**Fonctionnements et dysfonctionnements des psychothérapies : synthèse de la littérature
et présentation de deux méthodologies associées aux meilleurs résultats.**

Christophe Cazauviel, Psychologue

IRPPSY et Université de Bordeaux

La correspondance concernant cet article doit être adressée à : Christophe CAZAUVIEILH, 5
rue du Chai des Farines 33000 Bordeaux France – email : christophe.cazauviel@u-
bordeaux.fr

Résumé :

Les psychothérapies représentent une réponse pertinente aux enjeux de santé publique. En effet, la synthèse de la littérature disponible révèle que les psychothérapies sont généralement efficaces, aussi bien dans les essais contrôlés qu'en pratique de terrain, pour traiter des troubles psychologiques variés et développer de nouvelles capacités de coping face aux difficultés de la vie ; et au-delà, en participant notamment à la réduction globale des coûts de santé.

Pourtant, tous les patients ne retirent pas de bénéfices réels des soins, certains patients se détériorent ou abandonnent le traitement sans gains attitrés ou sans avoir expérimenté tout le potentiel de changement ; les cliniciens présentent des difficultés notables à identifier ces patients, à anticiper les échecs au traitement, et à répondre de manière fonctionnelle à ces situations.

En outre, en dépit de la sophistication croissante des programmes de formation et de supervision, et de la disponibilité d'un corpus de recherche important, l'efficacité des cliniciens semble stagner au cours de leur carrière ou se détériorer avec le temps.

Partant de ces résultats, nous abordons dans cette étude plusieurs éléments de réponses possibles à ces enjeux issues de notre revue de la littérature : Le Suivi en Continu des Résultats (SCR ou Routine Outcome Monitoring - ROM) de deux prédicteurs associés aux psychothérapies efficaces (une bonne alliance thérapeutique, et une réponse positive au traitement durant les toutes premières séances) pour ajuster et améliorer l'efficacité des soins ; et une nouvelle forme prometteuse d'entraînement spécifique des psychothérapeutes visant à développer leur expertise, nommé pratique délibérée (Deliberate Practice).

Mots clés : Psychothérapie, efficacité, alliance thérapeutique, résultats, suivi continu, pratique délibérée.

Introduction

Les difficultés psychologiques font partie des problématiques de santé associées aux plus larges impacts pour notre société. L'isolement et les problématiques liées à l'appauvrissement aussi bien qualitatif que quantitatif des relations sociales, est croissant dans nos sociétés post-moderne, et il est associé à des problèmes de santé potentiellement graves et à une mortalité accrue (Umberson et al., 2010). Cet isolement est notamment marqué chez les personnes âgées (Gerst-emerson et al., 2015). Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé, classe dorénavant la dépression au premier rang mondial des causes d'incapacité tout en rappelant que les traitements psychologiques font partie de la réponse envisageable (OMS, 2018¹).

Dès lors, face à ce que certains qualifient d'épidémie mondiale² il procède d'une démarche rationnelle de questionner les effets potentiels et réels (le fonctionnement) et les difficultés à produire des résultats (les dysfonctionnements) des psychothérapies, qui font partie des réponses à apporter à ces enjeux de santé publique. Afin de produire une synthèse de la littérature disponible et d'éclairer des territoires inconnus, nous procéderons par questionnement en nous interrogeant sur sept points principaux liés à l'évaluation et à l'efficacité des psychothérapies.

Une définition de la psychothérapie

Il convient dans un premier temps de circonscrire le phénomène des psychothérapies et de le situer dans une perspective diachronique. En effet, la psychothérapie est une discipline tirant ses racines de pratiques ancestrales de guérison (comme par exemple le chamanisme ; Frank et Frank, 1993 ; Wampold, 2001a) ; même si elle est clairement l'objet d'investigation par l'utilisation de la méthode expérimentale depuis le 20^{ème} siècle. Les racines historiques dans l'investigation de l'efficacité des psychothérapies en France nous renvoient au 18^{ème} siècle,

¹ <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

² <https://television.telereama.fr/tele/programmes-tv/depression-une-epidemie-mondiale,88456417.php>

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

où Franz Anton Mesmer devint célèbre en inventant une forme de thérapie préfigurant l'hypnotisme (le "Mesmérisme"). Cette pratique était censée véhiculer un fluide spécifique ("le magnétisme animal") et soigner de nombreux problèmes médicaux. Sur ordre du roi Louis XVI, un comité scientifique dirigé par Benjamin Franklin réalisa une des premières études expérimentales d'une intervention psychothérapeutique, qui conduisit à la première démonstration de l'implication d'un processus psychologique dans les effets dus au « traitement » : le rôle de la suggestion et de l'imagination. (Cautin in Norcross, 2011).

Aussi, le caractère de scientificité n'est apparu que relativement récemment en regard de l'histoire de l'humanité. Toutes les civilisations ont en effet eu recours à des praticiens dont la vocation était aussi bien de soigner le corps que « l'esprit », et à notre époque l'ethnopsychologie et l'ethnopsychiatrie éclairent comment ces pratiques continuent à s'insérer dans un contexte culturel. L'idée qu'un dialogue stratégiquement mené puisse être curatif est notamment retrouvée chez Socrate (469-399 AJC ; Carr, 2007) et préfigure les thérapies dites « modernes » comme les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC).

Le champ des psychothérapies est de ce fait très vaste, et la recension de Lambert (2013) nous donne une idée du nombre d'écoles, ou de courant différents, de méthodes qui peuvent être potentiellement recensées (plus de 400). Une myriade d'interventions aux contenus pseudo-scientifique gravitent également autour de la pratique de la psychothérapie.

Aussi, nous avons décidé d'explicitier la définition du psychologue Américain Bruce Wampold, qui, selon nous, a le mérite de reprendre les éléments qui de nos jours sont communément acceptés comme concourant à la délimitation du phénomène que nous appelons psychothérapie, et permet d'en opérationnaliser ses principaux concepts :

La Psychothérapie est principalement un traitement interpersonnel qui est basé sur des principes psychologiques et qui implique un thérapeute formé et un client qui a un trouble mental, un problème ou une plainte ; le thérapeute s'attend à ce qu'il soit

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

(traitement) correcteur pour le trouble du client, son problème, ou sa plainte ; et celui-ci est adapté ou individualisé pour ce client particulier et son trouble, problème, ou plainte. (Wampold, 2001b, *The great psychotherapy debate*, p. 3)

Une première dimension se dégage de cette définition et définit la nature du phénomène (son essence). La psychothérapie est avant tout une entreprise relationnelle, ce qui revient à affirmer que les thérapies psychologiques sont basées sur une unité minimale constituée par la rencontre de deux individus (la dyade comme unité d'interaction). De cette définition ne sont pas totalement exclues les formes de psychothérapie basées sur des interactions et des présentations à priori plus instrumentales, et dont la relation n'est plus constituée de deux individus ; nous pouvons citer à ce sujet la biblio-thérapie ayant démontré son efficacité ; ou également l'utilisation de plus en plus fréquente de thérapies délivrées par un ordinateur ou par des applications (par exemple sur smartphone) ; tout en notant que dans ces formes de thérapie, la thérapie procède à une forme de relation avec le patient, ou à un retour vers cette relation ; par exemple dans la thérapie par avatar virtuel, en développement, pour laquelle une modélisation de la relation, par une intelligence artificielle, est tentée.

