

COMPÉTENCE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ET RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Jean-Paul Gaillard

Médecine & Hygiène | « **Thérapie Familiale** »

2004/4 Vol. 25 | pages 495 à 503

ISSN 0250-4952

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2004-4-page-495.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. 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.

COMPÉTENCE DES PSYCHOTHÉRAPEUTES ET RECHERCHE EN PSYCHOTHÉRAPIE

Jean-Paul GAILLARD*

Résumé : *Compétence des psychothérapeutes et recherche en psychothérapie.* – En préambule l’auteur propose de distinguer deux registres : recherche en psychothérapie et recherche sur les psychothérapies. Ensuite, il ouvre à une réflexion sur les liens possibles entre les résultats de la recherche sur les psychothérapies et l’accroissement de la compétence des psychothérapeutes, en s’appuyant sur une méta-analyse (Lambert), mesurant quatre critères d’efficacité de la thérapie, toutes techniques confondues.

Summary : *Competence of psychotherapists and research in psychotherapy.* – As introduction the author suggests distinguishing two registers : research in psychotherapy and research on psychotherapies. Then, he opens to a reflection on the possible links between the results of the research on the psychotherapies and the increase of the competence of psychotherapists. He leans on a meta-analysis (Lambert), measuring four criteria of effectiveness of the therapy, any merged techniques.

Resumen : *Competencia de los psicoterapeutas e investigación en psicoterapia.* – En preámbulo el autor propone distinguir dos registros : investigación en psicoterapia e investigación sobre las psicoterapias. A continuación, abre a una reflexión sobre los vínculos posibles entre los resultados de la investigación sobre las psicoterapias y el aumento de la competencia de los psicoterapeutas, basándose en un metanálisis (Lamberto), midiendo cuatro criterios de eficacia de la terapia, sin distinción de técnicas.

Mots-clés : Compétence – Recherche – Changement – Facteurs extra-thérapeutiques – Attentes – Technique – Facteurs communs.

Keywords : Competence – Research – Change – Extra-therapeutic factors – Expectations – Technique – Common factors.

Palabras claves : Competencia – Busca – Cambio – Factores extraterapeúticos – Esperas – Técnica – Factores comunes.

Concernant la recherche autour des psychothérapies, je vous proposerai de distinguer deux registres :

1. Celui de la recherche en psychothérapie, que seuls les thérapeutes eux-mêmes peuvent pratiquer : elle s’appuie sur la construction et la mise à l’essai de nouveaux outils psychothérapeutiques sur un nombre nécessairement limité de patients (Selvini *et al.* 150 en 20 ans) et sur des outils d’évaluation catamnétiques.

* Thérapeute systémicien, formateur CEFA, MC-HDR Université de Savoie.

2. Celui de la recherche comparative sur l'efficacité des psychothérapies que n'importe quel chercheur en sciences psychosociales, épidémiologiste ou autre, peut pratiquer, à base essentiellement de questionnaires traités sur un mode quantitatif statistique, et de méta-analyses qui reprennent de vastes ensembles d'articles pour en traiter statistiquement les contenus.

Le problème, pour la recherche sur l'efficacité des psychothérapies basée sur des méta-analyses, est qu'elle ne peut se fonder que sur des travaux existants ; cela donne, par exemple, aujourd'hui en France, avec la recherche récemment présentée par l'INSERM (2004), que les thérapies familiales ne sont pas considérées comme efficaces pour les troubles alimentaires... ce qui est un comble puisque les résultats de tous les travaux existants oscillent entre 88% (Minuchin) et 92% (Selvini *et al.*, 2003 ; Gaillard *et al.*, 1998), etc.

En fait, le nombre des travaux accessibles intervient très fortement dans la cuisine statistique qui préside à une méta-analyse ; le nombre de publications systémiques offrant des résultats chiffrés est incommensurablement trop faible pour faire poids face à la multitude des petites publications chiffrées en thérapie cognitivo-comportementale, laquelle n'affiche pourtant que 50% de résultats positifs environ en matière de troubles alimentaires.

