferri MMF., Amato L., Davoli M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence (Review).
Smith LA., Gates S., Foxcroft D. (2006). Therapeutic communities for substance related disorder (Review).

En résumé, ces deux méta-analyses permettent de conclure à l'avantage d'un traitement combiné dans le traitement de sevrage et dans le traitement de maintien de la dépendance aux opiacés, tous types de psychothérapies confondus. L'effet de ces traitements se limite aux problèmes d'addiction ne touchant pas les autres problèmes cliniques.

Par ailleurs, et c'est là le problème principal des méta-analyses, si ces résultats sont robustes compte tenu du nombre de patients inclus et du nombre de traitements évalués, la possibilité d'en déduire des informations utiles sur le plan clinique est extrêmement réduite, compte tenu de l'hétérogénéité des patients et des traitements étudiés.

L'efficacité relative des psychothérapies : le paradoxe de l'équivalence

On peut considérer que le débat portant sur la question des différences entre les écoles de psychothérapie est obsolète. Si le rapport de l'Inserm publié en 2004 a suscité un vif débat en France, l'ouvrage de référence dont la dernière édition a été rédigée par M. Lambert (*Bergin and Gar-*

field's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 2004) donne une appréciation plus nuancée : « When examining these well-designed studies that compare different therapeutic orientations, these findings are consistently small or negligible. »

Parmi les études les plus récentes, on peut citer le travail de Stiles *et al.* (2006), portant sur 1309 patients traités dans le cadre du National Health Service en Angleterre. En comparant des patients traités par thérapies comportementales cognitives, psychothérapies psychodynamiques et psychothérapies centrées sur le client, les auteurs ne parviennent pas à mettre en évidence de différences significatives. À noter qu'ils ont testé comme variable le fait que les traitements aient été conduits de manière pure ou de manière plus éclectique, sans que cela change ce résultat.

En résumé, beaucoup des chercheurs qui se sont consacrés à cette question considèrent que partir de l'hypothèse d'une différence substantielle entre des psychothérapies de différentes écoles ayant démontré leurs effets n'a plus de sens et représente une perte de temps et d'argent. Ils considèrent qu'il est beaucoup plus intéressant de mettre en évidence les liens complexes entre processus et résultats, de mieux comprendre le rôle joué par l'alliance thérapeutique, les compétences personnelles des psychothérapeutes ou essayer de prévenir les évolutions délétères, qui touchent en moyenne 10 % des patients, quel que soit le type de traitement conduit.

Le paradoxe de l'équivalence des différentes formes de psychothérapie entre elles s'applique-t-il aux traitements conduits dans le domaine des addictions ? Pour répondre à cette question, deux domaines seront évoqués, celui de la dépendance à l'alcool et celui de la dépendance à la cocaïne.

En premier lieu, l'étude Match (*Project Match Research Group*, 1997) a porté sur des patients traités de manière ambulatoire (n = 959) et des patients suivis en hôpital de jour (n = 774) sur dix sites différents. Les patients ont été attribués au hasard dans trois groupes, le premier traité par une thérapie comportementale et cognitive, le deuxième par un traitement motivationnel et le troisième par un traitement construit sur les fondements des stratégies proposées par les alcooliques anonymes (12 étapes). Le paradoxe de l'équivalence s'est trouvé confirmé dans cette étude puisqu'aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre ces trois formes de traitement, toutes également efficaces.

Une deuxième étude peut être citée en raison de son ampleur et des moyens qui lui ont été consacrés, la *National Institute on Drug Abuse*

Collaborative Cocaine Treatment Study coordonnée par l'Université de Penn à Philadelphie (Crits-Christoph *et al.*, 1997, 1999). Cette étude a porté sur 487 sujets, traités sur cinq sites. Quatre formes de traitement ont été proposées : une forme de psychothérapie psychodynamique adaptée à la dépendance à la cocaïne, une forme de psychothérapie comportementale et cognitive aussi adaptée à ce type de problème, une forme de conseils individualisés et une forme de conseils dispensés en groupe, proposée seule ou conjointement aux trois autres types de traitement.