La deuxième dimension importante de cette définition concerne les moyens, la thérapie reposant en effet sur l'existence de principes psychologiques, de stratégies et de techniques qui fondent les bases de l'intervention. Dans le travail de Wampold, cette notion participe à l'opérationnalisation de ce qu'il appelle thérapie « *Bona fide* » ou « thérapie de bonne foi », que nous pourrions traduire par « thérapie rationnelle », non pas au sens cartésien du terme, mais du fait qu'elle repose sur un rationnel de traitement, un critère indispensable permettant de distinguer les psychothérapies des interventions des psycho-praticiens qui ne reposent pas forcément sur un corpus de connaissances accepté par la communauté scientifique.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

La troisième dimension se rapporte à la formation (ou l'entraînement du thérapeute) qui doit nécessairement être un professionnel du soin pour garantir des compétences de base et une bonne éthique.

La quatrième dimension fait référence à l'objet de la psychothérapie, la présence d'un trouble mental ou d'un problème spécifique et reprend le principe des classifications nosographiques, tout en élargissant le champ définitoire de la psychothérapie aux problèmes et plaintes expérimentées par les patients au cours de leur vie. Cette dimension existentielle, correspondant bien à la réalité du terrain où, sans exclure les patients présentant des troubles parfaitement distincts et pouvant faire l'objet d'études contrôlées et randomisées (par exemple une phobie spécifique les qualifiant de « patients purs »), l'accent est mis sur le fait que les praticiens traitent dans la réalité des patients présentant de multiples problématiques (Kupfer et al., 2002).

La cinquième dimension, sociocognitive par nature, qualifie les croyances du thérapeute et fait référence à l'attente de résultats du praticien quant aux effets du traitement (et aux croyances socialement acceptées par la communauté scientifique). Ces effets, nous le verrons, représentent une part significative dans la variance des résultats dus au traitement.

La sixième dimension est à proprement parler contextuelle, et répond à l'impératif d'individualisation du traitement au patient particulier traité par le praticien. Particulièrement importante dans le travail de Wampold, cette dimension permettrait de distinguer la psychothérapie de la médecine en opposant une pratique basée sur un modèle contextuel, et répondant à la question « Est-ce que cette thérapie est efficace, dans ce contexte de vie particulier, avec ce patient particulier » à la pratique reliée au modèle biomédical classique qui questionne plus volontiers sur « Quel est le traitement le plus adapté en fonction des symptômes présentés par ce patient ». Et nous retrouvons ici les recommandations d'individualisation du

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

traitement éditées par l'Association Américaine de Psychologie sur les meilleures pratiques en psychothérapie (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)

Principaux résultats de la recherche en psychothérapie.

Le point de départ du questionnement moderne sur l'efficacité des psychothérapies peut être rapporté à l'article princeps d'Eysenck (1952) passant en revue 24 études suggérant que la psychothérapie n'est pas efficace et que le passage du temps surclasse l'efficacité d'une prise en charge (dans la rémission des névroses). Bien que souffrant de nombreux biais méthodologiques (groupes non comparables, critères d'améliorations questionnables), cette étude a eu pour fonction de stimuler le champ de la recherche en psychothérapie, qui a atteint depuis des proportions considérables. Lambert (2013) évoque ainsi le chiffre de quelques 60000 recherches académiques ayant donné lieu à une publication, sur les 30 dernières années, tout en soulignant l'entreprise démesurée que représenterait la lecture d'une telle somme (environ 13 ans à raison de 12 heures par jours) et suggérant que devant l'impossibilité de traiter toute cette information, il est maintenant nécessaire de dégager des lignes directrices qui font consensus et d'encourager le débat sur les résultats qui ont été jusque-là acquis comme des évidences. Par ailleurs, avec l'hyper-connection de notre société et les nouvelles possibilités offertes par l'intelligence artificielle quant à l'exploitation des données (Big Datas), ce mouvement n'est pas près de s'essouffler. Aussi, il est rapidement apparu nécessaire d'utiliser une métrique commune pour rassembler les différentes informations extraites de ces études. Cette métrique appelée taille de l'effet (en anglais, effect-size) correspond à la magnitude du changement évalué par une échelle entre deux occasions de mesure (voir Cohen, 1988). Cette métrique étant une mesure standardisée, c'est à dire sans unité, elle autorise des comparaisons entre des études différentes, mais aussi des comparaisons entre des champs de recherche disciplinaires différents (par exemple la psychothérapie et les prises en charge médicales) et offre l'avantage de pouvoir

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

agréger les données pour synthétiser les résultats. La taille de l'effet permet tout aussi bien de mesurer le changement avant-après sur une cohorte de patients recevant un traitement psychothérapeutique que d'évaluer la différence d'efficacité entre deux traitements différents reçus par deux groupes de patients différents ; ou un traitement et un groupe contrôle, avec une meilleure capacité discriminative si les patients sont répartis de manière aléatoire entre les groupes, du fait de la diminution de la variance non systématique. En tant qu'indice de changement, la taille de l'effet peut être sommée et permet par exemple d'agréger les données et de déterminer les effets d'un traitement dans un corpus de recherches dédié à ce traitement ou à une problématique particulière (Meta-analyse et Mega-analyse) ; elle permet également de procéder au test des différentes composantes d'un traitement en les introduisant progressivement ou en les enlevant de manière séquentielle (procédure de démantèlement ou « Dismantling »). La puissance de l'étude, définie par la capacité à mettre en évidence la présence d'un effet s'il existe réellement, diffère selon les séquences expérimentales (« experimental design »), avec un ordre croissant de puissance des revues de la littérature, des études contrôlées (randomisées ou non) aux Méta et Méga-analyses et aux études de Démantèlement. Les Méta-analyses et les Méga-analyses ont ainsi permis de mettre en évidence des tendances bien définies sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas en psychothérapie en utilisant les données issues de plus de 50 ans de recherche, et d'en réaliser l'inventaire.