Urgence, donc, pour les thérapeutes systémiciens de rendre visibles les résultats de leur travail.

Cela dit, l'objet de notre attention aujourd'hui est la compétence des thérapeutes, telle qu'elle pourrait trouver appui sur ces deux niveaux de recherche, auquel il nous faut adjoindre un troisième niveau et non des moindres, puisque la thérapie systémique lui doit tout ou presque : la recherche en épistémologie et en logique.

Epistémologie, modèles et modélisation

Gregory Bateson, notre grand-père à tous, a d'emblée placé la barre très haut et notre plus grande chance est que, à l'inverse de Freud et Lacan, il n'ait jamais eu l'ambition de faire école de psychothérapie. Grâce à ce mythe fondateur fait d'une insatiable curiosité iconoclaste, la thérapie systémique contemporaine se compose d'une multiplicité, non pas d'écoles, mais de styles qui vivent dans une relative bonne intelligence, avec de nombreux thérapeutes n'hésitant pas à naviguer d'un style à l'autre pour, progressivement, en construire un qui soit le leur. Et cela n'est probablement possible que grâce à l'ouverture maximale du mythe fondateur qui permet à chacun d'entre nous de recourir autant qu'il le veut, sans que cela soit conçu comme une trahison, à une activité de modélisation s'appuyant sur les modèles physiques, biologiques, logiques, philosophiques, sociologiques, les plus récents, subvertissant ainsi sans cesse concepts et habitudes.

Cela dit, lorsque je demande aux collègues rencontrés lors de conférences ou de formations quels sont leurs modèles de prédilection, beaucoup restent cois. Je m'en inquiète autant que je crains la force de l'habitude qui peut nous conduire peu à peu à confondre nos théories, dès lors qu'elles sont décrochées des modèles qui les portent,

avec une «réalité» : réalité qui, en tant que telle, ne nécessiterait aucune interrogation mais seulement de la soumission. Le prix de ce décrochement est trop souvent la baroquisation des théories – Lacan est de ce point de vue «le» monument baroque du XX^e siècle¹ – qu’il n’est plus question d’abandonner puisqu’elles sont devenues description de la réalité et qu’il n’est donc loisible que d’ornementer. Un autre prix est le désert théorique absolu, partant du principe selon lequel la simplicité de la réalité ne nécessite aucun effort de ce type : la thérapie cognitivo-comportementale en est l’exemple paradigmatique.

Deux exemples qui doivent nous inciter à la modestie, car ils suggèrent que l’efficacité d’un mode de psychothérapie pourrait ne pas plus tenir à la qualité et à la quantité de ses développements théoriques, qu’aux explications qu’il donne de cette efficacité.

C’est ce type de constat qui me ramène incessamment au travail sur les modèles et à la modélisation : nos théories sont trop souvent des rationalisations après-coup de nos pratiques.

Comment les résultats d’une méta-analyse peuvent-ils nous aider dans l’amélioration de nos compétences ?

Je n’utiliserai pas la dernière méta-analyse de l’INSERM car elle ne me semble pas ouvrir à une réflexion utile pour les psychothérapeutes : elle ne fait que conforter les uns et désoler ou révolter les autres, ouvrant ainsi à une guerre d’écoles parfaitement stérile ; il me semble que ses auteurs n’ont pas su dépasser le niveau politique et encore moins actionner le niveau éthique qui voudrait qu’un chercheur s’interroge sur les implications sociales et culturelles de la forme de recherche qu’il choisit.

Il en est une, plus ancienne, réalisée aux USA par Lambert *et al.* (Norcross *et al.*, 1998) que ses auteurs ont – eux – conçue comme un moyen de dégager quelques éléments forts permettant de ne pas se précipiter au fond de l’impasse dans laquelle nous plonge l’inconséquente étude de l’INSERM. A partir de quatre items choisis et chiffrés par eux, ils se proposent d’offrir quelques repères concernant les éléments en jeu dans la réussite d’une psychothérapie, quelles que soient la théorie et les pratiques en jeu.