Dans cette étude, le paradoxe de l'équivalence n'a pas pu être confirmé. En effet, les sujets ayant bénéficié d'un conseil individualisé, par opposition aux sujets ayant bénéficié d'une psychothérapie individuelle de type psychodynamique ou de type comportemental et cognitif, ont beaucoup plus profité de leur traitement. Ils ont obtenu des scores nettement meilleurs à l'aide des échelles employées, notamment l'échelle ASI (Addiction Severity Index).

Cette étude, qui a mobilisé beaucoup de cliniciens et de chercheurs, a permis à Paul Crits-Christoph d'émettre le commentaire suivant : « A focused drug counselling approach may be most beneficial in the early phase of treatment and the initiation of abstinence and psychotherapy for issue that led to a vulnerability to drug use maybe better addressed after a period of abstinence » (Crits-Christoph *et al.*, 1999).

Impact des facteurs spécifiques sur les effets d'une psychothérapie

La question de l'évaluation de l'impact des facteurs spécifiques est très complexe. En effet, chaque école de psychothérapie met en avant des paramètres théoriques et techniques propres. Plusieurs problèmes peuvent être soulignés. D'une part, les échelles développées par une école sont rarement employées par d'autres écoles afin d'établir des comparaisons. D'autre part, les paramètres théoriques et techniques considérés comme spécifiques par les cliniciens ne sont pas forcément les paramètres les plus faciles à étudier, voire les paramètres les plus intéressants dans une perspective de recherche. Enfin, les modèles corrélacionnels ont vite leur limite et font souvent l'impasse sur nombre de variables intermédiaires. Pour une revue exhaustive sur cette question, il est possible de consulter le manuel édité par Lambert (2004).

Il est néanmoins intéressant de citer une étude dans ce domaine et qui porte sur les thérapies comportementales et cognitives. Ahn et Wampold ont conduit en 2001 une méta-analyse portant sur 27 études

expérimentales visant à évaluer les composantes thérapeutiques dans les thérapies comportementales et cognitives. Ils ont pu mettre en évidence que les traitements comportant moins de composantes ont de meilleurs résultats que les traitements plus complexes et, de manière plus générale, que le texte d'homogénéité est compatible avec l'hypothèse nulle. En d'autres termes, la psychothérapie ne peut pas être réduite à la somme technique de ses composants sans prendre en compte le processus.

Une étude a été conduite dans le domaine des addictions qui porte sur cette question dans le cadre du projet Match, précédemment cité (*Project Match Research Group* 1997). Cette étude avait pour objectif d'établir des liens entre variables psychopathologiques et types de traitement. Sur les 10 variables étudiées et les 16 corrélations calculées, un seul résultat peut être mis en évidence : les patients traités dans un dispositif ambulatoire ont plus de jours d'abstinence lorsqu'ils bénéficient du traitement basé sur les 12 étapes et que leurs troubles psychiatriques sont de moindre gravité.

Compte tenu des moyens défrayés dans cette étude, on peut considérer que ces résultats sont pour le moins décevants ou, formulé autrement, que si les psychothérapies sont manifestement efficaces, la complexité du processus qui les sous-tend résiste à des modes d'opérationnalisation simples.

L'alliance thérapeutique

On oppose classiquement aux facteurs spécifiques, liés aux différentes écoles de psychothérapie, les facteurs non spécifiques. Parmi les facteurs non spécifiques, on peut citer des facteurs liés aux patients, au contexte psychosocial et au processus.

Parmi les facteurs communs au processus, on relève classiquement l'effet placebo, non étudiable par définition en psychothérapie, l'allégeance des thérapeutes et des chercheurs, ainsi que l'alliance thérapeutique.

