
Synthèse

L'évaluation des effets des psychothérapies apparaît nécessaire pour orienter la décision en santé publique et répondre à l'exigence des patients souhaitant connaître l'efficacité des traitements proposés.

Le groupe d'experts a analysé trois approches en psychothérapie en fonction de l'existence de travaux dans la littérature pouvant fournir le fondement d'une évaluation scientifique de leur efficacité : l'approche psychodynamique (psychanalytique), l'approche cognitivo-comportementale et l'approche familiale et de couple. Ces psychothérapies ont en commun : l'ancienneté et la solidité de leur conceptualisation théorique ; l'existence de formations spécifiques à leur pratique par des cliniciens ; leur utilisation répandue dans le domaine du soin.

Une deuxième option a priori du groupe d'experts a été de porter son attention sur l'application de ces méthodes psychothérapeutiques au traitement de la pathologie mentale du sujet adulte, domaine où la littérature est la plus avancée en termes d'études d'efficacité. Les troubles qui ont été pris en considération dans cette expertise sont les suivants : troubles anxieux, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles des comportements alimentaires, troubles de la personnalité, alcoolodépendance. Par ailleurs, le groupe a pris soin de considérer et de rapporter aussi, pour chaque type de pathologie que l'on peut également rencontrer chez l'enfant ou l'adolescent, les travaux spécifiques réalisés dans cette tranche d'âge. De même, ont été analysés certains travaux se rapportant à l'autisme et à d'autres troubles envahissants du développement, à l'hyperactivité et aux troubles des conduites.

Une évaluation scientifique de l'efficacité des psychothérapies suppose de connaître d'une part les caractéristiques des patients inclus (sur quelle pathologie portent les études, le degré de gravité de cette pathologie et éventuellement ses comorbidités), et d'autre part le niveau d'amélioration de ces patients en fin de traitement. La description des pathologies cibles et la définition des objectifs thérapeutiques peuvent être différentes selon les études en fonction des cadres théoriques sous-jacents aux approches psychothérapeutiques. Cela peut rendre les comparaisons difficiles entre les traitements. Néanmoins, dans la mesure où une thérapie est proposée pour un syndrome donné, l'amélioration de ce syndrome peut constituer un standard commun pour évaluer différentes thérapies.

Nombre de facteurs peuvent influencer le cours d'une psychothérapie et donc son évaluation : la nature et le degré du trouble, des événements de vie, l'environnement familial et social, l'effet placebo, la méthode ou la technique thérapeutique utilisée, la relation thérapeutique – avec une bonne ou

mauvaise alliance thérapeutique –, de même que des changements biologiques. Ces aspects ont également été évoqués dans l'analyse des différentes approches.

Comment envisager les problèmes méthodologiques de l'évaluation des psychothérapies ?

L'évaluation scientifique d'une thérapeutique pose au moins trois questions méthodologiques : Quelle est la définition de la population de patients à traiter ? Comment mesurer l'efficacité de la thérapeutique ? Comment prouver cette efficacité ?

La définition de la population de patients traités (correspondant aux traditionnels critères d'inclusion et d'exclusion) détermine en partie l'exploitation clinique des résultats des études. Il faut d'une part utiliser les diagnostics s'approchant au mieux de la nosographie la plus consensuelle afin que les conclusions tirées de l'étude puissent être facilement généralisables. Il faut d'autre part que la démarche diagnostique puisse être opérationnalisée avec un minimum d'ambiguïté afin de garantir la reproductibilité de l'expérience. En pratique, ces deux contraintes sont souvent difficiles à concilier : les catégories diagnostiques construites sur la base d'une reproductibilité optimisée comme celles du DSM (Association américaine de psychiatrie), ou de la CIM (Organisation mondiale de la santé) ne sont pas nécessairement celles qui sont le plus utilisées en pratique clinique courante, notamment en France. Même si les troubles examinés par cette expertise, à travers la littérature disponible, sont parmi les plus fréquents, on ajoutera qu'un certain nombre de souffrances psychologiques et de symptômes variés rencontrés en psychothérapie ne sont pas catégorisables en termes de syndromes ou de maladies déjà répertoriés.

Le choix de la mesure d'efficacité est sûrement le point méthodologique le plus important. Il soulève en effet plusieurs questions, la première d'entre elles étant de savoir s'il est licite de recourir à des mesures chiffrées pour décrire l'amélioration d'un patient lors d'une prise en charge psychothérapeutique. Par rapport à l'extrême complexité du phénomène, il faut en fait être modeste quant à la valeur de ces mesures dans le domaine psychothérapeutique. Ces mesures ne sont en effet que la représentation numérique d'une caractéristique. Le sens commun nous invite en effet à constater, en première approximation, qu'un patient peut être « plus » ou « moins » amélioré dans tel ou tel aspect de son fonctionnement. On peut alors recourir à un système numérique pour grader l'amélioration clinique. Encore faut-il, bien sûr, que cette mesure reflète fidèlement l'amélioration, en d'autres termes que la mesure soit valide. Même si cette mesure traite de caractéristiques subjectives et non objectives, il est possible de valider une telle mesure subjective d'efficacité. Cette mesure est cependant toujours assujettie à la théorie définitoire

que ses concepteurs ont explicitement ou implicitement utilisée. Ce point est capital si l'on s'intéresse à l'évaluation de psychothérapies ; il peut y avoir en effet un biais lié à l'antagonisme ou à la congruence de la théorie définitoire de l'instrument de mesure et du support théorique de la psychothérapie étudiée.

La question de la preuve de l'efficacité est liée au caractère partiellement aléatoire de la réponse de tout patient à une thérapeutique. Si l'on observe une différence d'efficacité entre deux groupes de patients traités, la question est de savoir si cette différence est compatible ou non avec les variations d'efficacité spontanément observées d'un patient à l'autre pour un même traitement. Ce problème est souvent résolu en pratique à l'aide d'un tirage au sort dans l'attribution des traitements et de l'utilisation d'un test statistique pour établir la significativité de la différence d'efficacité. Ce recours incontournable à la statistique suppose la reproductibilité du phénomène étudié, or dans le cas des psychothérapies, le patient (ou le couple patient-thérapeute) est singulier dans sa trajectoire de vie et dans son fonctionnement mental ; comment envisager alors des expériences reproductibles ? Cette question se pose en réalité pour toute démonstration d'efficacité thérapeutique. Par exemple, si l'on évalue l'efficacité d'une antibiothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, l'essai devra s'étaler sur une ou plusieurs années. Si un investigateur souhaite reproduire l'essai une fois les résultats publiés, il est possible que l'écologie du germe ait changé et que l'expérience ne soit plus tout à fait la même. En recherche clinique, la notion de reproductibilité est affaiblie par rapport aux sciences expérimentales classiques comme la physique, la chimie ou la biologie ; cet affaiblissement relatif n'est cependant pas suffisant pour rendre inopérante une démarche scientifique, l'avancée des connaissances en thérapeutiques durant le 19^e siècle le montre clairement.

Au total, il n'existe pas de frein conceptuel évident à la mise en œuvre de l'évaluation scientifique de l'efficacité d'une psychothérapie. Il est en effet possible d'envisager de tester l'hypothèse d'efficacité de ces traitements dans le cadre d'expériences reproductibles réfutables. Des nuances doivent cependant être apportées à cette affirmation : tout d'abord, la reproductibilité de ces études n'est pas totale, mais ce problème n'est pas propre au domaine des psychothérapies. Ensuite, les définitions des patients à traiter ne sont pas toujours consensuelles, ce qui peut parfois gêner l'exploitation clinique des résultats. Enfin, ces études ne sont interprétables que si les mesures réalisées sont valides. Dans le cadre des psychothérapies, ces mesures portent parfois sur un « phénotype » subjectif, leur validité est alors plus facile à démontrer si elles sont insérées dans un champ théorique compatible avec la psychothérapie étudiée. Les critères d'évaluation de l'efficacité le plus souvent utilisés dans la littérature reposent sur des éléments symptomatiques, qui ne peuvent revendiquer une pertinence universelle. Il s'agit incontestablement d'une limitation, en reconnaissant cependant que le symptôme reste un élément incontournable de l'état de santé mentale des patients.

Quels sont les différents types d'études relevés dans la littérature pour évaluer les psychothérapies ?

L'évaluation de l'efficacité d'une thérapeutique s'appuie sur des études comparatives contrôlées. Cependant, il est pratiquement impossible de comparer après randomisation et en double aveugle une psychothérapie active à un « placebo » inerte de psychothérapie sur le modèle des études pharmacologiques car les phénomènes relationnels, situationnels, et les attentes des thérapeutes et des patients sont des ingrédients actifs dans tout système psychothérapeutique. Dans les études, on trouve donc différents types de « groupe témoin », comme par exemple le groupe « attention placebo » dans lequel les patients ont un contact minimal avec un thérapeute qui n'utilise pas les éléments supposés actifs de la thérapie considérée. Ceci permet d'éliminer les simples effets de prise en charge. On trouve également comme groupe de comparaison le groupe de patients sur liste d'attente, qui ne reçoit durant plusieurs mois qu'un simple contact téléphonique (il peut poser des problèmes éthiques, et entraîne souvent des sorties d'essai vers une autre thérapie). Il est fréquent dans les études de comparer une thérapie au « traitement habituel » de la pathologie considérée. Par ailleurs, il faut noter que la comparaison de la psychothérapie à une chimiothérapie risque d'être biaisée en faveur de la psychothérapie si les patients de l'étude ont presque tous eu antérieurement des chimiothérapies inefficaces (et peuvent venir pour cette raison chercher un autre traitement).

Dans l'évaluation des psychothérapies, le double aveugle n'est possible qu'en cas de comparaison d'une psychothérapie avec médicaments *versus* cette même thérapie avec placebo, et dans ce cas l'évaluation porte sur l'interaction entre psychothérapie et médicaments.

Pour pallier aux difficultés d'une évaluation indépendante et aveugle aux hypothèses testées, certains travaux mesurent en début de traitement la croyance des patients et des thérapeutes dans le traitement qui a été tiré au sort et étudient ensuite la corrélation de ces mesures avec les résultats. En effet, le placebo de psychothérapie doit avoir des caractéristiques qui le rendent aussi vraisemblable qu'une thérapie véritable : le placebo doit être crédible.

Un certain nombre de facteurs liés à l'attitude et au comportement du thérapeute vis-à-vis du patient ont été longtemps considérés comme thérapeutiques. Ainsi, la force de persuasion, la possibilité de créer une atmosphère amicale, la chaleur, l'empathie, l'authenticité des sentiments et la considération positive à l'égard du patient ont été évoquées. Il faut ajouter le statut socioprofessionnel, la crédibilité, le décor et la célébrité. Ces facteurs ont été peu étudiés de manière empirique. Les études les plus récentes font référence à l'« alliance thérapeutique », qui exprime la nature et la qualité de l'interaction entre le patient et le thérapeute. En thérapie analytique, l'alliance thérapeutique constitue le cadre dans lequel peut s'exprimer le « transfert »

(actualisation des désirs inconscients et de la problématique centrale de la cure). Elle s'appuie sur une implication mutuelle du psychanalyste et du patient dans la recherche des causes du trouble et des perspectives de changements à partir du processus de la cure. En thérapie cognitivo-comportementale, l'alliance thérapeutique exprime une relation de collaboration empirique entre patient et thérapeute (comparable à celle de deux scientifiques travaillant sur un problème commun) qui sert de fondement à l'apprentissage, conduisant aux changements cognitifs chez le sujet. La relation d'« alliance thérapeutique » ainsi définie est une condition nécessaire au changement mais non suffisante. En thérapie familiale, l'alliance thérapeutique repose sur le respect des styles d'interaction, des systèmes de valeurs et de croyances, des formes de savoir et de savoir-faire de la famille, ainsi que sur l'élaboration d'hypothèses modifiables en fonction des expériences partagées.

Concernant la mesure des effets des psychothérapies, les études utilisent de nombreuses échelles d'évaluation des symptômes, des comportements et des modes de fonctionnement psychiques et interpersonnels des personnes, échelles qui ont reçu une validation pour des problèmes psychopathologiques variés. Ces échelles peuvent être renseignées soit par le clinicien soit par le patient lui-même. Dans certains travaux, on trouve également des questionnaires de personnalité, ou des mesures *ad hoc*, en fonction des hypothèses testées. Les tests comportementaux *in vivo* permettent une mesure directe des performances d'un sujet et peuvent différer notablement des échelles d'évaluation.

Les études d'évaluation bien conduites rapportent des critères et des mesures multiples, ce qui permet d'étendre la portée des conclusions. Certaines de ces études analysent également en détail les éléments du processus thérapeutique. À côté de la variation des scores d'échelles continues, les travaux font référence parfois à des critères généraux, discontinus, critères de bons résultats ou « critères de jugement ». Il peut exister un critère dichotomique unique de jugement (succès/échec) ou un critère principal et des critères secondaires.

En effet, des changements statistiquement significatifs mesurés pour un groupe sur une échelle peuvent parfois ne refléter que des résultats cliniques médiocres dont la moyenne suffit à rendre significatifs les tests statistiques, si la puissance statistique est élevée du fait d'un grand nombre d'inclusions. Inversement, l'absence de changement moyen sur des scores d'échelles peut, plus rarement, s'accompagner de changements cliniques intéressants pour certains patients ou un sous-groupe de patients. Donner la magnitude de l'effet obtenu pour le sujet moyen de l'étude selon qu'il a le traitement ou son comparateur (placebo ou autre traitement), ce dont s'approche la taille d'effet (*effect size*), représente un complément nécessaire aux analyses statistiques classiques.

**Critères d'évaluation des essais thérapeutiques contrôlés
(d'après Foa et Meadows, 1997 – révision Maxfield et coll., 2002)**

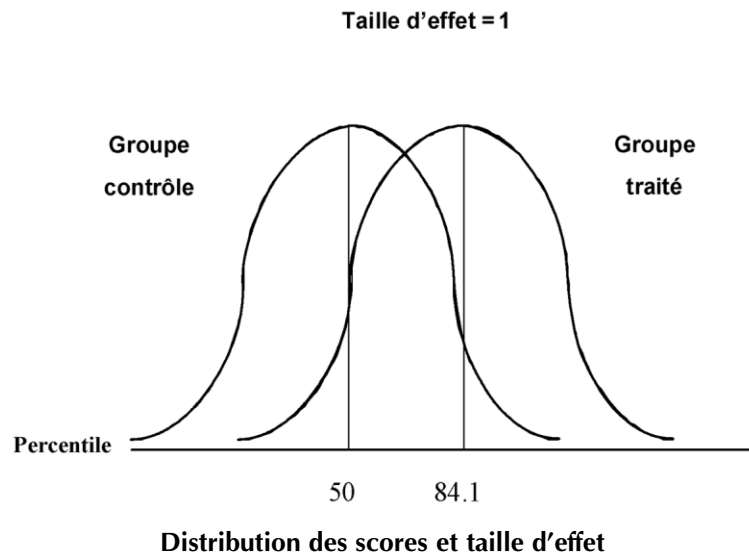
| Critères | Notation / 10 |
|--|---------------|
| Symptômes clairement définis | 0 0,5 1 |
| Mesures validées | 0 0,5 1 |
| Évaluateur indépendant et aveugle | 0 0,5 1 |
| Évaluateur entraîné et fiable | 0 0,5 1 |
| Traitement présenté dans un manuel | 0 0,5 1 |
| Randomisation | 0 0,5 1 |
| Fidélité au traitement | 0 0,5 1 |
| Pas d'autre traitement concomitant | 0 0,5 1 |
| Mesures et entretiens d'évaluation multimodaux | 0 0,5 1 |
| Durée du traitement optimale | 0 0,5 1 |

La méta-analyse est une approche quantitative de la revue de la littérature qui permet d'estimer, par la taille d'effet, la magnitude de l'effet obtenu chez le « sujet traité » par rapport au « sujet contrôle ». Le principe de cette analyse repose sur l'idée que l'ensemble des études représente une quantité d'informations en liaison avec l'objectif de la recherche, chaque étude y apportant sa contribution. On prend pour hypothèse que l'ensemble des études est un échantillon de toutes les études possibles sur le thème donné.