La recherche sur les résultats

La recherche sur les résultats en psychothérapie a longtemps buté sur un obstacle de taille : en 1952, Eysenk avait produit une étude selon laquelle les deux tiers des névrotiques s’améliorent ou se rétablissent spontanément dans les deux ans qui suivent l’apparition des symptômes, qu’ils soient traités ou non. Cette plutôt bonne

¹ Dix années d’assiduité au séminaire m’ont permis d’en prendre la mesure !

nouvelle impliquait cependant une limite drastique concernant les possibilités d'évaluation de l'efficacité des thérapies qui durent plus d'un an et demi : en effet, avec un biais de 2/3, il devenait impossible de savoir si les améliorations repérables dans une thérapie ayant duré deux ans relevaient d'un processus spontané ou des bénéfiques de la thérapie. La psychanalyse et les thérapies moyen et long cours se trouvaient donc d'emblée exclues d'une possible évaluation quant à leur efficacité. De là à laisser entendre qu'elles ne pouvaient justifier d'aucune efficacité, le pas était aisé à franchir et il le fut par les tenants des thérapies brèves pour lesquels ces chiffres étaient une bénédiction : les mêmes causes produisant les mêmes effets, les thérapies dites brèves devenaient par définition efficaces puisque évaluables.

En 1966, à partir d'une méta-analyse reprenant la totalité des travaux sur plusieurs décennies (Lambert, Shapiro et Bergin 1966), Lambert *et al.* dégagent des chiffres qui révisent à la baisse ceux donnés par Eysenk en 1952 : 43% des malades n'ayant reçu qu'un traitement minimal ou pas de traitement du tout, s'amélioreraient spontanément dans les deux ans qui suivent l'apparition des symptômes.

Ce taux de 43% est élevé, mais pas assez cependant pour invalider l'efficacité des psychothérapies s'étalant sur deux ans et plus.

Toutes les études disponibles mettant en évidence une diversité plus qu'infinie dans les techniques et dans les opinions des thérapeutes sur ce qui est « *très bénéfique* », Lambert se propose d'« *identifier un ensemble limité de techniques caractéristiques transversales aux écoles* », à partir de quoi il deviendrait possible d'expérimenter et valider plus efficacement.

Pour avancer dans cette voie, il propose de s'appuyer sur quatre facteurs quantifiables, par lesquels s'opèreraient les changements positifs dans une thérapie.

Il retient :

- **Les changements extra-thérapeutiques**
Facteurs qui tiennent en partie au client lui-même, en partie à son environnement et qui contribuent à la guérison indépendamment de la thérapie en cours.
- **Les attentes**
Partie de l'amélioration qui résulte du crédit que le patient accorde aux techniques et aux principes du traitement.
- **Les techniques**
Facteurs propres à des thérapies spécifiques.
- **Les facteurs communs**
Deux niveaux de variables qu'on retrouve dans diverses thérapies :
 1. concepts communs à plusieurs modèles de thérapie ;
 2. pratiques communes aux divers thérapeutes, hors théorie, telles que : empathie, chaleur, acceptation, encouragements à prendre des risques, alliance forte, etc.

Les chiffres, un appui consistant pour l'amélioration de nos compétences

Nous allons voir qu'ils sont pour le moins déçoiffants :

- Changements extra-thérapeutiques : 40%.
- Facteurs communs : 30%.
- Attentes : 15%.
- Techniques : 15%

Nous constatons que les particularités techniques, telles qu'elles sont promues et défendues comme les seules bonnes par les tenants de tel ou tel modèle de thérapie, entreraient pour 15% dans l'efficacité des thérapies. C'est peu ! C'est peu et c'est passionnant pour tout thérapeute curieux d'améliorer ses pratiques... C'est peu et c'est salutaire pour tout thérapeute tenté de céder à une position intégriste (pas de salut hors de mon modèle!)... C'est peu et c'est précisément beaucoup de place laissée à l'innovation : de fait, ces 15% laissent 85% d'espace à la réflexion et à l'invention.