En ce qui concerne l'allégeance des psychothérapeutes et des chercheurs au traitement étudié, rappelons qu'elle est trop rarement prise en compte. C'est un facteur positif dans la mesure où la croyance du psychothérapeute dans sa technique contribue très certainement aux effets du traitement. Dans le même temps, il s'agit d'un biais majeur pour la recherche, quel que soit le type de traitement étudié (Luborsky *et al.*, 1999).

L'évaluation du niveau de l'alliance thérapeutique est source de nombreux malentendus. Souvent mise en avant dans les manuels cliniques ou par les cliniciens, l'alliance peut apparaître parfois comme une variable technique. Cela est très contestable. En effet, prescrire à un clinicien de développer l'alliance thérapeutique revient à lui demander de séduire son patient, manière de faire que la très grande majorité des cliniciens considèrent comme contre-productive, à la fois sur le plan technique et sur le plan éthique. Il faut admettre que l'alliance thérapeutique est une conséquence du processus psychothérapique, lorsque le psychothérapeute et le patient s'entendent pour conduire un travail ayant des effets en rapport avec les attentes de l'un et de l'autre.

Sur le plan technique, différentes définitions ont été données de l'alliance thérapeutique (de Roten *et al.*, 2002). L'alliance thérapeutique est fondée sur trois dimensions :

- 1) le lien affectif entre le patient et le thérapeute ;
- 2) l'entente entre le patient et le thérapeute sur les buts généraux du traitement ;
- 3) l'entente entre le patient et le thérapeute sur les tâches spécifiques liées au déroulement du traitement.

Dans le domaine du traitement des troubles psychiatriques, l'impact de l'alliance thérapeutique est considéré comme substantiel. Par exemple, dans l'une des plus grandes études conduites à ce jour sur le traitement de la dépression, la *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research* (Krupnick, 1996), l'alliance est le facteur qui contribue le plus à la variance des résultats parmi tous ceux étudiés. Dans cette étude, 250 patients ont été attribués au hasard entre 4 types de traitement (traitement antidépresseur, psychothérapie comportementale et cognitive, psychothérapie interpersonnelle et placebo), dont les effets sont positifs et comparables en amplitude.

Plus récemment, une méta-analyse portant sur 79 études (Martin *et al.*, 2000) a mis en évidence une taille d'effets de 0,45 pour l'alliance thérapeutique, correspondant à une contribution à la variance de 6 %. Plus radicalement, il est possible de calculer sur cette base qu'il faudrait 126 études négatives pour diminuer cet impact de moitié.

On dispose de nettement moins d'études portant sur l'évaluation du rôle de l'alliance thérapeutique dans le domaine de la psychothérapie des addictions. Dans le cadre du projet Match, précédemment cité, l'étude de Connor *et al.* (1997) a permis de mettre en évidence les liens entre

l'alliance thérapeutique et certains facteurs socio-démographiques et cliniques.

Une étude portant sur la dépendance à l'héroïne (Belding, 1997) ne permet pas de mettre en évidence le rôle de l'alliance thérapeutique. En effet, l'alliance thérapeutique n'est pas corrélée à l'abstinence, le seul facteur prédictif étant le nombre de jours durant lesquels les patients ont été abstinents avant le traitement lui-même.

L'étude de Barber (2004), qui porte sur les données du *National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study*, met clairement en évidence la spécificité et la complexité du champ des addictions. En effet, aucun lien simple n'a pu être mis en évidence entre alliance et effets des traitements étudiés (psychothérapie psychodynamique, psychothérapie comportementale et cognitive, *counselling* individuel), les trois traitements profitant aussi d'un travail en groupe. Plus paradoxalement, on constate que les patients qui ont bénéficié d'une psychothérapie comportementale et cognitive et dont l'alliance est la plus basse ont les meilleurs résultats en termes de nombre de jours d'abstinence.