La méta-analyse consiste donc à regrouper les études, coder les résultats et calculer l'ampleur ou la taille de l'effet thérapeutique. Celle-ci correspond, pour un critère donné que l'on étudie en fin de traitement, à la différence de moyennes⁹ entre le groupe à l'étude et son comparateur (groupe contrôle, ou autre traitement). Le critère est en général le score sur une échelle d'évaluation. La taille d'effet reflète donc le gain éventuel du groupe traité par rapport au groupe contrôle. Entre 0,20 et 0,50, une taille d'effet est considérée comme petite, elle est moyenne entre 0,50 et 0,80 et grande au-delà de 0,80. Dans certaines études, la taille d'effet est calculée par la comparaison des scores pré- et post-traitement¹⁰. Cette taille d'effet tend à avoir une valeur supérieure à celle de la comparaison traitement actif *versus* condition contrôle, puisque l'effet placebo n'est pas déduit.

9. La taille d'effet correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart-type du groupe contrôle.

10. Elle est alors égale à la différence du score après traitement moins le score avant traitement divisée par l'écart-type.



Le but de la méta-analyse est essentiellement de résoudre le problème de résultats discordants en fournissant une information plus précise sur l'intensité des effets. Elle devrait être aussi utile pour l'identification des répondeurs. En partant de ces prémices, on peut définir les critères de qualité d'une méta-analyse.

Proposition de règles d'or pour évaluer la qualité des méta-analyses

| Critères | Notation / 7 |
|--|--------------|
| Inclusion de tous les essais de qualité sur le sujet | 0 0,5 1 |
| Critères de jugement clairement définis | 0 0,5 1 |
| Utilisation de méthodes statistiques adéquates | 0 0,5 1 |
| Prise en compte de la puissance statistique | 0 0,5 1 |
| Comparaison des tailles d'effet | 0 0,5 1 |
| Test de l'homogénéité des études | 0 0,5 1 |
| Estimation des études non publiées | 0 0,5 1 |

Quelles sont les différentes formes de l'approche psychodynamique et psychanalytique ?

L'approche psychodynamique regroupe des pratiques qui vont de la psychanalyse traditionnelle aux psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) longues ou brèves. La théorie générale psychanalytique sous-jacente à ces pratiques psychothérapeutiques leur est commune.

La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du 19^e siècle avec les travaux de Freud sur l'hystérie, l'interprétation des rêves... Dès son origine, par la description précise des phénomènes psychiques et la formulation d'hypothèses sur les mécanismes inconscients qui les sous-tendent, Freud a voulu inscrire la psychanalyse dans une approche scientifique. La contribution de la psychanalyse au soin en psychiatrie a maintenant un siècle d'histoire. Elle s'est plus intensément développée après la Seconde Guerre mondiale. Des variantes cliniques associées à l'évolution des modèles ou aux aspects nosologiques marquent les étapes dans le développement de cette psychothérapie.

Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) mettent l'accent sur la prise de conscience par le patient des conflits psychiques dont il souffre ainsi que sur l'acquisition de nouvelles capacités psychologiques et développementales (concernant la construction du moi et la symbolisation). Toutes les psychothérapies de ce type s'appuient sur les théories psychanalytiques incluant le transfert, mais elles peuvent différer suivant les sous-modèles auxquels elles se réfèrent, les objectifs particuliers qu'elles visent et les techniques spécifiques utilisées pour les atteindre. Ces psychothérapies s'adaptent aux caractéristiques du patient repérées à travers l'expression du transfert actuel. Elles se déclinent généralement en plusieurs étapes selon les niveaux d'organisation psychique du patient et des interactions relationnelles établies.

On distingue les psychothérapies à long terme et les psychothérapies brèves ou à court terme (nombre de séances inférieur ou égal à 40). Ces dernières se sont développées plus récemment aux États-Unis. Elles peuvent être centrées sur un événement ou bien être interprétatives et centrées sur la personnalité. L'objectif du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (*insight*) ou l'obtention d'un changement de personnalité, et les techniques utilisées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert. La psychothérapie focale identifie un conflit central présent depuis l'enfance, réactivé pendant la vie adulte, et qui est à l'origine du trouble. L'objectif est alors de résoudre ce problème par le biais d'une relation avec le thérapeute donnant de nouvelles opportunités d'assimilation émotionnelle et de prise de conscience.

La psychothérapie psychanalytique est un processus à long terme mené avec un psychanalyste entraîné, à raison de plusieurs séances par semaine sur une durée d'au moins une année. Ces séances permettent l'expression de conflits inconscients et l'abord de fixations (libidinales et ontogénétiques) mis en scène dans la relation de transfert avec le thérapeute. À travers la construction de l'espace analytique et l'interprétation, elles donnent lieu à un travail s'inscrivant dans un processus (re)constructif visant des changements de la structure et de l'organisation psychique.

Présentation des différentes techniques de l'approche psychodynamique (analytique)

| Technique | Définition |
|---|---|
| Psychanalyse | Méthode d'investigation consistant dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet, méthode fondée sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation. |
| Thérapie psychanalytique | Méthode psychothérapique fondée sur l'investigation consistant à mettre en évidence la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet. Cette méthode est spécifiée par l'interprétation contrôlée des mécanismes de défense, de la résistance, du transfert et du désir ainsi que par une dynamique des processus identificatoires |
| Thérapie brève psychodynamique (en moyenne 12 séances au rythme d'une séance par semaine) | Interventions thérapeutiques spécifiques concernant un « état » ou un « problème » spécifique pour obtenir la modification de cet état ou la résolution du problème. |
| Thérapie interpersonnelle psychodynamique (10 à 12 séances) | L'accent est mis sur les expériences psychosociales et interpersonnelles du patient. |

La formation des thérapeutes tient compte de la diversité des pratiques allant de la cure psychanalytique à des techniques plus directives. Le terme de formation pour l'approche psychodynamique (psychanalytique) se réfère plus à la transmission d'une pratique qu'à la communication d'un savoir. Le praticien s'orientant vers la conduite de psychanalyses ou de psychothérapies psychanalytiques doit acquérir : l'écoute associative lui permettant de s'adapter à différentes techniques ; la capacité à concevoir un cadre propice au travail psychodynamique ; l'aptitude à définir l'indication thérapeutique la mieux adaptée à l'évaluation de la structure psychique.

La formation des psychanalystes repose sur trois dimensions : analyse personnelle, supervision de cas traités par le candidat, enseignement théorique au sein d'instituts de formation. Ces instituts sont plus ou moins étroitement liés aux sociétés de psychanalyse. À l'origine, l'Association psychanalytique internationale, créée en 1910, avait pour objectif d'assurer les principes d'une formation reconnue par tous ses membres. De nombreuses scissions et une vue plus décentralisée des règles de formation au sein de l'association ont introduit une certaine variabilité dans l'application de ces principes. Actuellement en France, les psychanalystes se réfèrent à plusieurs cadres théoriques (freudien, adlérien, jungien, kleinien, lacanien...). Ces praticiens se regroupent en deux associations qui font partie de l'Association psychanalytique

internationale : la Société psychanalytique de Paris et l'Association psychanalytique de France. Par ailleurs, les lacaniens adhèrent à différentes associations dont une association internationale. Cette diversité a entraîné plusieurs modalités de formation et de pratique.

L'analyse personnelle est une condition rigoureusement nécessaire pour devenir psychanalyste, bien que sa finalité et sa pratique présentent de notables différences d'une « institution » à l'autre. Ces différences portent en particulier sur sa nature, thérapeutique ou strictement didactique ou destinée à favoriser l'expérience psychanalytique. Ces écarts ont pris avec le temps une telle ampleur que les différentes « institutions » ne se reconnaissent plus nécessairement dans une commune formation.

Les supervisions ont pour but de familiariser le candidat à la pratique de la psychanalyse. L'objectif n'est ni un pur enseignement technique, ni une forme de psychothérapie, mais de permettre au candidat de transposer dans sa pratique d'analyste l'expérience qu'il a acquise pendant son analyse.

Concernant l'enseignement théorique, la règle générale en France est de s'écarter de tout cadre académique : libre choix des enseignements, séminaires de recherche et d'étude de textes, absence de validation des connaissances. À l'étranger, l'enseignement est souvent inspiré étroitement des méthodes universitaires, voire intégré dans un enseignement universitaire.

L'évaluation du candidat avant le début de l'analyse personnelle n'est plus guère de mise, en particulier en France. Les évaluations avant la pratique des cures supervisées, au décours de chacune des cures et à la fin du cursus conduisent habituellement à l'admission du candidat au sein d'une association psychanalytique.

L'ensemble de la formation, en tenant compte de l'analyse personnelle, dure entre cinq et huit ans. Il assure une qualification à des personnes qui ont déjà une formation universitaire et clinique.

Les psychothérapies à long terme se déroulent sur plusieurs années et s'appliquent à des pathologies complexes comme par exemple les troubles graves de la personnalité (notamment borderline). Dans le trouble de la personnalité borderline, la psychothérapie s'attache aux déficits qui ont marqué les premières phases du développement de l'enfant. Ces déficits se traduisent par des troubles de l'identité et de la relation qui se répètent dans les situations courantes de la vie et s'expriment au cours de la psychothérapie. Le psychothérapeute utilise différentes techniques : expressive, analytique modifiée, exploratoire. Il s'agit de contenir, confronter, interpréter et soutenir selon le degré de sévérité d'expression de la pathologie. Mais il est tout d'abord indispensable d'installer un cadre thérapeutique stable pour que le traitement puisse commencer. La technique utilisée pour le traitement peut évoluer au cours de la psychothérapie. Ainsi « l'interprétation » peut être contre-indiquée initialement et efficace ultérieurement.

Les psychothérapies psychodynamiques brèves sont assez peu utilisées en France mais une grande partie des études d'évaluation se réfère précisément à leur pratique. Elles varient des formes les plus directives et centrées sur l'événement jusqu'à celles qui sont plus interprétatives et centrées sur la personnalité. Leurs critères d'indication et de contre-indication (troubles sévères, faible motivation pour une thérapie) sont très précis.

Dans la psychothérapie focale (David Malan, élève de Balint), le début du traitement est précédé d'une phase d'évaluation très importante. L'identification des facteurs précipitants, des expériences traumatiques précoces ou de patterns répétitifs conduit à la définition d'un conflit interne présent depuis l'enfance et qui doit être le point focal du traitement. Plus grande est la probabilité que l'aire de conflit se manifeste au cours du transfert, plus le résultat sera positif. Le « triangle du transfert » (le transfert, la relation actuelle et la relation passée) conduit à l'amélioration de la santé du patient. Le nombre de séances est généralement de 20 à 30. Dans quelques cas publiés, la thérapie a été étendue à un an.

La psychothérapie brève par provocation d'anxiété (Peter Sifneos) se concentre exclusivement sur le conflit œdipien. Durant la phase initiale du traitement, le thérapeute doit établir un bon rapport avec le patient afin de créer une bonne alliance thérapeutique. Le thérapeute utilise des confrontations provoquant l'anxiété pour clarifier les questions qui concernent le patient dans sa vie précoce et le conflit actuel. Pour s'engager dans cette thérapie, le patient doit avoir une plainte principale spécifique et reconnaître la nature psychologique de ses symptômes. Il doit être particulièrement motivé pour le changement et se montrer capable d'interaction avec le thérapeute qui l'évalue en exprimant ses sentiments. La volonté de faire des sacrifices raisonnables et une attente réaliste des résultats de la psychothérapie sont également requises. Les traitements de ce type, dans leur vaste majorité, comportent de 12 à 16 séances, et ne vont jamais au-delà de 20 séances. Les séances durent 45 minutes.

Dans la psychothérapie en temps limité de Mann, il y a habituellement 2 à 4 séances d'évaluation avant de commencer la psychothérapie. Le psychothérapeute indique au patient le contrat thérapeutique et le but de la thérapie. Il emploie les techniques de psychothérapie psychanalytique classique : analyse des défenses, interprétation du transfert et reconstruction. La psychothérapie est limitée à un total de 12 heures de traitement, distribuées suivant les besoins du patient. Cela peut se dérouler sous la forme de séances hebdomadaires d'une demi-heure pendant 24 semaines ou de séances d'une heure deux fois par semaine pendant 6 semaines.

La psychothérapie de Davanloo comprend de 5 à 40 séances, selon l'aire de conflit du patient (œdipienne *versus* multiples foci). En général, les traitements durent entre 15 et 25 séances. Il n'est pas recommandé de situer une date de terminaison spécifique, mais plutôt de dire clairement au patient que

le traitement sera court. Les durées brèves (5 à 15 séances) sont réservées aux patients avec un conflit essentiellement œdipien.

La psychothérapie adaptative brève est une thérapie plus cognitive qui se concentre sur l'identification du pattern le plus inadapté et son élucidation dans les relations passées et actuelles, et tout particulièrement dans la relation entre le patient et le thérapeute. Le but de la thérapie est de rendre le patient capable de développer une prise de conscience sur les origines et les déterminants de ce pattern, de façon à produire des relations interpersonnelles mieux adaptées.

La psychothérapie de Strupp et Binder porte sur les transactions interpersonnelles et se focalise sur une analyse linguistique du récit des relations. Elle s'appuie donc sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient incluant la relation avec le praticien et les représentations d'objet internes. Elle porte attention aux caractéristiques de retrait et de détachement du patient considérées comme des mécanismes de défense. Ainsi, elle est plus centrée sur les déficits interpersonnels que sur le conflit intrapsychique.

La technique d'investigation psychodynamique brève de Gillieron a pour objectif de mettre en évidence, avec le patient, la nature du changement psychique recherché et les meilleurs moyens pour y parvenir. Ses premiers résultats sont de permettre au patient d'élaborer une demande de soins adaptée aux origines du conflit, de renforcer l'alliance thérapeutique et quelquefois de résoudre la crise qui a amené le patient à consulter.

Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) décrites ci-dessus chez l'adulte sont celles qui sont le plus souvent retrouvées dans les études d'évaluation d'efficacité. Ces thérapies se donnent comme objectif des changements profonds et durables chez le patient. Elles cherchent à obtenir ces changements par l'utilisation du langage (elles font partie des thérapies dites verbales) comme outil de (re)construction de la personne.

Le développement de la psychanalyse a été différent dans ses applications chez l'enfant. La règle des associations libres ne pouvant s'appliquer à l'enfant, la valeur symbolique du jeu a été prise en considération. Ainsi le jeu devient l'instrument de prédilection en psychothérapie, incluant les dessins, les jouets représentant êtres humains, animaux, voitures, maisons... Le jeu est de même considéré comme un moyen pour l'enfant de se défendre contre les affects qu'il éprouve dans la situation thérapeutique.

Les séances sont en principe fréquentes. Dans les pays anglo-saxons ou d'Amérique latine, il est habituel de prendre un enfant 5 à 6 fois par semaine. En France, beaucoup considèrent que 3 ou 4 séances hebdomadaires sont indispensables, mais il est souvent impossible de conserver longtemps un tel rythme. Il est courant de voir des analyses d'enfants menées à raison de 2 séances par semaine.

486 Les psychanalystes peuvent donc utiliser des méthodes psychothérapeutiques plus simples chez les enfants mais toutes sont inspirées par la psychanalyse.

Elles se fondent sur les principes suivants : la psychothérapie expressionnelle fait essentiellement appel au jeu de l'enfant, mais le jeu mené en présence d'un adulte a une fonction « régressive » qui ne peut pas être négligée ; la psychothérapie relationnelle joue un rôle essentiel avec les enfants ; les interprétations psychanalytiques, dans le cadre des différentes interventions psychothérapeutiques, ont toujours en vue la verbalisation des affects.

Quelles sont les différentes formes de thérapies cognitivo-comportementales ?

Les thérapies comportementales puis cognitives se sont d'abord développées dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, au début des années 1960. Elles ont diffusé ensuite dans l'ensemble des pays développés. Elles se sont implantées en France à partir du début des années 1970 grâce à des associations privées dont les deux principales sont l'AFTCC (Association française de thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1972, et l'AFFORTHECC (Association francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive), fondée en 1994. Ces deux associations proposent une formation de base et une formation continue sous la forme d'ateliers et de congrès.

En France, la formation aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) s'adresse aux psychiatres, aux médecins généralistes, aux psychologues et aux infirmiers spécialisés en psychiatrie. Les orthophonistes, psychomotriciens et éducateurs spécialisés ont également accès à certaines de ces formations. La formation est assurée en privé par l'AFTCC et l'AFFORTHECC et dans le service public par des Diplômes universitaires (DU). L'enseignement se déroule, en principe, sur trois ans selon les critères préconisés par l'Association européenne de thérapie comportementale et cognitive (EABCT).

Formation à la thérapie cognitivo-comportementale selon les critères de l'*European association of behaviour and cognitive therapy* (EABCT)

La formation dure 5 ans au minimum, en comptant la formation professionnelle de base

Formation : 450 heures dont 200 par un thérapeute compétent

Développement des compétences : 200 heures

Supervision : 200 heures par un thérapeute compétent

Au moins 8 cas supervisés couvrant 3 types de problèmes

Mémoire : 4 cas au moins (2 000-4 000 mots)

Accréditation par une association : formation ci-dessus suivie de formation continue

Thérapie et développement personnel

Faut-il une thérapie didactique ? Le choix est laissé à chaque pays

Il est souligné, cependant, que chaque thérapeute doit savoir quand demander de l'aide

Les thérapies comportementales et cognitives représentent l'application à la pratique clinique de principes issus de la psychologie expérimentale. Ces thérapies se sont appuyées tout d'abord sur les théories de l'apprentissage : conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage social. Puis elles ont pris pour référence les théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier le modèle du traitement de l'information.

Les principes du conditionnement classique (répondant ou pavlovien) reposent sur la notion qu'un certain nombre de comportements résultent d'un conditionnement par association de stimuli.

D'après le conditionnement opérant, décrit dès la fin des années 1930 par Skinner comme une extension de la théorie darwinienne de la sélection naturelle, l'organisme vivant agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. L'analyse du maintien d'une séquence comportementale passe par l'étude de ses conséquences qui permet de comprendre la finalité d'un comportement. Une action qui a des conséquences positives tendra à se répéter (renforcement positif). Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement à la situation susceptible de provoquer des désagréments (renforcement négatif). L'absence de conséquences négatives ou positives à une action entraînera progressivement la disparition de cette action du fait de l'absence de tout renforcement : c'est l'extinction.

Les deux grands principes pratiques le plus souvent utilisés sont le principe de segmentation de la difficulté (il consiste par exemple à classer les étapes d'affrontement d'une situation en fonction de l'anxiété ressentie à chaque étape) et le façonnement progressif (*shaping*) avec renforcement positif des comportements – par approbation du thérapeute. Cela permet d'approcher progressivement du but recherché et d'éviter le découragement aussi bien des patients que des thérapeutes.

À la fin des années 1970, l'importance de l'apprentissage par imitation de modèles a été démontrée sur le plan expérimental par Bandura. Ses principes ont été étendus aux problèmes cliniques. Les techniques dites de « *modeling* » sont surtout utilisées pour le développement de la compétence sociale par les jeux de rôle. Bandura a également développé une théorie générale du changement psychothérapique en proposant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue. Le changement a lieu dans la mesure où un sujet se considère comme capable ou non de présenter un comportement et pense que ce comportement aboutira ou non à un résultat.

Les thérapies cognitives sont fondées sur la notion de schémas cognitifs. On peut définir un schéma cognitif comme une structure imprimée par l'expérience sur l'organisme. Stockés dans la mémoire à long terme, les schémas

cognitifs sélectionnent et traitent l'information de manière inconsciente (au sens d'automatique). Ces schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité, ils influent sur les stratégies individuelles d'adaptation, ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques : d'interprétation négative des événements (dépression), de dangers (phobies, attaques de panique), de sur-responsabilité (trouble obsessionnel compulsif). Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis-à-vis des événements qui les confirment : ils représentent donc une prédiction qui se réalise.

Présentation des différents types de thérapies cognitives et comportementales

| Technique | Définition |
|--|--|
| Thérapie cognitive | Thérapie fondée sur la modification des schémas cognitifs et du traitement de l'information |
| Thérapie comportementale | Thérapie fondée sur les principes du conditionnement et de l'apprentissage social |
| Thérapie cognitivo-comportementale | Thérapie fondée à la fois sur les théories de l'apprentissage et la modification des schémas cognitifs |
| Thérapie EMDR (<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>) | Thérapie de désensibilisation par les mouvements oculaires et le retraitement de l'information |
| Thérapie cognitivo-comportementale de groupe ou de couple | La plupart des TCC peuvent être pratiquées en individuel, en groupe ou en couple selon les indications et les cas particuliers |
| Thérapie familiale cognitivo-comportementale | Elle est surtout utilisée dans l'approche familiale psycho-éducative des psychotiques dans une perspective de réhabilitation psychosociale et dans le traitement de certains troubles de l'enfant et de l'adolescent, notamment l'autisme et les troubles externalisés (hyperactivité, troubles des conduites) |

Comme toute thérapie, la thérapie cognitivo-comportementale s'établit sur une relation thérapeutique dont les composantes sont non spécifiques : chaleur, empathie, authenticité, professionnalisme, confiance mutuelle, acceptation du patient. Ces composantes concourent à l'établissement d'une alliance thérapeutique positive ; elles sont nécessaires, mais ne sont pas suffisantes. En thérapie cognitivo-comportementale, la relation thérapeutique se fonde sur l'ici et maintenant, la sélection avec le patient de problèmes concrets à résoudre et une attitude consistant à tester des hypothèses thérapeutiques établies en commun.

Une étape capitale est l'analyse fonctionnelle, qui étudie les relations entre les « comportements-problèmes », les pensées, les émotions et l'environnement social et physique, de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives. On utilise des grilles d'analyse fonctionnelle permettant de

comprendre le fonctionnement du patient vis-à-vis de ses comportements-problèmes présents (synchronie) et de leur mise en place et maintien dans le passé (diachronie), et ainsi de guider la démarche thérapeutique à partir d'hypothèses communes au patient et au thérapeute, en ce qui concerne les facteurs de déclenchement et de maintien du trouble.

La thérapie cognitivo-comportementale peut se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances (une par semaine) pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine de séances (une ou deux par semaine) pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des psychotiques. Les séances sont d'une durée de 30 à 60 minutes. Cependant, pour les troubles de la personnalité et la dépression, des séances d'une heure sont recommandées. Pour les troubles obsessionnels compulsifs graves et le stress post-traumatique chronique, des séances d'au moins une heure et jusqu'à trois heures ont été recommandées en fonction de la difficulté du cas.

Beaucoup des techniques cognitivo-comportementales développées et utilisées chez l'adulte ont été également appliquées chez l'enfant et/ou l'adolescent. Dans le meilleur des cas, ces techniques ont été adaptées pour tenir compte des particularités développementales liées à l'âge, et parfois des manuels spécifiques destinés aux enfants ou adolescents ont été publiés. Dans d'autres cas, les traitements sont utilisés tels quels, ou seulement modifiés à la discrétion du thérapeute. D'autres techniques cognitivo-comportementales ont été développées directement pour l'enfant ou l'adolescent, et dans des indications spécifiques à cette tranche d'âge.

Quelles sont les techniques utilisées en thérapie familiale et de couple ?

On peut proposer la définition suivante du « plus petit commun dénominateur » des thérapies familiales : « Relève de la thérapie familiale toute forme bénéfique de consultation, ponctuelle ou répétée, réunissant aux moins deux personnes faisant partie du contexte de vie d'une ou plusieurs personne(s) en souffrance, l'une des personnes qui consultent étant habituellement la personne la plus souffrante ».

L'effet bénéfique de ces (cette) consultation(s) est appréhendé sur la base des symptômes, de la souffrance, des problèmes et des relations des personnes consultantes. La perception de ce bénéfice pourra être le fait de ces personnes, des personnes en souffrance, des thérapeutes impliqués, mais aussi de l'entourage thérapeutique élargi et de l'entourage de vie des personnes concernées.

Les thérapies familiales sont apparues aux États-Unis à partir des années 1950 dans les unités de psychiatrie et les services sociaux, comme formes d'aide et de soin face à des troubles mentaux graves réputés peu ou pas accessibles aux formes classiques de psychothérapie. En effet, même si les thérapies familiales ciblent plus spécifiquement les problèmes interpersonnels ou de comportement, elles s'avèrent également utiles pour le traitement de différents troubles mentaux. Elles se sont inspirées de principes psychodynamiques, cybernétiques et systémiques, éthologiques et anthropologiques. Puis se sont développés les courants comportementaux et cognitifs, les courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution.

La formation des thérapeutes est assurée le plus souvent par des instituts privés. Elle s'effectue habituellement dans des groupes de 10 à 15 personnes, avec une moyenne de 200 heures par an, pendant quatre années. Les universités (psychiatrie et psychologie clinique) ont progressivement, et de manière relativement éparsée, intégré des modules d'enseignement des thérapies familiales en fin de cursus. Des enseignements intensifs sur une à deux années sont également proposés dans certaines universités, sans être réservés à des psychiatres ou à des psychologues cliniciens.

En Europe, une vingtaine de pays participent à l'organisation de l'Association européenne de thérapie familiale (EFTA). Le courant dominant est le courant écosystémique. Environ 200 professionnels français adhèrent directement à l'EFTA, en majorité des psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers. La Société française de thérapie familiale, qui adhère à l'EFTA et à la FFP (Fédération française de psychiatrie), est composée de 300 membres, dont 180 membres titulaires. Ces derniers doivent justifier de 4 ans de formation à raison de 200 heures par an, et de 4 ans de pratique des thérapies familiales. Elle est composée, pour plus de 50 %, de psychiatres, et comporte également des médecins, des infirmiers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des éducateurs spécialisés. Certains thérapeutes français adhèrent aux deux associations. Il existe par ailleurs plusieurs courants de thérapie familiale psychanalytique.

La France a développé l'approche familiale principalement à la fin des années 1970. Depuis, les formes et les techniques d'intervention thérapeutique avec les familles se sont diversifiées, complexifiées et articulées. Elles débouchent sur des considérations éco-étho-anthropologiques.

Les courants plus récents cherchent à éviter une focalisation sur la famille, soit en orientant les interventions à partir de l'objectivation des symptômes, des conduites et des schèmes émotionnels et représentationnels (thérapies cognitivo-comportementales), soit en partageant des expériences de vie en évitant les élaborations causalistes (courants humanistes, narratifs, centrés sur la solution), soit en élargissant les rencontres contextuelles à des systèmes plus vastes (séances multifamiliales, réseaux). De nombreux remaniements

s'opèrent, de fait, entre ces courants : les thérapies cognitivo-comportementales élaborent des formes de rencontre ajustées à chaque objectif à traiter (individu, couple, famille, multifamilles, groupes de réhabilitation psychosociale) ; les thérapies écosystémiques font davantage référence à la théorie de la complexité, et conçoivent les séances comme des dispositifs de co-crédation et de co-évolution entre membres de la famille et thérapeutes, qui ne peuvent se réduire à des programmes préalablement formatés.