Quelques commentaires sur les items choisis

1. Les changements extra-thérapeutiques : 40%

Les facteurs ici évalués relèvent des ressources de l'environnement, des soutiens divers, des processus de résilience que peut rencontrer ou susciter une personne en difficultés psychologiques. Il semble que leur identification puisse constituer une information précieuse pour les praticiens-chercheurs : dès lors en effet qu'ils les connaissent, ils peuvent les modéliser en vue de les inclure dans le processus thérapeutique lui-même, ou encore susciter ces ressources et soutiens en tant qu'élément du processus thérapeutique et ainsi en faire profiter ceux des patients dont les contextes ne les contiendraient pas potentiellement.

En voici quelques uns :

- lectures et rencontres fortuites ;
- soutien conjugal, familial, communautaire ;
- groupes informels de parole ou d'écriture ;
- activités artistiques (poterie, peinture, sculpture, danse...);
- activités sportives impliquant une discipline ou une philosophie particulières ;
- etc.

Notons que la méta-analyse de Lambert *et al.* n'intégrait pas la thérapie systémique, de pratique trop confidentielle à l'époque pour offrir un chiffrage statistiquement utilisable (si nous en croyons les dires de Jay Haley, les choses n'ont guère changé actuellement) (Haley 1995).

Il est évidemment possible d'objecter que le patient a pu tirer profit de ces choses précisément parce qu'il était en thérapie : le problème de cette objection est que les 43% d'amélioration spontanée (sans thérapie du tout) constituent une contre-objection forte !

Il n'en reste pas moins que ce champ reste très largement ouvert à l'innovation en thérapie.

2. Les attentes : 15%

La notion d'attente, contrairement aux facteurs extra-thérapeutiques, a suscité très tôt une réflexion, du fait, essentiellement, de son lien avec l'hypnose. François Roustang (Roustang, 2000) nous rappelle que le jeune Freud l'évoque ainsi en 1890 :

« Un facteur dépendant de la disposition psychique du malade influence, sans aucune intention de notre part, le résultat de tout processus thérapeutique introduit par le médecin. ». « Cette attente croyante, écrit Freud à cette époque, n'est ni dosable, ni contrôlable, ni intensifiable ».

« L'état psychique d'attente, qui est susceptible de mettre en branle toute une série de forces psychiques ayant le plus grand effet sur le déclenchement et la guérison des affections organiques, mérite au plus haut point notre intérêt. ».

En 1904 il a révisé son « ni contrôlable, ni intensifiable » et écrit :

« On place les malades, en vue de la guérison, dans l'état d'attente croyante ».

En bon thérapeute cognitiviste, il distingue même « l'attente anxieuse » qui favorise l'apparition de la maladie, de « l'attente croyante [...] force agissante avec laquelle nous devons compter, en toute rigueur, dans toutes nos tentatives de traitement et de guérison ».

C'est cette forme d'attente, dit-il, qui est à l'œuvre dans les guérisons dites miraculeuses. Les effets de l'attente croyante sont intensifiés par la présence d'une foule tout entière tournée vers la même croyance, ou par la renommée du site de pèlerinage, ou celle d'un saint, ou encore celle d'un médecin à la mode...

Malheureusement, Freud enterra trop tôt ces remarques au profit de sa théorie du transfert, qui est alors devenue la réponse *a priori* à toutes les questions que pose cette notion d'attente, ainsi qu'à toutes les questions posées par les contradictions que lui avaient inspirées cette observation.

Il faudra attendre Milton Erickson (1990), pour que ces réflexions fondamentales trouvent les développements techniques qu'elles méritent. Nous connaissons le brio avec lequel il a montré combien il est possible d'améliorer le score de 15% de ce registre des attentes ; à la suite de Milton Erickson qui en fut un maître inégalable, les thérapeutes systémiciens se sont attachés à en développer les implications, avec la production de techniques d'affiliation, les travaux sur l'alliance famille-thérapeute et la modélisation autopoïétique de coconstruction d'un système thérapeutique (Varela, 1989). Nicklas Luhmann (1995), refondant la sociologie sur le modèle autopoïétique, a superbement développé la notion de *confiance a priori*.