En résumé, si l'alliance thérapeutique apparaît être une variable extrêmement importante dans le domaine de la psychothérapie des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles de la personnalité, son rôle paraît nettement moins évident dans le champ de la psychothérapie des addictions.

Alliance thérapeutique, compétence du thérapeute et résultats des psychothérapies

Si l'alliance thérapeutique ne peut pas être considérée comme un paramètre technique, il n'en reste pas moins très intéressant de questionner les facteurs qui peuvent être associés à son développement. Dans cette perspective, il est possible de mettre l'alliance thérapeutique en lien avec un type d'évaluation portant sur « l'intégrité du traitement » (Lambert, 2004).

En bref, l'intégrité du traitement est associée à l'évaluation de plusieurs paramètres. Parmi ceux-ci, on peut relever l'*adhérence*, qui est définie comme l'utilisation de principes techniques sans tenir compte de la qualité des interventions, la *compétence*, qui apprécie la qualité de l'intervention des thérapeutes dans leur contexte, la *pureté*, qui sanctionne le degré de restriction des interventions du thérapeute au modèle

prescrit, et enfin la *différenciation*, soit le degré de spécificité des interventions du thérapeute en fonction du modèle prescrit.

La plupart des études portent sur l'adhérence et la compétence, dont la délimitation n'est pas toujours facile. Cette difficulté à distinguer clairement adhérence et compétence s'explique probablement par des résultats relativement contradictoires : de manière générale, il est possible de mettre en évidence une bonne corrélation entre adhérence et compétence, mais le lien entre adhérence, compétence et résultats des traitements reste discuté.

Les travaux conduits à Lausanne et portant sur une forme de consultation thérapeutique conduite en quatre séances ont permis de mettre en évidence l'absence de liens directs entre compétence du psychothérapeute et résultats, mais un rôle médiateur clair de l'alliance thérapeutique entre ces deux variables. En d'autres termes, lorsque l'alliance thérapeutique est bonne, on peut mettre en évidence un lien entre compétence et résultats (Despland *et al.*, 2009).

Qu'en est-il dans le champ des addictions ? Curieusement, c'est autour de cette question que quelques résultats dont nous disposons sont les plus contradictoires, et par là même les plus intéressants. Cette question a été étudiée de manière extensive dans l'étude précitée sur le traitement de la dépendance à la cocaïne. Les résultats étant complexes, nous renvoyons le lecteur aux travaux originaux, même si nous allons tenter de les résumer.

Dans un travail, publié en 2006, Barber s'est intéressé en premier lieu aux liens entre l'adhérence, respect formel des règles techniques prescrites dans le cadre du *counselling* individuel, et le résultat de ce traitement évalué en termes d'abstinence. Deux hypothèses ont été testées, soit l'existence d'un lien linéaire entre adhérence et résultats, soit celle d'un lien quadratique. Cette dernière hypothèse est défendue par les auteurs qui considèrent qu'une adhérence trop faible ou trop forte est contre-productive. Seule une adhérence moyenne, ni trop faible, ni excessive, ne pourrait être associée au résultat. Cette hypothèse a été confirmée.

Dans le même article, Barber s'est intéressé aux liens entre compétence et résultats pour le *counselling* individuel. À nouveau, des hypothèses ont été testées, celle d'un lien linéaire et celle d'un lien quadratique, entre compétence et résultats. À nouveau, il n'a pas été possible de mettre en évidence un lien linéaire ; par contre, la relation quadratique a pu être mise en évidence comme pour l'adhérence, mais pour autant qu'elle

soit pondérée par l'alliance thérapeutique. En effet, lorsque l'alliance thérapeutique est faible, une adhérence modérée est nécessaire ; par contre, lorsque l'alliance est forte, l'adhérence faible ou excessive a beaucoup moins d'effets délétères.