Ce qui fonctionne en psychothérapie

La première question qui fut posée par l'étude d'Eysenck concernait l'efficacité réelle des psychothérapies. Il fait maintenant consensus que la psychothérapie est une technique d'intervention en général véritablement efficace, en comparaison avec une absence de traitement ou avec l'administration d'un placebo (Smith, Glass, Miller, 1980) ; une taille de l'effet moyenne de .80 (effet fort selon Cohen, 1988) est rapportée dans de nombreuses études

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

quantitatives, quand il s'agit de comparer le fait de recevoir un traitement psychologique à l'absence de traitement pour une problématique donnée (Lambert et Ogles, 2004). Pour illustrer ce résultat, nous pouvons effectuer une comparaison imaginaire entre un individu qui aurait reçu un traitement et un groupe d'individus qui n'auraient pas reçu de traitement pour une même problématique identifiée. L'individu traité se trouverait amélioré par rapport à près de 79% des individus qui n'auraient pas reçu de traitement face aux mêmes difficultés. Ce résultat indique que l'efficacité générale de la psychothérapie (Efficacy) est forte. Cet effet est d'autant plus important si nous le comparons, ce que permet la mesure de la taille de l'effet, aux effets attribuables aux interventions médicales les plus sophistiquées : Les résultats sont égaux ou supérieurs à la taille d'effet de nombreux traitements médicaux reconnus (effet moyen des intervention médicales = .05 ; Caspi, 2004 ; Cooper, 2008).

La deuxième question à se poser concerne la différence d'efficacité entre la pratique rigoureusement contrôlée des études de laboratoire (« Efficacy » établie avec des patients réputés « purs » - c'est à dire ne cotant que pour une problématique DSM, des thérapeutes spécialistes du trouble à traiter, extrêmement entraînés et supervisés à dispenser le traitement - et des conditions très rigoureuses de standardisation et d'administration comme une thérapie suivant fixement un manuel de traitement) et la pratique du terrain (Efficience ou « Effectiveness » établie avec la réponse des patients au traitement en condition de routine). Ici également un consensus émerge quant au fait que les résultats de terrain puissent être comparables en termes de changement cliniquement significatif, en condition réelles (voire par exemple la Méta-analyse de Shadish et al., 2000; Minami et al., 2008; Stiles et al., 2008). Il est également admis que la psychothérapie est efficace à tous les âges de la vie (Campbell et al. 2013).

Une troisième question concerne la différence d'efficacité entre les différents écoles ou courants de la psychothérapie. Cette question, hautement polémique, a été le terrain

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

d'affrontement entre les partisans de la spécificité des psychothérapies, qui argumentent que des « ingrédients » spécifiques ou composantes de traitement spécifiques propres à chaque psychothérapie sont responsables de la variance de changement due au traitement, et les partisans de l'approche dite des facteurs communs qui soutiennent que des ingrédients ou facteurs communs présent en proportions variables dans toutes les approches psychothérapeutiques seraient responsables de la variance du au traitement. Cette question a été mise en avant en France, lors de la publication du rapport de l'Inserm sur l'efficacité de trois approches évaluées (approche psychodynamique, TCC, thérapie familiale et systémique. Inserm, 2004) dont les principaux résultats aboutirent à un classement par ordre d'efficacité basé sur une sommation du nombre d'études mesurant l'efficacité des trois orientations testées, à partir de la littérature disponible. Avec un tableau de résultat classant par ordre croissant d'efficacité : les thérapies psychodynamiques, la thérapie familiale et systémique et enfin les TCC³. Ce rapport fut contesté aussi bien pour des raisons légitimes incluant des problèmes méthodologiques que pour des présupposés éthiques qui sont eux difficilement défendables. Un des principaux écueils à éviter est en effet le classement d'efficacité basé sur le comptage des études soutenant l'efficacité d'une approche en particulier, amenant en fonction du nombre de résultats comptés à un grade de preuve d'efficacité supérieur. Pour illustrer cette méthodologie, nous pourrions classer les résultats de deux sportifs qui ont courus un nombre différent de marathons sur des terrains différents, dans des conditions climatiques différentes, et donc avec des variables parasites importantes non contrôlées, sur leur nombre respectif de victoire cumulées, au lieu de les faire concourir l'un avec l'autre directement au cours de plusieurs épreuves. Cette méthodologie de classement est évidemment parfaitement discutable et ne rend pas aussi bien compte de la réalité du terrain qu'une comparaison d'approches deux à deux pour

³ Pour une synthèse de ces résultats voir : http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/147/expcol_2004_psychotherapie_synthese_fr.pdf?sequence=1

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

une problématique donnée, qui dans le meilleur des cas peut faire l'objet d'une méta-analyse et donner l'occasion de synthétiser avec suffisamment de puissance statistique un pan de la recherche en psychothérapie.

Les prétendus présupposés éthiques associés au discrédit du rapport de l'Inserm, ont été liés aussi bien à l'aspect de trivialité que représenterait la « mesure » du psychisme ou de la subjectivité qu'à son impossibilité opératoire et technique ; des raisons peu soutenables tenant peut-être plus d'un tabou français. Ce discrédit ne servant pas au final ceux qui devraient l'être, c'est à dire les patients qui reçoivent de soins et peuvent légitimement avoir le choix et s'attendre à de vrais résultats mesurés.

Ici, la réplication des résultats des études antérieures par la Méta-analyse de Smith et Glass (1980), laissait clairement apparaître que les thérapies avaient en général des effets équivalents quand elles étaient comparées entre elles pour des problématiques variées.

Une autre manière de répondre à cette question est donc de procéder à des méta-analyses incluant uniquement des comparaisons de recherches deux à deux de traitement *Bona-fide*. Cette démarche aboutit à un résultat qui fait à la fois consensus mais qui est souvent mal interprété et entraîne de fortes résistances de la part des partisans de la spécificité dans l'efficacité des psychothérapies : le verdict du dodo.

Ce verdict est une métaphore basée sur la phrase de la course de Dodo initialement empruntée par le psychologue Paul Rozenweig (Bertolino et al., 2012) à l'œuvre de Lewis Carroll, *Alice aux pays des merveilles*. Dans cet ouvrage, à l'issue d'une compétition, l'oiseau Dodo proclame que « Tout le monde a gagné et que tout le monde doit avoir un prix » ; le verdict du Dodo désigne à ce jour un des résultats les plus répliqué de la littérature, que nous intitulez équivalence générale des effets dus aux psychothérapies.

L'équivalence générale d'efficacité de la psychothérapie

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Contrairement à l'interprétation classique qui peut en être faite, l'équivalence générale d'efficacité des psychothérapies ne revient pas à affirmer que pour n'importe quel patient donnée et pour n'importe quelle problématique les traitements sont interchangeables puisque d'efficacité identique (« tout se vaudrait »), aboutissant à un relativisme radical, mais qu'au contraire, dans une population donnée de patients consultants pour un trouble donnée, il y aura une répartition des effets dus au traitement telle qu'il ne sera pas possible d'affirmer à priori avec certitude qu'une intervention *bona-fide* spécifique, c'est à dire qui est censée être thérapeutique (efficace) pour ce trouble donnée, sera toujours supérieure aux autres interventions. Cela revient donc à dire qu'il faut individualiser, selon le contexte, pour chaque patient le traitement *bonafide* en s'assurant que celui qui est dispensé produit bien une réponse positive ; d'où l'intérêt du Suivi Continu des Résultats en cours de psychothérapie (SCR, ou Routine Outcome Monitoring - ROM) permettant de vérifier la réponse au traitement et d'adapter le traitement aux caractéristiques des patients. Ces données impliquent deux éléments extrêmement importants : cette comparaison exclut les « pseudo-traitements » qui n'ont pas démontré la preuve de leur efficacité pour une problématique donnée, et il est nécessaire de suivre (monitorer) la réponse du patient au traitement en temps réel, afin d'individualiser sa délivrance. (Groupe de Travail de l'APA : APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, pp. 273, 276-277). De manière plus spécifique, Wampold (2002) estime que la différence d'efficacité entre les traitements *Bonafide*, représenterait une taille d'effet maximale de .2, ce qui est considéré comme un effet faible. Les coûts d'implémentation du « meilleur traitement » ne justifieraient pas le déploiement en comparaison de l'efficacité ; et en contrôlant les variables parasites telles que l'allégeance des thérapeutes, c'est à dire la croyance dans l'efficacité des effets que la thérapie peut produire ; cette différence de taille de l'effet spécifique serait nulle (Wampold, 2015). Ces données suggèrent qu'il n'a pas été trouvé de différences dans les résultats attribuables au traitement pour la psychothérapie en général (Wampold et al., 1997) .