Ce champ est donc largement labouré par les thérapeutes systémiciens et nous en connaissons tous le poids dans la réussite des thérapies. Il reste à ne pas se laisser endormir par la *virtus dormitiva* (Bateson 1977) de la notion de *placebo* : c'est en effet dans ce registre que les chercheurs américains avaient rangé l'attente du patient.

3. Les techniques : 15%

Les techniques dont il est ici question sont celles que les divers modèles psychothérapeutiques décrivent dans leur programme officiel comme étant leur marque de

fabrique, leur bien le plus précieux, la source de leur efficacité. A un point tel qu'il est facile de décrire ces techniques comme les rituels d'appartenance, hors de l'usage desquels un thérapeute ne peut être reconnu comme membre de la confrérie.

Citons, par exemple :

- le divan + l'association libre + l'interprétation pour la psychanalyse ;
- le redressement des croyances erronées + l'exposition en imagination + l'exposition *in vivo* pour la comportementalo-cognitive ;
- l'écoute-miroir et l'empathie maximale pour la thérapie rogerienne ;
- la cothérapie + le miroir unidirectionnel pour la systémique ;
- etc.

Il apparaît donc que, contrairement à ce que les psys croyants s'attachent à colporter, ces rituels seraient de peu de poids dans les effets généraux d'une thérapie : 15%, c'est beaucoup de bruit pour presque rien !

Les choses en fait sont probablement plus complexes : ces marques de fabriques permettent aux patients d'identifier clairement l'appartenance du thérapeute au groupe auquel il donne sa *confiance a priori* ; elles donnent au jeune thérapeute une sécurité qui, si elle nuit incontestablement à sa créativité, balise efficacement son action. Je me souviens de débats auxquels, jeune psychanalyste, je participais autour de la possibilité ou non de faire des psychanalyses en face-à-face, ou des psychanalyses gratuites, ou encore payées par chèque. Je me souviens aussi des saintes colères de Mara Selvini quant on lui avouait conduire parfois en solo des thérapies de famille.

Paradoxalement, il apparaît que la technique se présente comme l'élément le moins fiable dans la pratique psychothérapeutique... ce avec quoi il semble préférable de montrer une constante prudence et, surtout, ce qui doit évoluer sans cesse.

4. Les facteurs communs : 30%

Avec les changements extra-thérapeutiques (40%), les facteurs communs constitueraient l'essentiel de l'efficacité des thérapies, tous modèles confondus : 70% ! Ces deux types de phénomènes sont donc une véritable mine pour la recherche en psychothérapie.

Lambert en propose une définition à deux étages :

• Facteurs communs en termes de résultats

Ralph Heine (1953), étudiant les évaluations fournies par trois groupes de patients ayant suivi trois types de thérapies différentes :

1. centrée sur le client (Rogers) ;
2. psychanalytique ;
3. adlérienne ;

rapporte que les trois groupes de patients décrivent les changements obtenus presque dans les mêmes termes.

Il est donc possible d'inférer la présence de ce type de facteur commun entre ces trois formes de thérapie. Ce travail comparatif a ensuite été largement validé par de nombreux travaux (Bergin, 1971 ; Bergin et Lambert, 1978 ; Luborsky, Singer et Luborsky, 1975 ; Smith, Glass et Miller, 1980), qui ont montré que des formes de thérapies aussi apparemment éloignées que la psychanalyse (brève) et la thérapie cognitive ne montraient pas, dans le succès, de différence marquée du point de vue de la description des résultats par les patients.

Il faut remarquer ici que ces remarques sont entachées d'une relative faiblesse logique : une hypothèse tout aussi plausible serait que la palette des changements des humains reste globalement la même, quel que soit le type de perturbation psychothérapeutique qu'on leur inflige... mais cette faiblesse logique reste négligeable quant au constat qui est fait : trois techniques différentes, fondées sur trois théories différentes, donnent les mêmes effets en termes de soulagement de troubles psychologiques.