Présentation des différents types de thérapies utilisés dans l'approche familiale

| Principaux courants | Définition |
|--|---|
| Thérapies de couple et de famille psychodynamiques | Centrées sur l' <i>insight</i> et/ou les expériences affectives, l'analyse de résistances, les mouvements inter-transférentiels, les processus inter-fantasmatiques, l'accès aux processus inconscients. Elles débouchent fréquemment sur des perspectives intergénérationnelles ou multigénérationnelles. |
| Thérapies de couple et de famille écosystémiques | Centrées sur l'amélioration des communications dans l'ici et maintenant, sur des prescriptions paradoxales, des résistances, des symptômes et des tâches, tous nécessaires pour la prise en considération de l'écosystème. Elles peuvent prendre des formes structurales, stratégiques, narratives, centrées sur la solution. |
| Thérapies de couple et de famille cognitivo-comportementales | Centrées sur l'amélioration des conduites et des cognitions, l'évaluation et la suppression des symptômes, l'atténuation de l'expression des émotions critiques et hostiles, la gestion du stress, l'apprentissage des habiletés aux relations sociales |
| Psycho-éducation familiale | Centrée sur l'information à propos des troubles, des maladies, des traitements et des attitudes adaptatives à adopter face aux perturbations liées à la maladie |
| Thérapies familiales humanistes | Centrées sur les attentes et la personnalité des patients, leurs aptitudes à l'autonomisation et leur capacité à choisir de maintenir les symptômes ou de s'en dégager |
| Thérapies familiales éclectiques et intégratives | Centrées sur l'ajustement des méthodes, des techniques et des théories en fonction des exigences des familles et des projets thérapeutiques |
| Thérapies familiales pour familles non volontaires | Centrée sur l'apprentissage des contextes sociaux au sein desquels émerge la demande de soins ou l'injonction thérapeutique : la famille comme méta-thérapeute qui aide les thérapeutes |
| Thérapies multifamiliales comportementales et cognitives | Centrées sur l'échange d'informations, sur l'entraide, le partage des problèmes et des moyens d'y faire face, le développement de la solidarité interfamiliale |
| Thérapies psychosociales psychodynamiques | Centrées sur le psychodrame d'inspiration psychanalytique, les jeux de rôles, leur interprétation transférentielle |
| Thérapies psychosociales comportementales et cognitives | Centrées sur l'apprentissage des habiletés sociales, de la réhabilitation socioprofessionnelle, de la gestion du stress |

Le dégagement de l'implication familiale dans l'origine des troubles est devenu radical dans l'approche cognitivo-comportementale. La famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs, éventuellement perturbés lors de l'existence de troubles mentaux. Dans la prise en charge psycho-éducative des patients schizophrènes et de leur famille, cette dernière est considérée comme une famille « normale », confrontée à une maladie, ou un ensemble de maladies, dont l'origine est cérébrale et vraisemblablement de nature neuro-développementale. S'il existe des perturbations dans les relations intrafamiliales, voire dans les relations entre la famille et l'environnement social, ces perturbations sont considérées comme secondaires à la maladie. Les thérapeutes partent donc du constat de la maladie, informent la famille de ses caractéristiques (en particulier de l'importance des facteurs génétiques et biologiques), de son évolution et de son traitement. Ils proposent des conseils psycho-éducatifs, en montrant de quelle manière l'atténuation des débordements émotionnels et des critiques est susceptible d'aboutir à une meilleure gestion des troubles.

Le point de départ des thérapies multifamiliales systémiques proposées par Laqueur à la fin des années 1970 est de recréer un espace communautaire et social pour des familles et des patients confrontés à un isolement, une souffrance et une détresse apparemment incommunicables à autrui. Les familles sont sollicitées pour participer à des rencontres où des informations sont partagées, sur le mode questions-réponses. Ces thérapies sont proposées à des familles confrontées à un même trouble, (schizophrénie, troubles des comportements alimentaires, troubles de l'humeur...). Si le profil pathologique des patients doit être homogène pour la constitution de tels groupes multifamiliaux, l'expérience a montré que l'inclusion dans ces groupes mérite d'être aussi aléatoire que possible quant aux autres caractéristiques (ethniques, religieuses, politiques, socio-économiques, intellectuelles, systèmes de croyance, opinions politiques...). La taille du groupe est préférentiellement de 4 à 7 familles. L'interaction de plusieurs familles semble produire des changements plus rapides que les thérapies unifamiliales, également pratiquées dans certains cas. Des processus d'apprentissage s'initient à partir de la transmission par analogie, de l'interprétation indirecte, de l'identification croisée entre membres de familles différentes. Il apparaît que la communication est ainsi spontanément facilitée, que la prise de parole est plus aisée, et que l'atmosphère est plus permissive que lorsque l'attention est focalisée sur une famille unique. De fait, la co-présence de familles confrontées à une pathologie récente et de familles ayant une expérience et une maturité plus grandes face à la maladie fait que ces dernières fonctionnent comme « co-thérapeutes ».

Appartenant au courant cognitivo-comportementaliste, McFarlane a introduit une démarche nettement plus psychopédagogique que dans la version classique des approches systémiques, afin d'éviter les débordements liés à des

expressions émotionnelles débridées. Cette démarche vise à : atténuer l'isolement interpersonnel et social ; éviter la stigmatisation des patients ou des autres membres de la famille ; soutenir chaque famille en allégeant le poids considérable que la maladie fait peser sur son fonctionnement ; dégager chaque famille des tendances à la surprotection et/ou au désengagement, à l'hostilité, aux critiques ; améliorer les communications intrafamiliales qui se révèlent d'emblée facilitées par le cadre même de l'échange multifamilial.

Initiées par Speck à la fin des années 1960, les thérapies de réseau élargissent l'intervention thérapeutique à toutes les personnes dans l'environnement d'un patient et des membres de sa famille. Le nombre de participants peut atteindre 50 à 60 personnes. Une telle intervention peut être envisagée lorsque les autres modalités thérapeutiques ont échoué (thérapies individuelles, familiales, hospitalières institutionnelles) ou pour éviter l'hospitalisation, dans des situations hautement critiques : risque élevé de suicide, troubles mentaux graves avec risque de passage à l'acte. L'équipe thérapeutique, composée de 4 à 5 intervenants, cherche à reconstituer les liens « tribaux » de l'individu dissous par la société moderne. La valorisation du réseau lui permet de fonctionner comme un soutien face aux angoisses déstructurantes, en redonnant confiance en l'établissement possible de liens extérieurs à la famille. On distingue trois formes de thérapie de réseau, selon que l'on mobilise le secteur primaire (les connaissances proches du patient et de sa famille), le secteur secondaire (les professionnels répondant à la demande sociale) ou une combinaison des deux. Le fait de mobiliser la totalité d'un réseau a permis (comme dans les formes initiales de thérapie familiale mobilisant la totalité de la famille) d'enrichir la connaissance, sur le terrain, des contextes de vie et de survie des personnes en grande souffrance.

Quoique très différentes quant à l'inspiration et l'orientation, les conceptions humanistes, narratives et centrées sur la solution rejettent comme les précédentes la focalisation sur le symptôme, ou une quelconque recherche des causes. Pour la thérapie humaniste, il s'agit de développer les potentialités de chacun, en tenant compte de ses propres forces et fragilités, de ses rythmes évolutifs, de ses projets de vie. Que le contact thérapeutique soit bref ou durable, il évite la création de dépendances qui réactiverait des schèmes relationnels provenant du passé, et favorise plutôt l'actualisation de processus nouveaux, en prise avec les problèmes et les difficultés actuels.

Dans la thérapie narrative, la construction personnelle des connaissances est déterminée par la comparaison des productions familiales et sociales, qui ne relèvent, en dernière instance, que de points de vue relativistes sur l'état du monde. Chaque vision du monde étant relative à ses contextes relationnels de production, aucune ne saurait prétendre à une quelconque prééminence.

Dans la thérapie centrée sur la solution, le thérapeute ne retient du passé que les expériences positives et oriente ses interventions du présent vers le futur.

494 Il considère que le patient a mis en œuvre les bonnes solutions, et suggère des

ajustements nouveaux confirmant ces bonnes solutions. Dans cette perspective, une modification légère chez une personne peut avoir des répercussions sur l'ensemble du système conjugal ou familial, sans nécessairement rencontrer le conjoint ou les autres membres de la famille.

À l'inverse des thérapies cognitivo-comportementales, qui cherchent à objectiver des procédures reproductibles, éventuellement étayées par des échelles d'évaluation ainsi que des guides d'information et d'apprentissage destinés aux patients, les thérapies systémiques se conçoivent comme des projets d'interventions contextuelles qui permettent de réajuster, voire d'inventer, des manières de penser et de faire en fonction des caractéristiques de chaque situation clinique particulière. Le projet thérapeutique consiste à délimiter les zones de compétence et de performance des familles et des intervenants. On aboutit à des apprentissages d'apprentissages (deutéro-apprentissages) auxquels les patients et leurs proches n'accèdent pas spontanément du fait des injonctions auto-contradictoires de la vie courante. Initier un contexte thérapeutique consiste à créer un dispositif où les options pourront osciller entre l'expression de conversations ordinaires et l'élaboration de projets viables, par l'exploration contradictoire de solutions alternatives.

La thérapie conjugale comportementale est fondée sur l'apprentissage de la communication à l'intérieur du couple, et de la résolution des problèmes. Elle propose une planification des changements de comportements de manière à accroître les interactions satisfaisantes et à atténuer les interactions destructives et négatives. Elle n'est pas seulement une stratégie d'intervention, mais aussi un traitement fondé sur les apprentissages sociaux.

La thérapie conjugale cognitive est centrée sur les schèmes relationnels irrationnels et les croyances irrationnelles. Elle est souvent associée à des techniques comportementales, voire à un entraînement à l'expression émotionnelle.

Les thérapies conjugales psychodynamiques sont centrées sur les émotions ou orientées sur l'*insight*. Lorsqu'elle est orientée sur l'*insight*, la thérapie met l'accent sur les processus émotionnels conflictuels concernant chacun des partenaires considérés séparément, les interactions entre eux et le système familial élargi. Cette thérapie intègre le fonctionnement individuel, conjugal et familial en ce qui concerne les processus de développement et de maturation, les collusions, les attentes contractuelles non congruentes, les assignements de rôles irrationnels, et les règles relationnelles désadaptées. Les thérapeutes utilisent le sondage, la clarification et l'interprétation pour la découverte et l'explicitation des sentiments, croyances et attentes que les partenaires ont vis-à-vis d'eux-mêmes, de leur partenaire et de leur mariage, et qui peuvent être partiellement ou totalement inconscients, et relever d'une restructuration par renégociation consciente.

La thérapie conjugale focalisée sur les émotions repose sur la théorie de l'attachement de Bowlby, et conçoit les détresses relationnelles comme des

liens peu sûrs où les besoins d'attachement sont inatteignables du fait de schémas d'interaction rigides qui bloquent l'engagement émotionnel. La méthode consiste à aider chaque partenaire à explorer et communiquer ses expériences émotionnelles sur des thèmes comme la dépendance d'affiliation (proximité et contrôle) dans le contexte de la relation habituelle. Les besoins d'attachement valables sont clarifiés, chaque personne arrivant à mieux se comprendre et à percevoir son partenaire avec plus de sympathie. Ceci conduit à des interactions nouvelles et moins défensives. Cette approche apparaît surtout opportune pour les couples qui ne présentent pas de perturbations extrêmes.

Quel est le bilan des études d'évaluation des psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) ?

Engagée depuis la fin des années 1910, l'évaluation des effets obtenus chez les patients par les psychothérapies psychanalytiques s'est heurtée aux difficultés d'analyse des caractéristiques multidimensionnelles des changements. En effet, tout particulièrement pour cette approche, la psychothérapie se construit à partir du patient, de ses problèmes spécifiques et de ses modalités de fonctionnement. Ainsi, dans les travaux les plus récents, l'évaluation ne concerne pas seulement l'effet de la thérapie sur les symptômes dans différentes catégories nosologiques mais également l'évaluation des modifications de la structure psychodynamique qui sous-tend le désordre lui-même. Des instruments d'évaluation des changements psychodynamiques ont été récemment développés (MSI, ECPD, KAPP...) ¹¹ ainsi que des instruments qui évaluent l'utilisation des techniques, l'adhésion à la méthode thérapeutique (PACS-SE, TIRS, PTS, GIS, STT) ¹² ou l'alliance thérapeutique (CALPAS) ¹³. Cependant, ces outils propres à évaluer les aspects psychodynamiques sont encore peu utilisés.

Certains travaux encore préliminaires se sont attachés à rechercher le rôle des facteurs spécifiques et non spécifiques dans les effets des psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) : les hommes et les femmes répondent-ils de manière similaire ? Quel est l'impact de la qualité des relations d'objet ? Quelles sont les interactions entre les représentations du patient concernant l'expérience de la thérapie et l'alliance thérapeutique ? Quelle est l'influence des typologies de problèmes interpersonnels ou personnels et du style d'attachement principal ? Les études mettent surtout en

11. MSI : *McGlashan semistructured interview* ; ECPD : *Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques* ; KAPP : *Karolinska psychodynamic profile*

12. PACS-SE : *Penn adherence-competence scale for supportive-expressive therapy* ; TIRS : *Therapist intervention rating system* ; PTS : *Perception of technique scale* ; GIS : *General interpersonal skill* ; STT : *Specific therapeutic technique*

13. CALPAS : *California psychotherapy alliance scales*

lumière l'interaction de ces différentes variables. Il est probable que l'amélioration symptomatique précoce joue un rôle dans la mise en place de l'alliance thérapeutique (ces deux facteurs se renforçant mutuellement) et ensuite dans l'effet de la thérapie. Cependant, certains de ces paramètres semblent avoir plus que d'autres une valeur pronostique sur les résultats du traitement : la qualité initiale des relations d'objet et la formation des thérapeutes pour les cas difficiles.

Les traitements psychodynamiques (psychanalytiques) longs, bien qu'ayant fait l'objet de nombreux travaux en recherche (essentiellement études de cas et de processus), n'ont débouché que très récemment sur des études en populations cliniques. En revanche, les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) brèves ont donné lieu à davantage d'études d'évaluation. Trois méta-analyses rapportent l'efficacité des psychothérapies brèves (sur des symptômes cibles, des symptômes généraux ou l'adaptation sociale) en comparaison avec un placebo (liste d'attente ou absence de traitement) pour un ensemble de troubles. Cependant, il faut noter que deux de ces méta-analyses n'ont pas examiné les effets des psychothérapies psychodynamiques indépendamment de ceux de la thérapie interpersonnelle non psychodynamique. L'une de ces méta-analyses montre que l'efficacité est plus marquée avec des thérapeutes bien formés.

Deux méta-analyses rassemblant les travaux effectués sur des patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire montrent peu ou pas d'effet de la psychothérapie psychodynamique ou psychanalyse. Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) présentent une taille d'effet très modeste (0,27). Une seule étude concerne des patients hospitalisés (en phase aiguë). Cette étude ne met pas en évidence d'effet additionnel de la thérapie psychodynamique sur le traitement médicamenteux.

Pour la dépression d'intensité moyenne ou légère du sujet adulte, une méta-analyse rassemble, sous le terme de « thérapie verbale », des thérapies psychodynamiques et des thérapies interpersonnelles et montre un effet global bénéfique de ces thérapies, sans qu'il soit possible de conclure quant à l'efficacité de chacun de ces deux types de thérapie pris séparément. Concernant la dépression du sujet âgé traité en ambulatoire, trois études (dans une méta-analyse) ont comparé la thérapie psychodynamique (psychanalytique) ou sa forme brève au placebo ou à une liste d'attente et ne montrent pas d'effet positif significatif.

Dans la dépression majeure, l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients traités en ambulatoire (après hospitalisation) a été évaluée dans une étude randomisée contrôlée qui met en évidence un effet bénéfique significatif de la combinaison des deux traitements, avec amélioration du fonctionnement global et diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement. La psychothérapie était menée par des infirmiers bien formés, sous supervision étroite. Enfin, une étude contrôlée randomisée a étudié les résultats à 6 mois d'une thérapie

interpersonnelle psychodynamique brève réalisée chez l'adulte à la suite d'une tentative de suicide par empoisonnement. Les résultats montrent une réduction des symptômes dépressifs, de l'idéation suicidaire et de la récurrence ainsi qu'une satisfaction plus élevée.