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Mais également qu'il n'existerait pas de différence dans la prise en charge de nombreux troubles spécifiques (Bertolino et al., 2012) : par exemple dans le traitement de la dépression (Wampold et al., 2002), dans la prise en charge du stress post traumatique (Benish, Imel, & Wampold, 2008), pour les troubles liés à la consommation d'alcool (Imel et al., 2008) et pour les quatre catégories diagnostiques les plus représentées chez les enfants et les jeunes (La dépression, le trouble d'attention- hyperactivité, l'anxiété, les troubles des conduites ; Miller, Wampold, & Varhely, 2008). Une étude plus récente (Werbart et al., 2013) a exploré dans le système de soins psychiatriques publics en Suède, la différence d'efficacité due à différents traitements (TCC, approche psychodynamique, approche éclectique intégrative) : bien que la majorité des patients aient tirés des bénéfices significatifs des soins, il ne fut pas trouvé de différence significative dans l'efficacité due aux différents traitements sur trois mesures différentes de résultats. Enfin, sans prétendre couvrir tout le champ des problématiques pouvant être étudiées à la lueur de l'effet Dodo, nous pouvons citer une dernière étude méta-analytique avec comparaison directe de traitements, où il n'apparaissait pas, une fois de plus, de différence marquée dans l'efficacité due aux différents traitements (efficacité différentielle) pour des patients traités pour des troubles alimentaires (Grenon et al., 2018).

Le verdict du Dodo revient à questionner la part des « ingrédients spécifiques du changement (« la technique psychothérapeutique ») et la part des ingrédients présentés par toutes les psychothérapies *Bona-fide* (classiquement dénommés « facteurs communs »).

La désormais classique estimation des effets dus au traitement issu de la recension de la littérature de Lambert laissait apparaître que les facteurs non spécifiques représentaient environ 85% de la variance due au traitement (Asay et al., 1999). Il est nécessaire de considérer que ce partitionnement de la variance des résultats en fonction d'ingrédients quantifiables et discrets, permis par l'analyse statistique, ne remet pas en cause le caractère interactionnel des processus à l'œuvre dans le traitement. Ainsi, dans les 13 à 20 % de la variance de changement des patients

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

estimée être due au traitement, il est permis de préciser le poids relatif des composantes (Bertolino et al., 2012, p6) : La technique/le modèle de psychothérapie représenterait seulement 1% de la variance due au traitement alors que la part due au thérapeute serait-elle de 4 à 9%. L'alliance thérapeutique représenterait à elle seule de 5 à 8 % de la variance des résultats, et les effets d'attente chez le thérapeute (allegiance) et chez le patient (placebo) rendraient compte d'environ 4 % de la variance due au traitement. Il apparaîtrait que la relation thérapeutique serait plus importante que le traitement donné et que la variance dans l'efficacité serait plus liée aux thérapeutes qu'à la technique. Ce résultat très important oriente le débat sur l'évaluation et l'amélioration de l'efficacité des psychothérapies, en précisant sur qui et sur quoi doivent être recentrés les efforts d'investigation.

Les gains dus au traitement psychothérapeutique

Une quatrième question peut être posée en relation avec la nature des effets de la psychothérapie. Il est en effet largement démontré que la psychothérapie réduit un éventail très varié de symptômes et de problématique de santé et permet de revenir à un niveau de fonctionnement normal dans de nombreuses problématiques (Lambert et al., 2014). Il est également clair qu'au-delà du rétablissement, suivre une psychothérapie procure des gains complémentaires en permettant de développer des compétences, et des stratégies de coping qui pourront être utilisées dans d'autres domaines de vie (Lambert et al., 2004). En outre, le rapport efficacité sur coût de la thérapie est favorable, la psychothérapie diminuant les coûts de santé. La psychothérapie réduit la durée des séjours des patients, l'utilisation de soins de médecine générale et les coûts des médicaments associés (Altman et al, 2018 ; Chiles, et al., 1999 ; Kraft, et al., 2006). Une étude récente a permis de transposer ces résultats à la France, estimant que pour un euro investi dans le traitement psychothérapeutique, le ratio coût-bénéfice varierait selon la symptomatologie entre 1,14 euros et 1,95 euros (Dezetter, et al., 2012).

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Aussi, cette première partie de l'analyse de la littérature brosse un portrait très positif de la psychothérapie, il est de ce fait indispensable de considérer des données plus négatives qui rendent une illustration plus réaliste, bien qu'en demi-teinte, de son efficacité réelle.

Les dysfonctionnements de la psychothérapie

La cinquième question qui peut être posée interroge ainsi sur les effets potentiellement négatifs de la psychothérapie, leur proportion, et leurs conséquences.

La problématique des effets négatifs

Comme dans tout traitement, il existe des effets non-attendus et des effets secondaires qui peuvent être considérés comme relativement faibles, mais non négligeables. Pour en donner une estimation, une enquête récente de Crawford et al. (2016) documente des effets négatifs persistants pour 1 personne sondée sur 20 (5 %). Une classification des pratiques potentiellement dangereuses a été entreprise, et inclut notamment des techniques comme le Rebirth, mais elle reste cependant assez limitée (Lilienfeld, 2007). De manière plus préoccupante, une proportion non négligeable de patients voit leur état se détériorer pendant le traitement : 5 à 10 % (Lambert et al. (2004) ; Cooper, 2008). Les données sont encore plus inquiétantes chez les enfants pour qui les taux de détérioration pourraient atteindre de 12 à 20 %, suggérant que pour une partie de cette population, les traitements ne sont clairement pas efficaces (Warren et al., 2010).

La problématique des abandons de traitement

L'abandon des soins qui peut être opérationnalisé par de multiples indicateurs (ne pas continuer la thérapie jusqu'à épuisement total des effets bénéfiques, abandon ou arrêt non planifié des séances) est malheureusement un phénomène couramment constaté par les psychothérapeutes et le taux d'abandon des soins est réputé élevé. Il diffère selon la méthodologie de la recherche employée (jusqu'à 47% dans la Meta-Analyse de Wierzbicki et

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Pekarik, 1993 ; aux alentours de 25% pour Swift & Greenberg, 2012). Pourtant, il est clair que la réponse psychothérapeutique suit une loi dose-effet, et l'abandon précoce des séances, même chez les patients qui ont initialement bénéficié du traitement, ne leur permet pas de retirer tous les bénéfices qui auraient pu être expérimentés au cours de la thérapie (Howard et al., 1986).