En 2008, Barber a effectué le même travail en ce qui concerne les psychothérapies psychanalytiques conduites dans le cadre de ce projet. Dans un protocole comparable au précédent, adhérence et compétence ont été successivement testées avec une double hypothèse, soit de relation linéaire, soit de relation quadratique entre adhérence, respectivement compétence, et résultats.

Les résultats obtenus sont pour le moins paradoxaux. En effet, Barber a pu constater l'existence d'une relation linéaire entre adhérence et résultats, mais dans le sens inverse de celui qui était attendu, à savoir que plus le thérapeute est adhérent, moins bons sont les résultats. L'étude a mis en évidence un lien tout aussi paradoxal entre compétence et résultats, à savoir que plus le thérapeute était compétent dans le modèle psychanalytique, moins bons étaient les résultats.

Qu'est-il possible de tirer de ces travaux portant sur le lien entre alliance thérapeutique, technique et résultats ?

En premier lieu, il est essentiel de ne pas conclure trop vite. En effet, il s'agit d'une seule étude, même si elle est conséquente et conduite de manière extrêmement rigoureuse, tant du point de vue du recrutement des cliniciens engagés dans la recherche que des chercheurs qui y sont associés.

Deuxièmement, il apparaît assez clairement que si les résultats obtenus dans le domaine de la psychothérapie des troubles psychiatriques classiques (troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de la personnalité) sont convergents, il n'en est pas de même dans le domaine de la psychothérapie des addictions. Le processus semble obéir à un autre ordre de complexité, dans lequel le rôle joué par la substance doit être étudié. Sur la base de ce constat, chercheurs et cliniciens peuvent poursuivre la collaboration et élaborer des hypothèses, qu'ils pourront tenter d'opérationnaliser dans de nouveaux protocoles.

Troisièmement, avec Crits-Christoph, il est possible de conclure que la proposition d'une psychothérapie à des toxicomanes qui sont encore dans une phase active de leur consommation ne semble pas indiquée. En effet, travailler de manière active sur les problèmes qui sous-tendent les addictions, la cocaïne en l'occurrence, peut de manière assez compréhensible exacerber l'anxiété et les affects pénibles associés la consom-

mation. Au cours d'une psychothérapie psychodynamique, les patients courent le risque de se trouver confrontés aux problèmes qu'ils tentent de soulager par la consommation de substance.

Nombre de cliniciens (Rossier *et al.*, 2009) proposent un travail en deux temps : une première phase de sevrage pour laquelle des professionnels expérimentés semblent les plus adéquats, avec des objectifs centrés sur la consommation et adaptés à chaque client ; une deuxième phase, qui peut comprendre une psychothérapie pour traiter ces questions et les troubles concomitants aux addictions. La prescription en première intention d'une psychothérapie, qui ferait abstraction de l'impact du produit, semble très discutable.

Si ces considérations peuvent apparaître relativement triviales pour nombre de spécialistes, il n'en reste pas moins qu'elles contribuent d'une manière ou d'une autre au débat. Elles peuvent aussi favoriser une meilleure collaboration entre les psychothérapeutes de différentes écoles, de même qu'entre psychothérapeutes et chercheurs.

Conclusion

En guise de conclusion, nous nous permettrons de rappeler un certain nombre de résultats des recherches conduites dans le domaine des psychothérapies, pour les troubles psychiatriques généraux et dans le champ des addictions.

En premier lieu, il est possible d'évaluer les effets des psychothérapies, sans forcément considérer que les processus qui les sous-tendent sont manifestes.

Deuxièmement, les recherches confirment l'effectivité, mais aussi la complexité du processus psychothérapique. Cette complexité se manifeste à travers le paradoxe de l'équivalence, mais aussi à travers la mise en évidence de l'alliance comme facteur très spécifique et du rôle joué par les compétences personnelles du psychothérapeute, toutes écoles confondues.