Deux études contrôlées ont été recensées dans la littérature pour le traitement des troubles anxieux. La psychothérapie psychodynamique brève d'Horowitz (centrée sur la résolution des conflits intrapsychiques résultant de l'expérience traumatique) a montré son efficacité chez des patients présentant un état de stress post-traumatique comparés à un groupe contrôle. Les effets sont particulièrement importants sur les symptômes traumatiques, l'évitement et la somatisation. L'autre étude contrôlée, réalisée chez des patients atteints de trouble panique, montre que l'addition au traitement médicamenteux d'une psychothérapie psychodynamique brève (centrée sur la vulnérabilité psychosociale) réduit significativement le taux de rechute (sur 18 mois) en comparaison avec le traitement médicamenteux seul. Toujours chez des sujets avec trouble panique, un essai non contrôlé suggère une bonne efficacité de la psychothérapie centrée sur la panique utilisée en monothérapie (avec manuel), et les gains se maintiennent au suivi à 6 mois. Cependant, l'absence de groupe contrôle ne permet pas de confirmer ce dernier résultat et d'affirmer l'efficacité de la thérapie.

Pour les troubles des comportements alimentaires, aucune étude contrôlée n'a été retrouvée dans la littérature. Une étude de cohorte a observé plus de 1 000 patientes anorexiques et boulimiques ayant reçu une thérapie psychodynamique (psychanalytique) en hospitalisation à temps plein pendant 2 à 3 mois. Au suivi à deux ans et demi, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptômes. Certaines caractéristiques des patientes étaient corrélées aux résultats : pour les anorexiques, l'âge élevé était un facteur de moindre réponse au traitement ; pour les boulimiques, l'impulsivité, l'existence de symptômes associés d'anorexie, et un nombre élevé de traitements antérieurs étaient associés à de moins bons résultats tandis qu'une bonne adaptation sociale était un facteur prédictif d'amélioration. Il faut rappeler que la limite de cette étude est qu'il n'y a pas de groupe contrôle et que l'amélioration observée ne peut être attribuée avec certitude à la thérapie.

Les troubles de la personnalité définissent plusieurs types de patients très différents regroupés en 3 catégories (A, B et C) dans le DSM. Dans la catégorie A, on trouve les personnalités paranoïaque, schizoïde et schizotypique ; dans la catégorie B, les personnalités antisociale, borderline, histrionique et narcissique ; dans la catégorie C, les personnalités évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive et non spécifiée. Il s'agit donc d'un ensemble de troubles disparates qui ont en commun d'être primaires par rapport à la survenue d'autres troubles tels que la dépression, d'apparaître au cours du développement, dans l'enfance ou l'adolescence et de se poursuivre à l'âge

adulte. Les problèmes des patients avec un trouble de la personnalité sont multiples et susceptibles de varier dans le temps. L'évaluation porte sur différents aspects de leur fonctionnement (réduction du nombre de tentatives de suicide et des comportements d'autodestruction, qualité des relations d'objet...) et dont l'interprétation demande une attention particulière. Par exemple, l'augmentation de la fréquentation des services de soins sera un signe d'amélioration en début de traitement, alors que la réduction de cette fréquentation est attendue en fin de traitement. Il s'agit d'autre part de pathologies chroniques et les effets des thérapies peuvent être difficiles à interpréter parce que des événements, d'autres traitements... ou simplement l'âge sont intervenus. Une étude montre clairement que chez les patients traités, l'amélioration des symptômes et du fonctionnement est associée à de meilleures relations interpersonnelles alors que les patients non traités évoluent vers un repli social.

Pour les troubles de la personnalité (tous troubles confondus), on trouve dans la littérature une méta-analyse réalisée en 2003 qui regroupe 15 études dont deux comparent la thérapie psychodynamique à une condition contrôle (liste d'attente ou soin standard). La taille d'effet globale (calculée à partir des données pré- et post traitement pour l'ensemble des études de la méta-analyse) est de 1,46 sur les mesures d'auto-évaluation et 1,79 pour les mesures d'hétéro-évaluation. La taille d'effet par rapport aux conditions contrôles (calculée pour les deux études) est de 1,32 (sur les mesures d'auto-évaluation). La psychothérapie psychodynamique apparaît efficace pour les troubles de la personnalité (avec deux études contrôlées).

Une étude contrôlée a recherché l'efficacité, pour des patients ayant des troubles de la personnalité borderline (type B), d'une psychothérapie d'orientation psychanalytique en hôpital de jour comparée à un soin psychiatrique standard (consultation mensuelle avec contrôle de l'observance de la prise de médicaments). Le traitement était réalisé par des infirmières formées à la psychiatrie (sous supervision bi-hebdomadaire) mais sans qualification formelle à la psychothérapie. Les patients en psychothérapie ont présenté une réduction significative des scores sur toutes les mesures d'évaluation à 6 mois et à 18 mois : amélioration des symptômes dépressifs, réduction des actes suicidaires et d'automutilation, réduction des jours d'hospitalisation à plein temps et meilleur fonctionnement social et interpersonnel.

Une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (psychothérapie dérivée du modèle conversationnel de Hobson) a été évaluée (étude contrôlée non randomisée) dans un groupe de patients souffrant de troubles de la personnalité borderline en comparaison avec un groupe « traité comme d'habitude » (thérapie de soutien, intervention de crise, thérapie cognitive, pharmacothérapie). Cette psychothérapie, fondée sur l'idée que le trouble de la personnalité borderline est la conséquence d'une interruption du développement du « Moi », a pour but de favoriser une maturation (découvrir,

Effets des interventions psychodynamiques (psychanalytiques)

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|--|--|---|
| Schizophrénie | | |
| Phase aiguë | 1 étude | Résultats non significatifs |
| Stabilisée | 2 méta-analyses | Peu ou pas d'effets |
| Troubles de l'humeur | | |
| Dépression d'intensité moyenne chez l'adulte | 1 méta-analyse | TPB et TI (non psychodynamique) confondues donnent des résultats positifs mais pas d'étude avec la thérapie psychodynamique seule |
| Dépression d'intensité moyenne chez le sujet âgé | 1 méta-analyse | Pas de résultat significatif |
| Dépression majeure sous antidépresseurs | 1 étude contrôlée | Effet positif significatif de la thérapie psychodynamique après hospitalisation sur le fonctionnement global la réduction des rechutes |
| Dépression associée à TS | 1 étude contrôlée | Effet positif de la thérapie interpersonnelle psychodynamique sur l'idéation suicidaire et le taux de récurrences à 6 mois |
| Troubles anxieux | | |
| Trouble panique sous antidépresseurs | 1 étude contrôlée | Efficacité de la TPB pour la réduction des rechutes après 9 mois d'arrêt du traitement antidépresseur |
| Stress post-traumatique | 1 étude contrôlée | Efficacité de la TPB sur les symptômes |
| Troubles de la personnalité | | |
| Troubles confondus | 1 méta-analyse (2 études contrôlées) | Effets significatifs sur l'amélioration globale |
| Personnalité borderline | 3 études contrôlées (une non randomisée) | Efficacité des psychothérapies d'orientation psychanalytique sur toutes les mesures à 6 et 18 mois ; efficacité de la TI (psychodynamique) sur les critères diagnostiques maintenue de 1 à 5 ans ; efficacité des thérapies individuelle et de groupe |
| Personnalité antisociale | 1 étude contrôlée | Bénéfice de la thérapie psychodynamique brève pour les patients présentant une dépression |
| Personnalité évitante ou autre type C | 1 étude contrôlée | Efficacité des TPB (Davanloo et psychothérapie adaptative) maintenue un an et demi après la fin du traitement |

TPB : thérapie psychodynamique brève ; TI : thérapie interpersonnelle ; TS : tentative de suicide

élaborer, se représenter une réalité personnelle). Après une année, 30 % des patients traités par psychothérapie psychodynamique interpersonnelle ne présentaient plus les critères diagnostiques du DSM pour le trouble de la personnalité, alors que les patients du groupe contrôle n'avaient pas évolué. Cette amélioration s'est maintenue au suivi à 1 et 5 ans.

La psychothérapie psychodynamique de groupe interpersonnelle a été comparée à la psychothérapie individuelle (étude contrôlée randomisée) pour le traitement des troubles de la personnalité borderline. La durée du traitement était de 35 semaines. Les psychothérapeutes étaient formés et

expérimentés pour la thérapie psychodynamique individuelle, formés, encadrés et supervisés pour la psychothérapie dynamique de groupe. Les résultats ont montré une amélioration importante des indicateurs comportementaux, d'adaptation sociale, de symptômes globaux et de dépression. Il n'existait pas de différence significative entre thérapies psychodynamiques de groupe et individuelle, à la fin du traitement et au suivi de 24 mois.

Des patients présentant des troubles de la personnalité (la plupart de type C, quelques troubles de type B) ont été traités en ambulatoire par deux formes de psychothérapie psychodynamique brève (psychothérapie de Davanloo et psychothérapie adaptative). Les résultats montrent une amélioration significative des patients traités par les deux formes de thérapie comparativement à un groupe contrôle sur liste d'attente. Il n'y avait pas de différence entre les deux thérapies et l'amélioration s'est maintenue un an et demi après la fin du traitement. Chez des patients présentant une personnalité antisociale, dépendants aux opiacés et avec dépression associée, la thérapie psychodynamique brève associée à un conseil s'est montrée plus efficace que le simple conseil (une étude contrôlée). Plusieurs études montrent que les troubles de la personnalité sont fréquemment associés à d'autres troubles (par exemple, une dépression) et que cette comorbidité influence les résultats de la thérapie nécessitant souvent un traitement plus long.

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées (issues du centre Anna Freud à Londres) présentent le devenir à court et long terme de sujets traités par psychanalyse ou par psychothérapie psychodynamique (psychanalytique). Les résultats montrent une amélioration chez 62 % des enfants traités durant un an (4 à 6 séances par semaine) sans que la méthodologie de l'étude (absence de groupe contrôle) permette de différencier l'effet thérapeutique de l'évolution naturelle du trouble. Les résultats convergent sur quelques points. L'un des points majeurs est l'âge des patients : plus le patient est jeune, meilleurs sont l'amélioration et les résultats obtenus.

Effets des interventions psychanalytiques dans les troubles psychologiques de l'enfant et de l'adolescent

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|--|--|---|
| Troubles perturbateurs (hyperactivité avec déficit de l'attention, troubles des conduites) | Étude rétrospective (736 cas)* non contrôlée | Amélioration observée chez 62 % des enfants ; ne permet pas de conclure à l'efficacité en l'absence de groupe contrôle. |
| Troubles émotionnels (troubles anxieux et dépressifs) | Étude rétrospective (763 cas)* non contrôlée | La probabilité de l'amélioration décroît avec l'âge. |
| Troubles perturbateurs, troubles émotionnels, troubles de la personnalité | Étude rétrospective (763 cas)* non contrôlée | Meilleur taux d'amélioration dans les troubles émotionnels |

* il s'agit de la même population

De même les sorties de traitement sont moins nombreuses chez les plus jeunes patients (< 12 ans). L'aide apportée aux parents au cours du traitement de l'enfant est un facteur favorisant l'amélioration de l'état psychologique de l'enfant.

La psychanalyse étant un traitement qui s'étend sur plusieurs années et nécessite un investissement majeur pour le jeune patient et sa famille, il est important de définir les conditions cliniques et environnementales qui permettent de poser les indications adéquates à son application et d'identifier les effets bénéfiques attendus de ce type de traitement pour un jeune enfant.

Niveaux de preuves de la thérapie psychodynamique (psychanalytique) chez l'adulte

Preuve d'efficacité : établie par une méta-analyse et des études contrôlées randomisées

- troubles de la personnalité, en particulier trouble de la personnalité borderline

Présomption d'efficacité : établie par des études contrôlées randomisées

- trouble panique sous antidépresseurs ; état de stress post-traumatique
-

Quels sont les résultats obtenus avec les techniques de l'approche cognitivo-comportementale ?

L'évaluation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) a fait l'objet de nombreuses méta-analyses (21 méta-analyses ont été retenues concernant les troubles étudiés) et études randomisées contrôlées. Seuls les résultats des méta-analyses sont analysés et, en leur absence, ceux des études randomisées contrôlées.

Les TCC ont très largement été appliquées aux différents troubles anxieux, et les résultats sur l'évaluation de l'efficacité de ces thérapies sont abondants. Concernant le trouble panique et l'agoraphobie, 3 méta-analyses montrent une diminution significative des symptômes sous l'effet de la TCC par rapport aux conditions contrôles. La combinaison thérapeutique la plus efficace apparaît être la combinaison de l'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs.

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

502 Pour l'état de stress post-traumatique, une méta-analyse rassemble les études portant sur plusieurs types de thérapies comportementales et cognitives

(thérapies comportementales, EMDR...) et de traitements médicamenteux. Les TCC (y compris l'EMDR) apparaissent plus efficaces que le traitement médicamenteux sur les symptômes du stress post-traumatique, les effets de ces psychothérapies sont maintenus après un suivi de 15 semaines en moyenne. Une autre méta-analyse portant spécifiquement sur l'EMDR montre l'efficacité de cette technique (considérée comme une variante de la thérapie comportementale d'exposition) par rapport au groupe témoin.

Trois méta-analyses concernent les troubles obsessionnels compulsifs. L'une d'elles (regroupant 86 études de 1970 à 1993) montre qu'il n'y a pas de différences entre les antidépresseurs prescrits seuls, les TCC et la combinaison des deux traitements. Les tailles d'effet pour la TCC varient de 0,70 à 1,46 selon le critère évalué. Une autre méta-analyse (regroupant 77 études de 1973 à 1997) indique que les TCC sont supérieures ou égales au traitement par des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. Une troisième méta-analyse montre une efficacité similaire pour les médicaments sérotoninergiques et les TCC par exposition, et une même efficacité pour la thérapie cognitive et la thérapie comportementale. Pour évaluer l'efficacité à long terme des TCC dans les troubles obsessionnels compulsifs, les résultats de 9 études de cohorte (contrôlées) ont été colligés. Sur un suivi de 1 à 6 ans (en moyenne 3 ans), un taux de 78 % d'amélioration a été mis en évidence avec 60 % de réduction moyenne des rituels. Cependant, les symptômes résiduels étaient la règle et le risque de faire une dépression demeurait inchangé.

Trois méta-analyses récentes donnent une vue d'ensemble des effets à court et long termes des TCC dans les phobies sociales. Une méta-analyse (incluant 42 essais) montre que la thérapie cognitive associée à l'exposition présente une taille d'effet plus importante que celle du placebo (1,06 *versus* 0,48). Une amélioration supplémentaire est également constatée au suivi. Une méta-analyse (regroupant 24 études) montre une taille d'effet des TCC de 0,74 par rapport au placebo. Comparées à la pharmacothérapie, les TCC ne présentent pas de différence d'efficacité significative. Enfin, dans la troisième méta-analyse plusieurs méthodes de TCC ont été comparées aux conditions contrôles et à la pharmacothérapie. Pour toutes les formes de TCC, les tailles d'effet varient de 0,6 à 1,0 et pour la pharmacothérapie, elles varient de 1,0 à 2,0. L'amélioration des symptômes par les TCC s'inscrit dans la durée.