Les cliniciens n'évaluent pas leurs résultats de manière fiable

La sixième question dont nous allons traiter concerne l'habileté des cliniciens à évaluer leur efficacité durant la délivrance de la psychothérapie. Les psychothérapeutes aussi formés, expérimentés et entraînés soient-ils, ne sont pas à l'abri de présenter des biais cognitifs qui peuvent affecter les décisions prises en cours de traitement. La part de variance due aux thérapeutes est importante, et pourtant les cliniciens ont une tendance marquée à surestimer leurs capacités et leur habileté à détecter les patients qui sont à risque de se détériorer ou d'abandonner le traitement prématurément (Lambert et Ogles, 1997).

L'étude princeps de Hannan et al., (2005) est particulièrement éclairante sur ce sujet. Il s'agissait de déterminer les capacités des psychothérapeutes (22 professionnels et 22 en formation) à détecter dans leur patientèle, les personnes à risque de se détériorer pendant le traitement et de comparer leur sensibilité à la détection à celle d'un algorithme prédictif de l'échec au traitement. S'inscrivant dans le champ des recherches centrées sur le patient, et utilisant un questionnaire de suivi des résultats en continu (SCR) aux qualités psychométriques démontrées (L'OQ-45), un pool initial de patients de cette population a été sondé, autorisant à calculer un pourcentage moyen de détérioration sur cette population. Armé de ces données, un algorithme de prédiction de l'échec au traitement permet de déterminer, en fonction du score actuel (de l'évolution actuelle) d'un patient sur le questionnaire OQ-45, si ce patient ressemblait plus aux patients qui se sont par le passé détériorés, ou si au contraire les données actuelles laissent envisager une issue toute positive au traitement.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

La question posée aux thérapeutes qui ne bénéficiaient pas du retour d'information (feedback) de l'algorithme était de déterminer quels patients allaient réellement se détériorer. Afin de les aider, le taux moyen de détérioration précédemment calculé et attendu sur cette population leur était communiqué. Le résultat est sans équivoque. Sur les 550 patients de l'étude, l'algorithme a identifié correctement 36 des patients qui se sont réellement détériorés pendant le traitement et les cliniciens ont identifié un seul patient sur les 40. Ceci laisse apparaître que les thérapeutes ont de grandes difficultés à identifier dans une population de patients ceux qui sont à risques de mauvais résultats, et un premier élément de réponse à ces enjeux peut être apporté par ces méthodes actuarielles d'algorithme prédictif, rendu possible par le Suivi en Continu des Résultats du traitement (SCR - ROM).

Enfin, une septième question résume à elle seule l'ambiguïté posée par les recherches sur l'évaluation de la psychothérapie. Quel est l'évolution de l'efficacité des psychothérapeutes au fil de leur carrière ? Là aussi, les éléments de réponse sont plutôt décourageants. Sans efforts spécifiques, en dépit des formations continues de plus en plus sophistiquées, de la supervision, et indépendamment de l'accumulation de l'expérience clinique, les thérapeutes atteignent un plateau dans leur efficacité assez rapidement au cours du temps (Bertolino et al., 2012), certaines études suggèrent même que les performances déclinent pendant la carrière (Goldberg et al., 2016).

Comment répondre à ces enjeux ?

Des éléments de réponse se dégagent pourtant nettement dans la littérature, mais les considérer revient à s'écarter de l'orientation qui a été donnée au champ de la psychothérapie, au cours de ces vingt dernières années. Cette orientation était définie par une stratégie « translatée » du champ biomédical et des modèles basés sur les preuves, et s'articulant autour de l'étude et de la dissémination de thérapies « empiriquement soutenues » ou empiriquement

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

validées (EST) ; avec un focus constant sur la fidélité dans la délivrance de la psychothérapie (manuel de traitement) et sur la formation classique et la supervision des thérapeutes, censée maximiser la bonne délivrance des ingrédients spécifiques aux traitements. Cette stratégie n'a pourtant pas démontré une réelle efficacité (Wampold et al., 2015).

Les éléments de réponse sont pourtant, à la fois trans-théoriques, trans-diagnostiques et même trans-disciplinaires, et concernent deux indicateurs systématiquement associés à de meilleurs résultats thérapeutiques, qui sont retrouvés dans les publications et qui permettraient de donner une nouvelle orientation pour la formation et pour la délivrance des soins (Cazauvieilh, 2013, 2014, 2015). En effet, deux prédicteurs sont associés à l'efficacité en psychothérapie, *une bonne alliance thérapeutique* entre le patient et le thérapeute *et des résultats positifs* sur les premières séances de traitement.

L'alliance thérapeutique

Concept bien connu des praticiens et initialement issu du courant psychodynamique, la notion d'alliance thérapeutique revêt des significations diverses. Nous pourrions utiliser le synonyme de *rapport collaboratif* (entre le patient et son thérapeute); mais nous pouvons également distinguer une définition qui fait l'objet d'un consensus. Dans cette acception, l'alliance thérapeutique serait composée de trois dimensions en interactions, qui sont respectivement la dimension relationnelle (une entente ou la qualité du lien entre le patient et le thérapeute), une dimension liée aux objectifs de la thérapie (l'entente sur les buts) et une dimension liée à la méthode ou technique employée (entente sur les tâches) (Bordin, 1979).

Plusieurs caractéristiques importantes se dégagent de cette découverte, répliquée dans plusieurs milliers d'articles de recherche : La capacité du thérapeute à former des relations avec les patients prédit les résultats (Horvath et Bedi, 2002 ; Baldwin et al., 2007). Une des critiques opposées à ce constat consiste à souligner la nature corrélationnelle de la démonstration. Pourtant, l'alliance thérapeutique prédit bien l'engagement dans le traitement et l'engagement

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

est lui-même associé aux meilleurs résultats ; l'alliance étant de ce fait, un des meilleurs prédicteurs des résultats (Orlinsky et al., 2003). Il existe des disparités dans les évaluations de l'alliance réalisées chez les thérapeutes et chez leurs patients, et ce sont les évaluations faites par le patient quant à l'alliance qui sont les plus prédictives du succès au traitement (Bachelor et Horvath, 1999). L'effet estimé dû à l'alliance dans les résultats diffère selon les études, mais une estimation de 54% de la variance des résultats dus au traitement pourraient être expliquée par l'alliance thérapeutique (Wampold, 2001). Dans une des plus importante étude contrôlée randomisée sur le traitement de la dépression (le programme de recherche collaboratives du NIMH ; Elkin et al., 1989) comparant les effets d'une thérapie comportementale, aux effets dus à la thérapie interpersonnelle et à la prise d'antidépresseur, face au placebo l'alliance apparut comme un prédicteur du succès dans toutes les conditions expérimentales (Il est à noter que le verdict du dodo s'est appliqué également à cette étude dont le design expérimental était pour le moins extrêmement rigoureux).