Il y a peu à dire sur ce point, sinon qu'il renvoie aimablement dos à dos les parangons de telle ou telle pratique.

- **Facteurs communs en terme de pratiques effectives pour des psychothérapeutes d'appartenances théoriques différentes**

L'analyse des films de séances de Karl Rogers, de Milton Erickson, des premiers systémiciens, a mis en évidence que, au-delà des programmes officiels qu'ils défendent, les thérapeutes efficaces montrent des manières concrètes de fonctionner très voisines, avec leurs patients : empathie, utilisation des signaux du patient, acceptation, interactivité, inventivité, capacité de contextualisation, capacité à produire un lien de confiance, etc.

Ce registre est, à mes yeux de formateur, extrêmement précieux car ces manières concrètes de fonctionner avec les patients, même si les meilleurs d'entre nous les mettent en œuvre « naturellement », sont parfaitement modélisables (Gaillard, 2003) et accessibles à un apprentissage. Beaucoup de travail reste à faire sur ce plan : la sacro-sainte technique tend toujours à le minimiser. Il est sur ce point remarquable que les thérapeutes interrogés sur leurs succès thérapeutiques n'intègrent jamais leurs caractéristiques personnelles dans leurs explications.

Conclusion

L'évaluation comparative quantitative de l'efficacité des psychothérapies pose plus de problèmes qu'elle n'en résout, en créant *de facto* une situation guerrière totalement étrangère à l'esprit de la psychothérapie toutes théories confondues : en d'autres termes, avec la récente étude de l'INSERM, la guerre des places est officiellement déclarée.

J'espère cependant avoir montré qu'une évaluation quantitative de l'efficacité, non pas des psychothérapies, mais par le travers des psychothérapies, peut en revanche déboucher sur une incitation utilement orientée à améliorer nos pratiques. Celle sur laquelle j'ai construit mon propos constitue à l'évidence un appel à la plus

grande modestie quant à la pertinence de nos théories, un renvoi à notre responsabilité personnelle – la *théorie vérité* ne pouvant plus vous tenir lieu d'éthique, ainsi qu'une incitation joyeuse à l'inventivité.

Jean-Paul Gaillard
UFR LLSH – Bureau 610
Domaine universitaire de Jacob-Bellecombette.
BP 1104
F-73011 Chambéry Cedex
JPgaillard@aol.com

BIBLIOGRAPHIE

1. Bateson G. (1977): *Vers une écologie de l'esprit*, Seuil, Paris.
2. Erickson M. (1990): *L'hypnose thérapeutique : quatre conférences*, ESF, Paris.
3. Gaillard J.-P., Clément D. (1998): Un protocole invariable pour la thérapie familiale de l'anorexie mentale: évaluation après dix années de mise en pratique, *Thérapie familiale*, XIX, 1, 123-144.
4. Gaillard J.-P. (2003): Modélisation des systèmes complexes et techniques en thérapie systémique individuelle, *Thérapie familiale*, XXIV, 1, 63-82.
5. Haley J. (1995): Jay Haley: Entretien avec Mony Elkaïm, revue *Résonances*.
6. Luhmann N. (1995): *Social system*, Stanford University Press, Stanford California.
7. Norcross J.-C., Goldfried M.-R. (sous la direction de) (1998): *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, Paris.
8. Roustang F. (2000): *La fin de la plainte*, Odile Jacob, Paris.
9. INSERM (2004): *Psychothérapie : trois approches évaluées*, Editions scientifiques, Paris.
10. Selvini M. *et al.* (2003): Comment se portent les anorexiques traitées par Mara Selvini Palazzoli et ses équipes entre 1971 et 1987? Une étude quantitative sur les résultats de la psychothérapie familiale, *Thérapie Familiale*, XXIV, 4, 381-402.
11. Varela F. (1989): *Autonomie et connaissance*, Seuil, Paris.