Il existe quelques études contrôlées de faible puissance pour les phobies spécifiques (avion, dentiste, araignées, hauteurs, claustrophobie). Elles indiquent toutes une bonne efficacité de différents types de thérapies (thérapie cognitive, comportementale, exposition en réalité virtuelle, *in vivo*...).

Concernant la dépression d'intensité moyenne ou légère, la méta-analyse la plus ancienne (incluant 28 études) a montré la supériorité de la thérapie cognitive comparée à une liste d'attente, au traitement médicamenteux ainsi qu'à la thérapie comportementale. À la fin du traitement, les résultats de la thérapie cognitive étaient supérieurs à ceux des antidépresseurs et de la liste d'attente. Dans les méta-analyses plus récentes, la thérapie comportementale

a été montrée égale en efficacité à la thérapie cognitive (car en fait la technique pratiquée associe souvent méthodes comportementales et cognitives) et aux antidépresseurs et, dans une méta-analyse, égale à la thérapie interpersonnelle.

L'évaluation de l'efficacité a également porté sur la prévention des rechutes à long terme chez les déprimés. On entend en général par rechute (*relapse*) une réapparition d'un état dépressif complet entre 6 et 9 mois après une rémission de 2 mois ; une récurrence (*recurrence*) se situe au-delà. Les effets sur la prévention des rechutes de la thérapie cognitive sont supérieurs à ceux des antidépresseurs (entre 1 et 2 ans) dans 6 études contrôlées sur 8. En moyenne, 60 % des patients traités par chimiothérapie seule rechutent, *versus* seulement 30 % des patients traités par thérapie cognitive seule ou combinée aux antidépresseurs.

D'après les études qui se sont intéressées aux effets de la thérapie cognitive sur les symptômes résiduels et les récurrences chez des patients sous antidépresseurs, le nombre de rechutes est significativement moins important dans le groupe qui a reçu la thérapie cognitive. Les auteurs concluent que la TCC représente une alternative à la poursuite des antidépresseurs.

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

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

Effets des interventions cognitivo-comportementales

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|---|--|---|
| Troubles anxieux | | |
| Agoraphobie | 2 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC |
| Trouble panique | 1 méta-analyse | Efficacité prouvée de la TCC ; diminution significative des attaques de paniques |
| Trouble de l'anxiété généralisée | 1 méta-analyse | Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet après la fin du traitement |
| Phobie sociale | 3 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC ; maintien de l'effet au cours du suivi |
| Stress post-traumatique | 2 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC ; maintien au suivi ; efficacité prouvée de l'EMDR (simple variante de la TCC) |
| Trouble obsessionnel compulsif | 3 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC |
| Phobie spécifique | 6 études contrôlées | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Troubles de l'humeur | | |
| Dépression d'intensité moyenne ou légère en ambulatoire | 3 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC |
| Dépression hospitalisée | 1 méta-analyse | Efficacité prouvée de la TCC |
| Dépression du sujet âgé | 1 méta-analyse | Efficacité prouvée de la TCC |
| Trouble bipolaire sous médicaments psychotropes | 1 méta-analyse | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Schizophrénie | | |
| Schizophrénie chronique sous neuroleptiques | 3 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC |
| Schizophrénie en période aiguë sous neuroleptiques | 1 méta-analyse | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Troubles de la personnalité | | |
| Personnalité borderline | 2 méta-analyses, 5 études contrôlées | Efficacité prouvée de la TCC |
| Personnalité évitante | 1 étude contrôlée | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Alcoolodépendance | 2 méta-analyses, 1 revue | Efficacité prouvée de la TCC |
| Troubles du comportement alimentaire | | |
| Boulimie | 4 méta-analyses | Efficacité prouvée de la TCC à court terme |
| Hyperphagie boulimique | 6 études contrôlées | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Anorexie | 1 étude contrôlée post-hospitalisation | Présomption d'efficacité pour la prévention des rechutes après reprise de poids |
| Troubles anxieux et dépressifs de l'enfant et l'adolescent | | |
| Troubles dépressifs d'intensité modérée | 2 méta-analyses | Présomption d'efficacité de la TCC |
| Troubles anxieux | 6 études contrôlées | Présomption d'efficacité de la TCC mais pas d'études spécifiques par type de trouble |

Des thérapies cognitivo-comportementales ont été évaluées chez les patients alcoolodépendants. Ces thérapies utilisent des procédures de désensibilisation, de renforcement positif, et des stratégies motivationnelles et de prévention des rechutes. Elles s'inscrivent parfois dans des thérapies familiales et de couple. Des techniques d'affirmation de soi et de réduction de l'anxiété sociale sont également développées. S'inspirant directement des théories de Bandura sur l'apprentissage social et l'efficacité personnelle (*self efficacy*), le modèle des cinq étapes de Prochaska et DiClemente (précontemplation, contemplation, préparation, action, maintien) se rattache aussi aux TCC. À chaque étape peuvent se mettre en place des thérapies cognitives ou comportementales. Plusieurs études (méta-analyses, études contrôlées) montrent une supériorité en efficacité des interventions brèves par rapport aux interventions au long court chez des patients motivés pour un traitement. Cependant, les effets semblent plus importants chez les patients moins sévèrement atteints. Il n'y a pas de preuve que les programmes ayant pour but le contrôle de la prise de boisson donnent de meilleurs résultats que ceux qui visent l'abstinence totale.

Les thérapies comportementales et aussi, mais dans une moindre mesure, les thérapies cognitives qui s'inscrivent dans les programmes de développement des habiletés sociales ont donné des résultats positifs (dans 3 méta-analyses) à court et moyen termes sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des schizophrènes. Mais le problème reste la généralisation des acquis qui, si elle semble réelle, est encore trop modeste.

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

L'utilisation de techniques comportementales et cognitivo-comportementales est partie intégrante de la plupart des programmes multimodaux de traitement de l'anorexie mentale, qu'ils soient ambulatoires ou intrahospitaliers. Cinq essais contrôlés randomisés ont évalué l'efficacité de la TCC chez les patientes anorexiques et soulignent la meilleure compliance des patientes anorexiques à la TCC comparée à d'autres traitements. Ils ne permettent pas cependant d'établir le bénéfice de ce type de traitement. L'étude contrôlée la plus récente est la première évaluation empirique de

l'anorexie mentale chez les adultes. Après reprise pondérale, le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechutes et de sorties de traitement, et de meilleurs résultats cliniques globaux.

Pour le traitement de la boulimie, 4 méta-analyses ont été publiées incluant entre 7 et 35 études contrôlées randomisées de traitement de sujets (le plus souvent des femmes) avec un diagnostic de boulimie (parfois aussi d'hyperphagie boulimique ou de trouble des comportements alimentaires non spécifié de type boulimique). Les quatre méta-analyses concluent à l'efficacité, à court terme, de la TCC pour réduire les symptômes boulimiques (souvent évalués par la fréquence des crises et des vomissements) et les distorsions et attitudes dysfonctionnelles qui leur sont associées (dans les plus rares études qui incluent ces mesures). Les comparaisons sont faites en pré- et post-traitement, ou en comparant la TCC à la condition contrôle. Les tailles d'effet rapportées vont de 0,55 à 0,74 dans les comparaisons intra-groupe (pré-*versus* post-traitement) et de 0,23 à 0,67 dans les comparaisons inter-groupe (TCC *versus* contrôle). Les données à long terme sont soit insuffisantes, soit moins favorables que celles à court terme ; de plus, la diversité des durées de suivi et des mesures utilisées pour calculer les tailles d'effet à long terme limite la portée des résultats existants. L'une des méta-analyses a comparé les études contrôlées randomisées de traitement médicamenteux (9 études) aux études contrôlées de TCC ou thérapie comportementale (26 études). À court terme, la TCC produit des tailles d'effet supérieures à celles du traitement médicamenteux, sur toutes les variables examinées. L'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul pour la fréquence des crises et des vomissements, et plus efficace que la TCC seule pour la fréquence des crises, mais pas celle des vomissements. Les conclusions générales sont que la recherche existante est convaincante en faveur de l'efficacité de la TCC dans la boulimie, malgré une grande variabilité interindividuelle dans la magnitude et la stabilité de la réponse thérapeutique.

La TCC a également été étudiée pour le traitement de l'hyperphagie boulimique (*binge eating disorder* ou BED). Ce syndrome identifié récemment comme un trouble spécifique des comportements alimentaires est en effet plus proche de la boulimie que de l'obésité sans hyperphagie boulimique. De ce fait, les premières recherches sur le traitement du BED se sont concentrées sur l'investigation de l'efficacité des méthodes déjà éprouvées dans le traitement de la boulimie : la TCC et la psychothérapie interpersonnelle. Six études contrôlées montrent l'efficacité de la TCC sous diverses formes (individuelle ou de groupe, auto-administrée ou sous supervision d'un thérapeute). La TCC est en général bien acceptée, et appréciée par les patients avec BED, comme le montre la bonne compliance au traitement, inhabituelle dans les pathologies des comportements alimentaires. L'addition d'exercice physique à la TCC, et l'extension de la durée du traitement (une étude), en améliorent

les résultats, contribuant à une réduction plus importante de la fréquence des crises boulimiques et de l'IMC (indice de masse corporelle). Les effets positifs de la TCC chez les sujets obèses avec BED comprennent la réduction du poids (quoique celle-ci soit moins importante que chez des sujets obèses sans BED), mais aussi l'amélioration significative de la perception subjective de l'état de santé et de la qualité de vie qui y est associée (une étude). Une seule étude inclut une période de suivi (12 mois). La fréquence des crises augmente légèrement pendant le suivi, mais reste inférieure à leur fréquence en pré-traitement.

Niveaux de preuves de la TCC

Preuve d'efficacité : établie par une ou plusieurs méta-analyses ou des essais randomisés de forte puissance statistique et convergents

- agoraphobie ; attaques de panique ; phobies sociales ; anxiété généralisée ; stress post-traumatique ; trouble obsessionnel compulsif
- états dépressifs d'intensité faible ou moyenne ; états dépressifs aigus ; prévention des rechutes et des récurrences des dépressions ambulatoires ; dépressions hospitalisées
- schizophrénie pour la réhabilitation psychosociale
- personnalité borderline chez les femmes ; personnes alcoolodépendantes
- boulimie

Présomption d'efficacité : établie par des méta-analyses, études contrôlées randomisées, études de cohortes, revues ; certaines de ces études peuvent se contredire et demander confirmation

- phobies spécifiques
 - personnalité évitante ; personnalité antisociale
 - schizophrénie en période aiguë (associée aux neuroleptiques)
 - trouble bipolaire (traité par des normothymiques)
 - troubles dépressifs d'intensité modérée chez l'enfant et l'adolescent
 - troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent
-

Chez l'enfant et l'adolescent, l'efficacité des TCC pour le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses dont les résultats sont congruents et indiquent que les TCC apportent une amélioration symptomatique significative. Mais les études incluses dans ces méta-analyses sont peu nombreuses, de qualité médiocre et utilisent des échantillons de sujets recrutés en population générale, plutôt que demandeurs de soins, donc moins sévèrement atteints. Des études contrôlées plus récentes mais isolées suggèrent que la réponse aux TCC est la meilleure chez les sujets les plus jeunes et ceux chez qui le retentissement des troubles est le moins sévère, que la participation des parents au traitement n'en améliore pas les résultats, et qu'une réponse rapide au traitement prédit un meilleur devenir à long terme. On peut parler de présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée chez l'enfant ou l'adolescent, mais les TCC ne peuvent actuellement être recommandées comme traitement unique dans les cas de dépression sévère chez le sujet jeune.

Les preuves de l'efficacité des TCC dans les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont encore limitées. Si beaucoup d'études peuvent être retrouvées traitant des phobies spécifiques, la plupart sont anciennes et leur intérêt est plus expérimental que thérapeutique, car elles ont été réalisées sur des sujets recrutés hors d'un contexte clinique. Les études les plus récentes s'appuient sur différentes techniques de TCC (désensibilisation systématique en imagination ou *in vivo*, technique du modèle filmé ou du modèle *in vivo*, *modeling* de participation, gestion de contingences de renforcement, formation à l'autocontrôle, restructuration des cognitions distordues), dont elles montrent l'efficacité, en comparaison d'autres traitements ou d'une liste d'attente.

Pour le traitement des peurs et des phobies, une preuve d'efficacité établie par plusieurs essais randomisés convergents existe pour deux techniques de TCC : le *modeling* de participation et la gestion des contingences de renforcement ; une présomption d'efficacité existe pour la désensibilisation en imagination ou *in vivo*, la technique du modèle *in vivo* et la technique du modèle filmé.

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

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

Dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent, on ne peut parler que de présomption d'efficacité d'un programme de TCC fondé sur l'exposition avec prévention de la réponse (programme manuelisé). Un seul essai randomisé de faible puissance et 9 études en ouvert concordent en faveur de l'efficacité de ce traitement sur les symptômes obsessionnels et compulsifs, à court terme (entre 25 % et 79 % des sujets sont améliorés) et à long terme (6 études incluent des suivis allant de 3 mois à 14 ans). De vastes études contrôlées randomisées multicentriques sur l'efficacité de la TCC,

seule ou en association avec la pharmacothérapie, sont actuellement en cours ; elles devront apporter des preuves mieux établies de l'efficacité des TCC dans cette indication.

De nombreuses techniques cognitivo-comportementales sont utilisées dans les programmes d'intervention psychosociale destinés au traitement des troubles envahissants du développement, notamment l'autisme, et des troubles externalisés, c'est-à-dire hyperactivité avec déficit de l'attention et troubles des conduites, chez l'enfant et l'adolescent. Comme ces programmes incluent le plus souvent une participation active des parents, les preuves en faveur de l'efficacité des TCC dans ces indications sont rapportées avec les thérapies familiales.

Quels sont les résultats obtenus avec les techniques de la thérapie familiale et de couple ?

Les revues qui ont analysé les premières études, publiées entre 1972 et 1983, soulignent l'absence ou le caractère inadéquat des groupes contrôle, la non fiabilité des mesures d'évaluation, l'absence de délai suffisant avant l'appréciation du suivi, l'aspect mal défini des fondements théoriques permettant les comparaisons. Depuis les années 1980, les auteurs ont proposé des indications plus circonstanciées à partir de comparaisons avec les thérapies individuelles, de comparaisons entre orientations théoriques, des différences entre ces orientations en fonction des problèmes traités, et des effets des modérateurs essentiels et des choix méthodologiques sur l'appréciation des résultats. On cherche maintenant à examiner réellement les preuves scientifiques de l'efficacité des thérapies de couple et familiales en relation avec les troubles et les problèmes majeurs chez l'adulte (schizophrénie, troubles de l'humeur, toxicomanie...) et chez l'enfant et l'adolescent (autisme, anorexie mentale, troubles des conduites...).