Une rapide comparaison des effets dus à l'alliance dans la part de variance due au changement face à la taille d'effet due à la technique utilisée laisse apparaître que l'alliance expliquerait sept fois plus de variance des résultats (Bertolino et al., 2012). L'alliance est en outre un concept transdisciplinaire et des données récentes soulignent son importance en médecine et en psychopharmacologie (Consoli, (2006), Pringle et al., (2011), Baudrant-Boga et al., (2012), Ireps (2012), Pringle et Colley, (2015)). Ces données soulignent l'intérêt de suivre la qualité de la relation thérapeutique tout au long du traitement pour mieux engager le patient dans sa thérapie.

Les effets positifs au début du traitement

Il s'agit d'une variable moins connue et beaucoup moins considérée, bien que potentiellement opérationnalisable, dans l'amélioration de la qualité des soins. Des résultats positifs au début du traitement, en termes de changement perçu subjectivement, prédisent la

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

réussite à l'issue des soins et la probabilité de l'issue positive au traitement diminue avec chaque séance ne présentant pas de manifestation de changement (Lambert, 2004).

La relation dose-réponse

Il est nécessaire de rappeler ici les résultats de l'étude classique sur l'effet-dose en psychothérapie mise en évidence par la Méga-analyse de Howard et al., (1986), à partir d'un pool de 15 bases de données de recherches couvrant une population de plus de 2400 patients suivis en psychothérapie ; et pour lesquels il s'agissait de modéliser statistiquement la réponse au traitement en fonction du nombre de séances attendues. A la 8ème séance, quasiment 50% des patients étaient améliorés de manière quantifiable et approximativement 75% à la 26ème séance (6 mois de traitement). Il existerait une diminution des gains tirés de la thérapie au cours du temps, telle que sur les premières séances, si nous matérialisons les gains par un graphique d'évolution symptomatique (par exemple en mesurant un niveau de détresse psychologique), nous pourrions constater la présence d'une forte pente descendante, indiquant un haut niveau de diminution de la symptomatologie, et tel que cette « accélération du changement » aurait tendance à diminuer au fil de séances. Ceci implique que certains patients s'améliorent très rapidement. Depuis ces résultats préliminaires, des études complémentaires ont rapporté un même schéma général d'un changement rapide suivi par des gains plus faibles au fur et à mesure de l'avancement du traitement, tout en soulignant que les patients les plus sévèrement en détresse nécessitaient plus de séances. Par exemple, L'analyse de survie de Anderson et Lambert (2001) rapporte une médiane de 11 séances pour atteindre un changement cliniquement significatif, et une nécessité de 8 séances supplémentaires chez les patients plus sévèrement perturbés. Certains auteurs suggèrent tout de même que l'efficacité de la thérapie n'est pas dose-dépendante (Stiles et al., 2008). Enfin, tous les patients, ne suivent pas une réponse linéaire au traitement et des sous-groupes de « répondeurs » ont pu être identifiés. De même, le changement peut être modélisé en phase plutôt qu'en simple relation entre la dose et

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

l'effet. Nous pouvons citer à ce sujet l'étude de Stulz, et al., (2007), utilisant une modélisation de la croissance latente (Growth Mixture Model) sur les 6 premières séances de patients recevant des consultations externes, et identifiant cinq patterns ou groupes de changement correspondants aux patients et basées sur leur niveau initial de détresse (mesuré par le questionnaire CORE) ; ces groupes présentaient des réponses différentes au traitement, tout en présentant des changements en phases aux caractéristiques communes : une amélioration du bien-être rapide, suivie d'une diminution des symptômes psychologiques puis d'une amélioration plus lente du fonctionnement. Pour éclairer ce point, nous pouvons citer les données issues des recherches sur les algorithmes de prédiction de la réussite au traitement (utilisant par exemple le questionnaire OQ-45) : le signal d'alerte quant à un mauvais résultat attendu au traitement, peut apparaître avec ce système de gestion des résultats, aussitôt qu'à la troisième séance avec aux alentours de 40% de la variance des résultats prédits à l'issue du traitement (Lambert et al.2001 ; Whipple et al.2003). Ainsi, en utilisant d'importantes bases de données normatives, Brown et Lambert (1998) découvrirent que le degré de sévérité initiale combiné au changement précoce (changement après une session de psychothérapie) prédisait l'issue du traitement (avec 17% de la variance des résultats). En découle une philosophie du traitement qui se centre sur la distribution plus importante d'attention aux patients qui ne tirent pas de bénéfices réels de leur traitement. Ces données même si elles présentent des disparités, soulignent que le changement peut et doit être monitoré, dès le début du traitement et en continu pour s'assurer de la réponse du patient et ajuster le traitement.

Comment intégrer et utiliser ces données pour répondre aux enjeux de la psychothérapie et guider la pratique courante

Comme le soulignent, Wampold et al ; (2015), dans une synthèse des résultats de la recherche, les arguments soutenant le modèle biomédical classique des effets de la

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

psychothérapie sont minces, et les arguments en faveur d'un modèle contextuel de la psychothérapie sont plus nombreux. Les auteurs recommandent donc de se centrer sur ce qui est responsable du bon « fonctionnement » des psychothérapies plutôt que de continuer à investir des fonds en quantité considérable dans les essais contrôlés randomisés visant à nourrir les listes de traitement empiriquement validés. Cet agenda les amène à considérer naturellement un paradigme de recherche relativement récent, à même de réduire l'écart entre la pratique et la recherche en psychothérapie, le courant de la recherche basée sur la pratique (Practice Based Evidence ; voir Duncan et al., 2010) qui utilise les données issues de la pratique (notamment les progrès des clients), pour améliorer la qualité des soins. En considérant que ces données sont aussi probantes que les données recueillis dans les protocoles de recherche en laboratoire, ce protocole aboutit à un renversement de la preuve, sans contester les acquis de la recherche. L'utilisation du feedback des patients en thérapie pour informer le praticien (parfois le patient également) et guider le processus thérapeutique est un exemple direct de ces recherches (que nous pouvons regrouper sous l'appellation Traitement Orienté par le Feedback ou TOF ; pour une revue voir Cazauvieilh, 2013, 2014, 2015). Ce Suivi Continu des Résultats (ROM) est un développement prometteur des recherches centrées sur le patient (Lambert et al., 2001). Une recension récente de la littérature de Schuckard et al. (2016) documente que la pratique ROM peut amener dans certaines études à une diminution des taux d'abandon (jusqu'à 50%), réduire les taux de détérioration pendant les soins (jusqu'à 33%), et peut être efficiente en maximisant le changement cliniquement significatif (jusqu'à le multiplier par deux) ; avec des économies de santé dans les ressources allouées aux soins.