Troisièmement, la recherche portant sur l'évaluation des pratiques psychothérapiques n'a pas eu de répercussion directe sur celles-ci. Elle a permis dans certains pays de réguler l'offre et les conditions de remboursement de manière plus ou moins discutable, mais n'a pas suscité de progrès dans le domaine des techniques thérapeutiques elles-mêmes. Par contre, et c'est l'expérience qui a été faite à Lausanne dans le cadre de la recherche portant sur la consultation thérapeutique de l'adulte, la

collaboration entre chercheurs et cliniciens enrichit les pratiques de l'un et de l'autre de manière indirecte mais avérée.

Quatrièmement, la clinique psychothérapique des addictions semble plus complexe que celle habituellement prêtée aux troubles psychiatriques classiques. Les études montrent plusieurs effets spécifiques du traitement des addictions.

- Quelle que soit la méthode d'évaluation, l'effet des traitements sur les conduites addictives est indépendant de l'effet sur les (autres) symptômes psychiatriques.
- Une expérience spécifique dans le champ des addictions semble jouer un grand rôle ; dans l'étude de Crits-Christoph, tous les professionnels engagés pour conduire le *counselling* individuel ont été sélectionnés avec beaucoup d'attention et comptaient beaucoup d'années de pratique.
- Les effets des thérapies comportementales et cognitives sont inhabituels : la relation entre alliance thérapeutique et résultat va en sens inverse de ce qui est habituellement constaté.
- Le processus même d'une psychothérapie psychanalytique semble contre-productif, ce dont témoigne le lien fort entre la compétence du thérapeute et des résultats négatifs par rapport à la consommation de cocaïne.

Les effets spécifiques des substances associées aux conduites addictives, de même que la psychopathologie spécifique des addictions, sont certainement à l'origine de cette originalité du processus psychothérapique. Mais cette originalité justifie très spécifiquement l'intérêt de la recherche évaluative et l'étude du processus psychothérapique.

Article reçu et accepté en septembre 2009

Bibliographie

- Ahn H, Wampold BE : "Where oh where are the specific ingredients? A meta analysis of component studies in counseling and psychotherapy" – In *J Counseling Psychology* 48: 251-257 (2001).
- Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S: "Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification" (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: (2008).
- Amato L, Minozzi S, Davoli M, Vecchi S, Ferri M, Mayet S: "Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence" (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: (2008).

- Barber J, Foltz C, Crits-Christoph P, Chittams J: "Therapists' adherence and competence and treatment discrimination in the NIDA Collaborative Cocaine Treatment Study" – In *Journal of Clinical Psychology* 60(1): 29-41 (2004).
- Barber J, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD: "The role of the therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study" – In *Psychotherapy Research*, 16(2): 229-240 (2006).
- Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Barrett MS, Klostermann S, McCarthy KS, Sharpless BA: "The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence" – In *Psychoanalytic Psychology* Vol 25(3): 461-482 (2008).
- Belding MA, Iguchi MY, Morral AR, McLellan AT: "Assessing the helping alliance and its impact in the treatment of opiate dependence" – In *Drug & Alcohol Dependence* 48(1): 51-9 (1997).
- Beretta V, Despland JN, Drapeau M, Kramer U, Michel L, de Roten Y: "Early transference in very brief psychodynamic psychotherapy: Are conflictual relationship themes with significant others re-enacted with the therapist ?" – In *The Journal of Nervous and Mental Disease* 195(5): 443-450 (2007).
- Bilsker D, Goldner EM: "Evidence based psychiatry" – In *Can J Psychiatry* 40: 97-101 (1995).
- Cohen J: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (second ed.) - Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum Associates (1988).
- Connors GJ, DiClemente CC, Dermen KH, Kadden R, Carroll KM, Frone MR: "Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment" – In *Journal of Studies on Alcohol*. 61(1): 139-49 (2000).
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz L, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody G, Barber JP, Butler SF, Daley D, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT: "The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods" – In *Archives of General Psychiatry* 54(8): 721-6 (1997).
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT: "Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study" – In *Archives of General Psychiatry* 56(6): 493-502 (1999).
- Day E, Ison J, Strang J: "Inpatient versus other settings for detoxification for opioid dependence" (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews*:3 (2005).
- de Roten Y, Gilliéron E, Despland JN, Stigler M: "Functions of mutual smiling and alliance building in early therapeutic interaction" – In *Psychotherapy Research* 12(2): 193-212 (2002).
- Despland JN, de Roten Y, Drapeau M, Currat T, Beretta V, Kramer U: "The role of alliance in the relationship between therapist competence and outcome in brief psychodynamic psychotherapy" – In *Journal of Nervous and Mental Disease* 197(5): 362-367 (2009).
- Despland JN: « L'évaluation des psychothérapies » – In *L'Encéphale* 32 : 1037-1046 (2006).