Les schizophrénies ont fait l'objet des études d'évaluation les plus nombreuses. Un critère simple et robuste d'efficacité thérapeutique est souvent utilisé dans les études : il s'agit du pourcentage de rechutes observé dans un groupe durant un laps de temps donné (rechutes appréciées par exemple par une hospitalisation en psychiatrie). Les résultats sont alors convergents et l'on peut affirmer avec un niveau de preuves assez élevé que les interventions familiales permettent de diminuer le pourcentage de rechutes dans ce type de troubles.

Les interventions familiales à long terme présentent une efficacité significative, en comparaison avec les interventions familiales brèves. Par-delà la grande diversité des formes d'intervention (hospitalière, ambulatoire, à domicile), les études examinées font état d'interventions qui reposent le plus

souvent sur la théorie des émotions exprimées, théorie qui considère la schizophrénie comme une maladie cérébrale dont les familles ne sont pas responsables, et qui fait référence à des principes comportementaux et cognitifs : appréhension et gestion des situations stressantes, reconnaissance des troubles et information sur les méthodes thérapeutiques, ajustement familial aux conséquences des troubles et aux impacts thérapeutiques. Quatre méta-analyses font ainsi état de l'efficacité des thérapies familiales d'inspiration comportementale et cognitive. Trois revues systématiques font de même.

Une étude contrôlée indique que les interventions multifamiliales comportementales et cognitives semblent présenter de meilleurs résultats que les interventions unifamiliales sur la prévention des rechutes avec hospitalisation. Un tel constat ne signifie pas que toutes les familles peuvent bénéficier d'une thérapie multifamiliale, d'autant que certaines n'y sont pas prêtes.

L'information des patients schizophrènes et de leurs familles sur l'état actuel des connaissances dont disposent les professionnels concernant les troubles, les formes de traitement et les attitudes thérapeutiques apparaît avoir une dimension thérapeutique manifeste pour un nombre important de cas. Cette démarche s'inscrit dans un traitement psychosocial global, pouvant impliquer un apprentissage aux habiletés sociales et à la gestion des situations critiques, et un accompagnement dans les démarches de réhabilitation socioprofessionnelle lorsqu'elles sont envisageables.

Par ailleurs, il existe des formes de plus en plus diversifiées de thérapies familiales encore difficilement évaluables, en l'état actuel des méthodes d'appréciation de l'efficacité thérapeutique, d'autant plus qu'elles sont en perpétuelle évolution. On peut constater que, dans ces diverses pratiques, il ne s'agit pas d'un suivi familial standardisé. Il n'est pas évident de savoir quelle technique thérapeutique de suivi familial est la plus efficace, pour quelle sorte de patients et pour quel type de familles. Il existe ainsi un grand décalage entre les recherches concernant les familles de patients schizophrènes au cours des trente dernières années et l'application de ces connaissances dans la clinique courante.

Deux études contrôlées ont comparé différentes formes d'intervention familiales pour toute une gamme de troubles de l'humeur. L'une des deux montre l'intérêt des thérapies multifamiliales. En revanche, le recours à une thérapie de couple intensive pour les femmes présentant une dépression unipolaire apparaît moins pertinent que le recours au traitement médicamenteux associé à une thérapie de soutien, individuelle ou avec le conjoint.

Dans le cas du trouble bipolaire, 2 études contrôlées montrent que la thérapie focalisée sur la famille, avec information sur la nature des troubles impliquant les conjoints, diminue le nombre de rechutes, augmente les délais avant les rechutes, et améliore nettement des symptômes dépressifs (selon une de ces études, la question reste controversée en ce qui concerne les symptômes maniaques).

Dans les formes de dépression majeure, avec un « conjoint critique », une étude contrôlée indique que la thérapie conjugale systémique interactionnelle conduit à une amélioration des symptômes à la fois à la fin du traitement et 2 ans après.

Dans l'anorexie mentale, la thérapie familiale semble donner ses meilleurs résultats au début des troubles chez l'adolescente mineure. Elle ne permet pas de faire l'économie de l'hospitalisation dans certaines formes graves mettant en péril le pronostic vital. Les études publiées envisagent des interventions familiales soit au cours de l'hospitalisation, soit lors de traitements ambulatoires. Cinq études contrôlées mettent en évidence l'effet positif de thérapies familiales diverses (psychodynamique, cognitive, systémique, psychoéducation) sur la reprise de poids. De plus, la prise en considération de la dynamique familiale dans le projet thérapeutique semble avoir un effet spécifique sur l'amélioration globale, non uniquement centrée sur la reprise de poids. Cependant, une revue systématique mentionne que dans les formes où il existe une discorde grave à l'intérieur de la famille, il peut être préférable de concevoir en parallèle une psychothérapie pour la patiente anorexique et un travail d'accompagnement, de soutien, d'information et d'aide aux parents. Selon les cas, l'affrontement direct entre la patiente et ses parents peut avoir une valeur de maturation, ou présenter un caractère destructeur. Le jugement clinique des thérapeutes au cas par cas semble indispensable. Une revue systématique indique qu'il n'y a pas d'avantages évidents liés à quelque orientation théorique ou au genre du thérapeute pour la thérapie familiale de la boulimie. Les meilleurs résultats semblent liés aux groupes plus durables, intensément programmés, avec l'addition de composants extérieurs (par exemple un travail individuel).

Concernant l'alcoolodépendance, les études (regroupées dans 2 méta-analyses et 2 revues systématiques) ont apporté la preuve de l'utilité d'inclure les membres de la famille dans les trois phases du traitement : initiation ; traitement primaire ; réhabilitation, postcure. Au fil du temps, les preuves se sont accumulées sur l'efficacité des thérapies comportementales de couple en termes d'abstinence, de résolution des problèmes liés à l'alcool, de qualité des relations, de diminution des séparations et des divorces, lorsque la comparaison est faite avec des traitements individuels. Certains projets, comme le projet CALM (*counselling for alcoholics marriages*) ont des effets notables sur la violence domestique et la réduction des hospitalisations et des emprisonnements. Il apparaît toujours souhaitable d'envisager de multiples modalités de traitement, ajustées à chaque situation particulière. L'approche individuelle de l'alcoolodépendant et du conjoint, l'approche conjugale et familiale, l'approche multiconjugale et multifamiliale, l'approche de renforcement communautaire peuvent être associées selon des déclinaisons qui tiennent compte de la personnalité des patients et de leur proches, de la situation familiale, de la forme de l'alcoolisation, de comorbidités éventuelles, des niveaux de motivation et d'engagement dans le projet thérapeutique. Bien

que les résultats soient incertains pour l'instant concernant l'efficacité de la démarche par ajustement, de nouvelles hypothèses méritent d'être formulées, de manière à préciser en quoi les variables concernant la sévérité des troubles psychiatriques, le niveau d'autonomie, le degré de soutien à l'abstinence, et le degré d'investissement dans les relations sociales peuvent orienter vers le type de thérapie le plus pertinent. Il serait intéressant, par exemple, de tester les effets d'interaction entre la théorie d'un traitement et les caractéristiques d'un patient.

Effets des thérapies familiales en fonction des troubles

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|--------------------------------|--|---|
| Schizophrénies | 4 méta-analyses, 6 études contrôlées | Intérêt significatif des thérapies familiales comportementales et cognitives et de la psycho-éducation familiale pour la diminution des rechutes et des ré-hospitalisations |
| Anorexie | 5 études contrôlées, 1 revue systématique | Intérêt significatif des thérapies familiales comportementales et cognitives, de la psycho-éducation familiale, et des thérapies écosystémiques pour les patientes présentant une anorexie mentale dont l'apparition est inférieure à 3 ans |
| Troubles de l'humeur | 5 études contrôlées | Intérêt significatif des thérapies de couple et familiales d'orientation comportementale et cognitive et écosystémique pour le trouble bipolaire et la dépression majeure |
| Alcoolodépendance | 2 méta-analyses, 2 revues systématiques | Intérêt significatif de l'inclusion des membres de la famille dans le traitement du sujet alcoolodépendant ; intérêt significatif des thérapies comportementales de couple |
| Autisme infantile | 7 études contrôlées | Intérêt significatif des programmes comportementaux et de psycho-éducation avec entraînement parental quant à l'amélioration du QI, des performances scolaires et des conduites sociales des enfants présentant un autisme précoce |
| Hyperactivité | 3 études contrôlées, 2 études prospectives contrôlées | Intérêt significatif de la formation comportementale des parents et d'un traitement combiné incluant médicaments et prise en charge intensive de l'enfant avec les parents et l'école |
| Troubles des conduites | 8 études contrôlées | Intérêt significatif de l'apprentissage parental et de l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes |
| Troubles anxieux chez l'enfant | 1 étude contrôlée | Intérêt significatif du « management » familial associé à la thérapie cognitive et comportementale dans la disparition des symptômes |

D'autres études concernent les pathologies infantiles comme les troubles anxieux, l'hyperactivité, les troubles des conduites, l'autisme. Une étude contrôlée montre l'efficacité du traitement familial comportemental et cognitif pour les troubles anxieux de l'enfant. La participation éclairée des parents comme co-thérapeutes apparaît comme une avancée notable dans les psychothérapies d'enfants présentant une anxiété de séparation, une hyper-anxiété ou une phobie sociale.

Le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité a reçu une grande attention en recherche thérapeutique, tant pharmacologique que psychothérapeutique. L'efficacité de la formation comportementale des parents, qui consiste à les entraîner à adopter, avec leur enfant hyperactif, un système de gestion des contingences de renforcement, a été démontrée, à maintes reprises en comparaison à des conditions de liste d'attente. L'entraînement aux habiletés sociales et à la résolution de problèmes s'est s'avéré efficace lorsqu'il est une partie intégrante de programmes de traitement multimodaux intensifs (5 études contrôlées). Un traitement combiné associant médicaments et prise en charge intensive incluant les parents, l'enfant et l'école s'avère significativement supérieur à la thérapie comportementale seule dans trois domaines : comportements opposants et agressifs cotés par les parents, symptômes internalisés, et performances en lecture. La présence d'un trouble anxieux comorbide (34 % des sujets) tend également à donner l'avantage au traitement combiné. Par ailleurs, le traitement combiné pourrait permettre de diminuer la dose de médicaments.

Les troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent posent des problèmes sérieux au niveau de la famille, de l'école et de la société dans son ensemble. Ils incluent une large gamme de comportements qui vont de simples conduites d'opposition ou de provocation à des agressions aussi graves que l'homicide. Des troubles mineurs chez le jeune enfant représentent souvent les prémices développementales d'agressions graves à l'adolescence ou à l'âge adulte, ce qui rend leur traitement à la fois désirable et justifié. Les traitements proposés peuvent être orientés vers les parents, le sujet lui-même, ou son environnement (par exemple scolaire) ; les approches sont souvent différentes selon qu'il s'agit d'enfants prépubères ou d'adolescents, plusieurs peuvent être associées. Le traitement par apprentissage parental (expliquer les principes de l'apprentissage social et de la modification du comportement, récompenser les conduites souhaitées et retirer l'attention parentale ou les privilèges en cas de conduites indésirables) est d'efficacité supérieure à celle du non traitement (liste d'attente), ou même de traitements alternatifs. De plus, ce type de traitement, destiné à réduire les comportements antisociaux chez le sujet initialement adressé pour soins, peut également diminuer le risque de survenue de comportements analogues dans la fratrie. Une autre modalité proposée pour le traitement des conduites perturbatrices de l'enfant et de l'adolescent est l'entraînement aux habiletés de résolution de problèmes. Il est fondé sur l'idée que les conduites antisociales sont, au moins en partie, liées à des processus cognitifs, tels la tendance à attribuer l'hostilité à autrui de manière inappropriée, et une faible capacité à comprendre les situations sociales et résoudre les problèmes interpersonnels. Le traitement combiné par l'apprentissage parental et l'entraînement à la résolution de problèmes semble apporter un avantage supplémentaire (8 études contrôlées).

Sept études contrôlées sont consacrées aux programmes éducatifs et comportementaux intensifs d'enfants autistes, relayés pour une bonne part par les parents. La première évaluation systématique d'un programme d'intervention précoce pour l'autisme date de 1987 (UCLA, *University of California*). Le traitement d'une durée de 2 ans et commençant à la maison, impliquait une intervention intensive d'au moins 40 heures par semaine, par un thérapeute en face à face avec l'enfant. L'efficacité de ce programme a eu une influence déterminante sur les travaux qui ont suivi.

Les thérapies pour l'autisme sont fondées en large partie sur le principe comportemental de conditionnement opérant (méthode Lovaas) ainsi que sur les approches psycho-éducatives et comportementales centrées sur l'acquisition des compétences cognitive et développementale (méthode TEACCH). Les deux approches sont utilisées dans une perspective de normalisation scolaire ou sociale.

Les études appliquant ces deux approches mettent en évidence des gains substantiels dans le développement cognitif (QI) et du langage des enfants souffrant d'autisme ou d'autres troubles envahissants du développement (TED). Un âge précoce pour le début du traitement semble être une condition nécessaire à l'efficacité de ces interventions.

Quel que soit le lieu où sont menés ces programmes (à la maison ou dans des centres spécialisés), une coopération étroite entre les parents et les professionnels sur une longue période est une condition de réussite. Les gains obtenus sont généralement maintenus après la fin du traitement. Selon l'une des études, 6 ans après la fin du traitement, 42 % des enfants ayant bénéficié d'un traitement comportemental intensif (méthode Lovaas) ne se distinguaient plus des autres enfants.

Néanmoins, malgré des interventions intensives, les auteurs constatent une absence de progrès chez certains enfants, tandis que ceux progressant le plus avaient les meilleures compétences cognitives au départ. Ainsi, les études consacrées à l'autisme infantile semblent confirmer le fait que l'autisme ne renvoie pas à un groupe de pathologies et/ou de handicaps homogène, et qu'il existe une grande diversité de réponse des enfants et des familles à des sollicitations thérapeutiques intensives.

On notera, en conclusion, que les formes actuelles de thérapies familiales partagent un certain nombre de points communs :

- une attitude modeste quant aux objectifs de changement dans les situations pathologiques lourdes et graves ;
- l'absence de mise en accusation de la famille, et le respect des personnes, de leurs modes de vie, de leurs croyances et de leurs systèmes de connaissance ;
- le partage des informations pertinentes entre les patients, les familles et les professionnels ;
- l'apaisement des situations anxiogènes ou stressantes ;

- l'accompagnement des patients et de leurs familles sur une durée suffisamment longue, si la nécessité l'impose ;
- l'acceptation d'une différenciation et d'une diversification des modalités d'intervention.