Une manière d'opérationnaliser ces données consiste à suivre en continu les évolutions du patient à l'aide d'échelle fiables, valides, et faciles d'utilisation (Cazauvieilh, 2013, 2014, 2015) sur les indicateurs associés aux meilleurs résultats (le changement, et l'alliance thérapeutique).

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Ceci est en lien avec les préconisations de l'APA (Tak force, 2006) sur l'excellence clinique et les meilleures pratiques soutenues empiriquement (Evidence Best Practice ou EBP).

L'entraînement des thérapeutes par la pratique délibérée (Deliberate Practice, Ericsson, 2006)

Non seulement, la pratique SCR permet-t-elle, au clinicien de travailler en séance pour viser à obtenir les meilleurs résultats avec son patient (niveau-micro), mais elle autorise également à envisager un plan d'action plus ambitieux et à potentiel de développement de l'efficacité des sur le long terme (niveau macro).

Initialement développée par le psychologue K Anders Ericsson, la notion de « pratique délibérée » est issue de recherches visant à comprendre, à travers des domaines de compétences variés (arts, sports, échecs, musique), comment les praticiens pouvaient acquérir une expertise marquée. Un des premiers résultats issus de ce champ de recherche qui a été popularisée par Malcolm Gladwell dans son ouvrage « Outliers », est que le développement de cette expertise est hautement consommateur de temps, et qu'il faudrait en moyenne, 10000 heures de pratique délibérée pour acquérir le statut de virtuose dans un domaine de compétence défini. La pratique délibérée n'étant pas constituée par la seule accumulation du temps passé dans une tâche, mais par le temps dévolu à l'exercice spécifique et délibéré, au seuil de ses capacités à maîtriser une nouvelle habileté, tout en recevant du feedback adapté (Ericsson, 2006). Cette pratique a été initialement incorporée à la psychothérapie par le Dr Scott Miller (Bertolino et al, 2012) en présentant une méthodologie utilisant la pratique ROM pour établir une ligne de base des performances individuelles (et suivre ensuite sa progression), s'engager dans des activités de pratique délibéré pour s'entraîner sur une compétence non maîtrisée et affiner la séquence d'entraînement en recevant du feedback correctif à chaque étape (à l'aide de la ROM ou d'un mentor).

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

Les premiers résultats de la recherche vont dans le sens d'une association entre la quantité de temps dévolu à la pratique délibérée et l'efficacité clinique en psychothérapie. Ainsi, il a été démontré chez un groupe de thérapeutes qui monitoraient leurs résultats au sein d'un réseau de recherche basée sur la pratique, que les thérapeutes les plus efficaces passaient plus de temps à développer leurs compétences à l'aide de pratiques spécifiques issues de la pratique délibérée (Chow et al., 2015). Enfin, il est documenté que les performances des cliniciens déclinent avec le temps (Goldberg et al. 2016 a), et une étude plus récente souligne le potentiel de la pratique délibérée pour contrer ce phénomène ; avec un très léger accroissement de l'efficacité des cliniciens au cours du temps relié à la pratique délibérée (Goldberg, et al. 2016 b). Par conséquent, cette notion de pratique délibérée est une variable importante à contrôler dans les études sur l'efficacité des thérapeutes.

Discussion

L'analyse de la littérature relative aux psychothérapies laisse clairement apparaître des données à la fois très positives et assez préoccupantes. En effet la pratique de la psychothérapie peut être associée à quatre résultats extrêmement positifs (ce qui fonctionne) : 1) Suivre une psychothérapie est généralement efficace, aux vues des études rigoureusement contrôlées et pour une problématique spécifique. 2) La psychothérapie est également généralement efficace dans les conditions réelles où les patients présentent de multiples problématiques. 3) Une variété de traitement *Bonafide* sont à mêmes d'aider un vaste panel de patients et 4) les acquis de la thérapie bénéficient aux patients au-delà de leur problématique psychologique et impactent également les coûts de santé.

Cependant, il ressort aussi de cette synthèse que trois éléments négatifs et inquiétants sont associés à la pratique de la psychothérapie : 1) La psychothérapie peut nuire, les effets secondaires persistants existent et les patients sont à risque de se détériorer et d'abandonner

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

leur traitement, 2) les cliniciens se surestiment dans l'évaluation de leurs résultats et présentent de grandes difficultés à discriminer les patients à risque. Enfin, 3) leurs performances ont plutôt tendance à décliner au cours de leur carrière en l'absence d'efforts concertés.

Pour répondre à ces enjeux et reprenant l'intitulé du titre d'un chapitre écrit par Lambert en 2010, nous affirmons qu'il est temps pour les cliniciens d'assurer le suivi des résultats en soins courants, et d'adopter une démarche basée sur le feedback des patients pour adopter une pratique délibérée aussi bien au niveau micro (à chaque séance) qu'au niveau macro (et travailler à son développement professionnel continu).

L'implémentation des systèmes de suivi des résultats devrait selon nous être encouragée dans les pays francophones, au niveau des cabinets des praticiens, mais aussi au niveau des institutions de soins privées et publiques ; particulièrement en France où les données probantes issues de la pratique de terrain seraient à même d'éclairer les expérimentations courantes quant au remboursement des psychothérapies.

Ces expérimentations permettront peut-être à terme de garantir un accès aux psychothérapies, forme d'intervention qui nous l'avons vu est efficace et susceptible de réduire significativement les coûts de santé ; tout en ne rentrant pas dans le champ de la définition trop restrictive du modèle biomédical classique, laissant aux psychothérapeutes leur expertise et leur autonomie d'exercice. La psychothérapie n'est pas non plus une intervention non médicamenteuse comme les autres, tant la dimension contextuelle et relationnelle est prépondérante.

Pour conclure, les recherches sur les mécanismes d'efficacité des interventions liées au feedback devraient selon nous être également stimulées, car elles éclairent ce qui fonctionne réellement dans les psychothérapies, au-delà des luttes intestines entre les partisans d'obédience thérapeutiques différentes, qui sont évidemment stériles pour les premières personnes concernées : les patients.