- Hendrick S : « Efficacité des thérapies familiales systémiques » – In *Thérapie familiale Genève* Vol. 30, 2 : 211-233 (2009).
- Hesse M, Vanderplasschen W, Rapp R, Broekaert E, Fridell M: “Case management for persons with substance use disorders” (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2007).
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale « Inserm » France : *Psychothérapies, Trois approches évaluées* – Paris (2004).
- Jakobson NS, Bobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, Gortner E, Prince S: “A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression” – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2): 295-304 (1996).
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis P: “The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program” – In *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(3): 532-539 (1996).
- Lambert MJ, Ogles BM: “The efficacy and effectiveness of psychotherapy”. Bergin and Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change – In Lambert MJ (Ed) - New York, Wiley, (5th Ed.) (2004).
- Lambert MJ: *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.) – New York: Wiley (2004).
- Laplantine F, Thomas LV: *Anthropologie de la maladie, Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société contemporaine*. – Paris, Payot (1993).
- Leichsenring F, Rabung S: “Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis” – In *JAMA* 300(13): 1551-65 (2008).
- Lipsey MW, Wilson DB: “The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis” – In *American Psychologist* 48: 1181-1209 (1993).
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Krause ED & al.: “The researcher’s own therapy allegiances : A « wild card » in comparisons of treatment efficacy” – In *Clinical Psychology, Science and Practice* 6(1): 95-105 (1999).
- Martin DJ, Grasse JP, Davis K: “Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review” – In *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 68(3): 438-450 (2000).
- Mayet S, Farrell M, Ferri MMF, Amato L, Davoli M: “Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence” (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2004).
- Lambert MJ: *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.) – New York, Wiley (2004).
- Paumé R, Touchette L : « Le développement de la recherche chez les cliniciens : d’abord questionner la pratique clinique » – In *Thérapie familiale, Genève, Vol. 30, 2* : 133-146 (2009).
- Perron R : « Réflexions sur les problèmes de recherche psychanalytique - le point de vue francophone » – In *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*, 50 : 39-51 (1998).
- Project MATCH Research Group: “Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes” – In *J Stud Alcohol* 58: 7-29 (1997).

- Rossier V, Zimmermann G, Besson J : « La place de la psychothérapie dans les soins aux personnes toxicodépendantes » – In *Psychothérapies* Vol. XXIX : 91-99 (2009).
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J: “Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPPP)” – In *International Journal of Psychoanalysis* 81: 921-941 (2000).
- Shadisch WR, Montgomery LM, Wilson P, Wilson MR, Bright I, Okwumaba T: “Effects of family and marital psychotherapies: a meta-analysis” – In *J Consult Clin Psychol* 61(6): 992-1002 (1993).
- Smith LA, Gates S, Foxcroft D: “Therapeutic communities for substance related disorder” (Review) – In *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2006).
- Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M: “Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings” – In *Psychological Medicine* 36: 555-566 (2006).
- Wampold BE: *The great psychotherapy debate: Models, Methods, and findings* – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum (2001).