REFERENCES

- Altmann, U., Thielemann, D., Zimmermann, A., Steffanowski, A., Bruckmeier, E., Pfaffinger, I., Strauß, B. (2018). Outpatient Psychotherapy Improves Symptoms and Reduces Health Care Costs in Regularly and Prematurely Terminated Therapies. *Frontiers in Psychology*, 9, 748. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00748>.
- Anderson, E. M., & Lambert, M. J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 7, 875-888.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). *Evidence-based practice in psychology*. *American Psychologist*, 61(4), 271–285.
- Asay, T. R., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case of the common factors in psychotherapy: quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 23-55). Washington DC: American Psychological Association. doi:10.1037/11132-001.
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (pp. 133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842–852.
- Baudrant-Boga, M., Lehmann, A., & Allenet, B. (2012). Penser autrement l’observance médicamenteuse : d’une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70(1), 15–25. doi:10.1016/j.pharma.2011.10.003.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- Benish, S., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies of post-traumatic stress disorder: *A meta-analysis of direct comparisons. Clinical Psychology Review, 28*, 746-758.
- Bertolino, B., Bargmann, S., & Miller, S. (2012). International Center for Clinical Excellence manuals on feedback-informed treatment (FIT): *Manual 1--What works in therapy: A primer*. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Brown, G. S., & Lambert, M. J. (1998, June). *Tracking patient progress: Decision making for cases who are not benefiting from psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Snowbird, UT.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasequez, M. J., & Kaslow, N. J. (January 01, 2013). *Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution. Psychotherapy (chicago, Ill.), 50*, 1, 98-101.
- Carr, A., & Irish Council for Psychotherapy. (2007). *The effectiveness of psychotherapy: A review of research*. Dublin: Irish Council for Psychotherapy.
- Caspi, O. (2004). How good are we? A meta-analytic study of effect sizes in medicine. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 65*(5- B), 2607.
- Cautin, R. L. A century of psychotherapy, 1860-1960. In Norcross, J. C., VandenBos, G. R., Freedheim, D. K., & American Psychological Association. (2011). *History of psychotherapy: Continuity and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cazauvieilh, C. (2013, novembre). *Évaluer et améliorer l'efficacité des psychothérapies : adaptation française d'un système de suivi des résultats thérapeutiques et étude*

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

prospective des processus participants au changement. Communication publique présentée au séminaire de l'école doctorale SP2, Université Bordeaux II, Bordeaux.

Cazauvieilh, C. *Améliorer son efficacité clinique et dynamiser sa croissance professionnelle : des méthodes simples au service du changement.* Session de poster, vendredi 12 décembre 2014, congrès de l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC), Paris, maison de la chimie.

Cazauvieilh, C. *Fonctionnement et dysfonctionnement des psychothérapies.* Session Clinique, le vendredi 4 Septembre 2015. 56^{ème} Congrès de la Société Française de Psychologie. Université de Strasbourg.

Cazauvieilh, C (2015). De la lutte pour ressentir à l'acceptation pour mieux agir. Une approche ACT intégrative du traitement des attaques de panique et des expériences de dépersonnalisation-déréalisation. In Seznec, J.C. (Ed.), *ACT: applications thérapeutiques*. Paris: DUNOD.

Chiles, J., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology*, 6(2), 204–220.

Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, 52, 3, 337-345.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Consoli, S. M. (2006). Alliance thérapeutique. *Annales d'Endocrinologie*, 67(6), 645–647. doi:10.1016/s0003-4266(06)78350-0.

Cooper, M. (2008). *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- Crawford, Thana, Farquharson, Palmer, Hancock, Bassett, et Parry. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260-265. doi:10.1192/bjp.bp.114.162628
- Dezetter, A., Briffault, X., Ben Lakhdar, C., & Kovess-Masfety, V. (2014). Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16, 161–177.
- Duncan, B. L., & American Psychological Association. (2010). *The heart & soul of change: Delivering what works in therapy*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., ... et, (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 11, 971-82.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P., & Hoffman, R. (Eds.). (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013–1019. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>.
- Goldberg, S. B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W. T., Whipple, J. L., Miller, S. D., ... Wampold, B. E. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53, 3, 367-375.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1, 1-11.
- Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Tasca, G. A. (2018). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 2018, 1-13.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *J. Clin. Psychol.*, 61(2), 155–163. doi:10.1002/jclp.20108
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press. Psychotherapy. Oxford, New York (Reviewed).
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164. doi:10.1037/0003-066X.41.2.159.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors*, 22, 533-543.
- Inserm (dir.). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2004, XII- 553 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/146>.

<http://ireps.oxatis.com/Files/93216/142081495446993.pdf>.

Kupfer, D. J., First, M. B., & Regier, D. A. (2002). *A research agenda for DSM-V*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Kraft, S., Puschner, B., Lambert, M. J., & Kordy, H. (2006). Medical utilization and treatment outcome in mid- and long-term outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(2), 241–249.

Lambert, M. J. (2010). "Yes, it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome" In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (pp. 239-266). Washington, DC, US: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/12075-008>.

Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (1997). *The effectiveness of psychotherapy supervision*. In C. E. Watkins (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Supervision* (pp. 421-446). 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.

Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 159-172.

Lambert, M., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 11, 49.68.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 1, 53-70.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2004). The Partners for Change Outcome Management System. *Journal of Clinical Psychology*, 6(12), 199-208.
- Miller, S. D., Wampold, B. E., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18, 5-14.
- Minami, T., Wampold, B.E., Serlin, R.C., Hamilton, E.G., Brown, G.S., & Kircher, J.C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: *A preliminary study*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76, 116-124. Abstract: doi:10.1037/0022-006X.76.1.116
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2003). Fifty years of process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-390). New York: Wiley.
- Pringle, J., & Coley, K. (2015). Improving medication adherence: a framework for community pharmacy-based interventions. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 175. doi:10.2147/iprp.s93036.
- Pringle J, Melczak M, Aldridge A, et al (2011). Medication adherence and its relationship to the therapeutic alliance: Results from an innovative pilot study within a community pharmacy MTM practice. *Inov Pharm.*;2(1): Article 33. <http://pubs.lib.umn.edu/innovations/vol2/iss1/10>.
- Schuckard, E., & Miller, S. D. (2016). *Psychometrics of the ORS and SRS. Results from RCTs and Meta-analyses of Routine Outcome Monitoring & Feedback. The Available Evidence*. Chicago, IL. <https://www.scottdmiller.com/wp-content/uploads/2016/09/Measures-and-Feedback-2016.pdf>.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512–529.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Connell, J., & Mellor-Clark, J. (2008). Responsive Regulation of Treatment Duration in Routine Practice in United Kingdom Primary Care Settings: Replication in a Larger Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2, 298-305.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary care routine practice: *Replication in a larger sample*. *Psychological Medicine*, 38, 677–68.
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M., & Barkham, M. (2007). Shapes of Early Change in Psychotherapy under Routine Outpatient Conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 6, 864-874.
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547–559.
- Umberson, D., & Montez, J. K. (2010). Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Suppl), S54–S66.
<http://doi.org/10.1177/0022146510383501>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing Psychotherapy as a Healing Practice: Culture, History, and Methods. *Applied and Preventive Psychology*, 10, 69-86.

TITRE COURANT : FONCTIONNEMENT ET DYSFONCTIONNEMENTS DE LA PSYCHOTHERAPIE

- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York . Routledge.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Tierney, S. C. (2002). A meta-re(analysis) of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 159-165.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122 (3), 203-215.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. A. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 144-155
- Werbart, A., Levin, L., Andersson, H., & Sandell, R. (2013). Everyday evidence: Outcomes of psychotherapies in Swedish public health services. *Psychotherapy*, 50, 1, 119-130.
- Whipple, J., Lambert, M., Vermeersch, D., Smart, D., Nielsen, S. & Hawkins, E. (2003). Improving the Effects of Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 59-68.
- Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, Vol 24(2), 190-195.