Niveaux de preuves de la thérapie familiale

Preuve d'efficacité : établie par une ou plusieurs méta-analyses ou des essais randomisés de forte puissance statistique et convergents

- Schizophrénie thérapie familiale par psycho-éducation pour la prévention des rechutes et des ré-hospitalisations
- Alcoolodépendance thérapie comportementale de couple
- Autisme (enfant) programme éducatif et comportemental intensif administré précocement
- Hyperactivité (enfant) traitement multimodal intensif incluant la formation comportementale des parents
- Troubles des conduites (enfant) traitement par apprentissage parental

Présomption d'efficacité : établie par des méta-analyses, études contrôlées randomisées, études de cohortes, revues ; certaines de ces études peuvent se contredire et demander confirmation

- Trouble bipolaire thérapie de couple et familiale par psycho-éducation
 - Anorexie mentale thérapie familiale toute orientation (cognitivo-comportementale, psycho-éducation, écosystémique)
-

Les schizophrénies et l'alcoolodépendance de l'adulte, les troubles des conduites et les toxicomanies de l'adolescent, l'hyperactivité et l'autisme de l'enfant bénéficient manifestement d'une combinaison de thérapies dans laquelle les thérapies familiales apparaissent importantes. Il serait souhaitable que soient envisagées des recherches permettant d'évaluer les nombreuses formes de thérapies familiales qui reposent sur les singularités personnelles et interactionnelles, et qui s'ajustent de manière à soulager la souffrance et à redonner des raisons de vivre, pour les patients présentant des menaces vitales majeures. Il est également important de souligner que le mouvement des thérapies familiales, au bout de cinquante ans d'existence, reste soumis à une évolution rapide des pratiques, s'ajustant sans cesse aux contraintes des singularités cliniques, en fonction de la grande diversité des méthodes et des techniques qui ont pu jusqu'ici être mises en œuvre et formalisées.

Quelles sont les données sur l'évaluation comparative des différentes thérapies ?

Ces dernières décennies, le domaine de la recherche consacrée à la comparaison des différentes formes de psychothérapie s'est considérablement développé et a abouti à de nombreuses recommandations thérapeutiques dans divers pays. Néanmoins, effectuer des comparaisons entre les différentes

approches est une démarche difficile dans le processus d'évaluation des psychothérapies.

Dans cette partie, seules sont analysées les études visant directement à modifier les critères diagnostiques d'un trouble, les symptômes ou divers aspects du fonctionnement du patient. Ces études incluent des méta-analyses et des études contrôlées randomisées ayant effectué des comparaisons directes entre deux types de thérapie, ainsi que celles qui ont comparé l'efficacité de différentes psychothérapies par rapport à un groupe contrôle au sein d'une même étude. Le groupe contrôle peut être constitué de personnes n'ayant suivi aucun traitement actif (groupe en liste d'attente, par exemple) ou de patients ayant reçu une forme de psychothérapie « standard » de soutien¹⁴. La comparaison à une thérapie de soutien permet d'identifier les effets spécifiques d'un traitement donné, au-delà des bénéfices attendus de contacts positifs et réguliers avec autrui.

Considérant d'abord les effets globaux, toutes pathologies confondues, des psychothérapies, 5 méta-analyses fondées sur presque 700 études effectuées depuis 60 ans ont été identifiées. Ces études, très diverses sur le plan méthodologique, portent pour la plupart sur des personnes atteintes de troubles anxieux et dépressifs. Leurs observations montrent que la psychothérapie (toutes formes analysées ensemble) est plus efficace que l'absence de traitement. Le résultat moyen pour les patients traités est de 70 à 80 % supérieur à celui pour les patients non traités. Dans les cinq méta-analyses, la différence est statistiquement significative. Cependant, les effets globalement positifs des psychothérapies ne signifient pas que toutes les formes de psychothérapie sont efficaces de la même façon, ni que les psychothérapies sont efficaces lorsqu'elles sont considérées au niveau individuel. Les méta-analyses indiquant des effets positifs en faveur de la psychothérapie montrent aussi que le plus souvent les résultats positifs sont associés à la thérapie cognitivo-comportementale, et répartis en deux catégories : ceux pour lesquels la TCC arrive en première position par rapport à un classement des tailles d'effet, et ceux, plus nombreux, obtenus par des comparaisons directes entre différentes formes de psychothérapie. En dehors de ces résultats, ces cinq méta-analyses ne permettent pas de classer en termes d'efficacité générale les autres psychothérapies.

S'il peut s'avérer utile de savoir si la psychothérapie est efficace en général, une bonne prise en charge des patients repose essentiellement sur l'évaluation de l'efficacité selon les formes spécifiques des troubles mentaux.

Pour divers syndromes anxieux analysés ensemble, une méta-analyse a montré que l'approche TCC est plus efficace que les thérapies « verbales »

14. Ces thérapies sont connues sous des noms divers (psychothérapie générale, thérapie de soutien, thérapie non directive...). Certaines approches humanistes, dont la thérapie rogerienne, sont également considérées comme des thérapies de soutien car elles considèrent l'empathie et le soutien des thérapeutes comme des mécanismes fondamentaux de changement.

(approches psychodynamiques et gestalt¹⁵ confondues) et que la thérapie de soutien. Une étude contrôlée randomisée a comparé l'approche psychodynamique à une thérapie de soutien, sur un échantillon de patients atteints de troubles anxieux variés (et certains de dépression) ; aucune différence significative d'efficacité n'a été observée.

Dans le trouble anxieux généralisé (TAG), une méta-analyse indique que la TCC est plus efficace que la thérapie psychodynamique, à la fin du traitement et après 6 mois de suivi (aucune étude de thérapie familiale n'est incluse dans la méta-analyse). Parmi les sept études randomisées contrôlées trouvées pour le TAG, trois ont comparé la TCC à la thérapie psychodynamique et ont conclu à l'efficacité supérieure de la TCC. Sur les quatre études ayant comparé TCC et thérapie de soutien, trois se sont prononcées en faveur de la TCC, et une n'a observé aucune différence.

Dans d'autres études ayant comparé thérapie de soutien et TCC, cette dernière a été jugée supérieure pour le traitement de la phobie sociale (3 études), du trouble panique (3 études) et de l'état de stress post-traumatique (2 études). Pour ces troubles, la littérature ne fait pas état d'études ayant comparé les approches psychodynamiques ou familiales à une thérapie de soutien, et aucune étude randomisée contrôlée n'a été recensée pour les phobies spécifiques. Chez des patients en état de stress post-traumatique, une étude contrôlée randomisée comparant thérapie psychodynamique et TCC ne montre pas de différence significative entre ces deux thérapies dont les résultats sont supérieurs à ceux obtenus chez les sujets non traités.

L'ensemble des études ayant effectué un suivi des patients montre que les gains thérapeutiques, quelles que soient les thérapies, sont en général stables dans le temps pour la majorité des personnes traitées pour troubles anxieux. La même observation peut être constatée pour l'ensemble des troubles examinés par cette expertise. De plus, les études ne rapportent de substitution de symptômes pour aucune des thérapies étudiées (y compris les TCC), dans les mois ou années constituant la période de suivi consécutive au traitement.

La dépression est un syndrome hétérogène impliquant des facteurs étiologiques divers et peut être prise en charge par des options thérapeutiques variées. Neuf méta-analyses ou revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie, chez l'adulte ou la personne âgée. Dans quatre de ces études, la TCC a été comparée à plusieurs autres formes de thérapie analysées dans une seule catégorie représentant « d'autres thérapies » : thérapies interpersonnelles, thérapie psychodynamique et thérapie de soutien.

15. Une thérapie phénoménologique-existentielle de F. Perls (1940) fondée sur la prise de conscience de ses actes, émotions et croyances, ainsi que l'acceptation et l'estime de soi-même.

Toutes ont conclu à une plus grande efficacité de la TCC en fin du traitement. De plus, une méta-analyse a rapporté la supériorité de la TCC après un suivi de un à douze mois sans diminution de la taille des effets observés initialement. Deux méta-analyses comparant psychothérapie psychodynamique et TCC ont obtenu des résultats divergents. L'une, comparant directement psychothérapie psychodynamique brève et TCC, n'a trouvé aucune différence significative, l'efficacité de la TCC mais pas celle de la thérapie psychodynamique était statistiquement différente du non-traitement. Dans l'autre méta-analyse, il n'y avait pas non plus de différence significative entre la thérapie psychodynamique et la TCC, et les deux traitements étaient plus efficaces qu'une thérapie de soutien.

Deux revues systématiques ont comparé différentes formes de psychothérapie pour les troubles dépressifs. Dans la première, 9 études comparant l'approche psychodynamique et la TCC ont été examinées : 5 ont obtenu des résultats équivalents pour les deux approches et 4 ont trouvé que la TCC était supérieure ; dans les autres comparaisons, la TCC était équivalente à la thérapie interpersonnelle dans une étude, et équivalente à une thérapie de soutien dans quatre autres ; la seule étude à avoir comparé thérapie psychodynamique et thérapie de soutien n'a trouvé aucune différence. Dans la deuxième revue systématique concernant la dépression chez la personne âgée, 3 études ont comparé thérapie psychodynamique et TCC. Aucune différence n'a été observée entre les deux thérapies en fin de traitement, mais deux des trois études ont trouvé une plus grande amélioration et une meilleure maintenance des gains au suivi chez les patients traités par TCC.

Quinze études contrôlées randomisées récentes ont procédé à une comparaison directe de l'approche psychodynamique et de la TCC dans le traitement de la dépression, la plupart avec un suivi des patients qui varie entre 3 et 18 mois après la fin du traitement. Il s'agit dans presque tous les cas de formes brèves de psychothérapies (entre 8 et 20 séances). La majorité des études ont trouvé que la thérapie psychodynamique et la TCC étaient associées à l'amélioration de la dépression. Onze études ont montré la supériorité de l'efficacité de la TCC soit à la fin du traitement, soit au suivi ; aucune étude n'a observé la supériorité de l'efficacité de la thérapie psychodynamique. On peut remarquer que les études qui concluent à la supériorité de la TCC seulement au suivi, ou avec une amplitude des résultats plus prononcée au suivi qu'à la fin du traitement, suggèrent un effet « d'incubation » indiquant que les bénéfices de la TCC ne sont pas limités à la période de traitement actif.

Chez les patients déprimés, 2 études sur 4 montrent une supériorité de l'efficacité de la TCC par rapport à une thérapie de soutien, tandis que deux ne trouvent pas de différence. La seule étude à avoir comparé la thérapie psychodynamique à une thérapie de soutien ne trouve aucune différence. Dans le programme collaboratif pour le traitement de la dépression du *National Institute of Mental Health* (NIMH) aux États-Unis, deux études montrent que la

thérapie interpersonnelle et la TCC sont efficaces pour la prise en charge de la dépression, mais sans différence significative entre ces deux approches.

Résultats des évaluations comparatives des différentes approches (TP, TCC, TF)

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|------------------------------------|--|---|
| Troubles anxieux | | |
| Trouble anxieux généralisé | TP/TCC : 1 méta-analyse, 3 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| | TCC/TS : 1 méta-analyse, 4 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| Trouble panique | TCC/TS : 3 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| Phobie sociale | TCC/TS : 3 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| Stress post-traumatique | TP/TCC : 1 étude contrôlée | Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies |
| | TCC/TS : 2 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| Troubles de l'humeur | | |
| Dépression du sujet adulte ou âgé | TP/TCC : 2 méta-analyses, 2 revues, 15 études contrôlées | Résultats des méta-analyses divergents ; pas de différence observée (50 % des études) ou supériorité de la TCC (50 % des études) Résultats des études analysées dans les revues : TCC supérieure dans la majorité (73 %) des études contrôlées |
| | TCC/ «autres » : 4 méta-analyses | TCC supérieure aux « autres » thérapies |
| | TCC/TS : 1 méta-analyse ; 4 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC dans la méta-analyse et dans la moitié des études contrôlées |
| | TCC/TF : 2 études contrôlées | Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies |
| | TP/TS : 1 étude contrôlée | Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies |
| Dépression majeure de l'adolescent | TCC/TF : 2 études contrôlées | Résultats divergents |
| | TCC/TS : 3 études contrôlées | Meilleure efficacité de la TCC |
| | TF/TS : 2 études contrôlées | Résultats divergents |
| | TCC/IP : 1 étude contrôlée | Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies |
| Schizophrénie | | |
| Schizophrénie (période non aiguë) | TP/TCC/TF : 2 méta-analyses | Peu de différences d'efficacité entre TF (psycho-éducation) et TCC ; TCC et TF supérieures à TP |
| | TP/TCC : 1 étude contrôlée | Meilleure efficacité de la TCC |
| | TP/TS : 1 étude contrôlée | Thérapie psychodynamique plus bénéfique pour le fonctionnement du moi et la cognition, moins bénéfique pour les rechutes |
| | TF/TS : 1 étude contrôlée | Meilleure efficacité de la thérapie familiale sur l'amélioration des symptômes résiduels |
| Schizophrénie (période aiguë) | TCC/TSR : 1 étude contrôlée TCC/TS : 1 étude contrôlée TCC/TS psycho-éducation : 1 étude contrôlée | Meilleure efficacité de la TCC Meilleure efficacité de la TCC Différence non significative ; tendance à moins de rechutes avec la TCC |

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|---|---|--|
| Troubles du comportement alimentaire | | |
| Boulimie | TP/TCC/TF : 1 méta-analyse ; 1 étude contrôlée | Pas de différence significative entre les thérapies |
| | TP/TCC : 3 études contrôlées | Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents |
| | TP/TF/TS : 2 études contrôlées | Peu de différence entre ces thérapies |
| | TCC/MET : 2 études contrôlées | Pas de différence entre ces thérapies ou résultats divergents |
| | TCC/TS : 2 études contrôlées | Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents |
| Anorexie | TP/TCC : 2 études contrôlées | Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents |
| | TP/TF/TS : 1 étude contrôlée | Peu de différence entre ces thérapies ou résultats divergents mais meilleure efficacité de la thérapie familiale pour l'anorexie récente |

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TS : thérapie de soutien ; TI : thérapie interpersonnelle ; TF : thérapie familiale ; TSR : thérapie standard de récréation ; « autres » : TP, TS, TI analysées dans une seule catégorie ; MET : thérapie de motivation

La schizophrénie se caractérise par des symptômes psychotiques présents lors de la phase active (tels les hallucinations ou le délire) et, fréquemment, par des déficits persistants dans le domaine du fonctionnement social ou occupationnel en phase résiduelle. Pour ce trouble, les différentes formes de psychothérapie sont évaluées comme un complément aux traitements médicamenteux standard. Les deux méta-analyses comparatives sur le sujet ont examiné plus d'une centaine d'études comparant diverses formes de psychothérapie dans le traitement de la schizophrénie (symptômes en phase aiguë ou résiduelle, taux de rechutes). Elles ont toutes deux observé que les thérapies familiales (psycho-éducation) avaient les effets les plus importants en fin de traitement ; l'effet de la TCC était égal ou un peu inférieur à celui de l'approche familiale ; les traitements psychanalytiques ou psychodynamiques étaient les moins efficaces. Cependant, des comparaisons spécifiques entre thérapies (deux à deux) n'ont pas ou peu été effectuées. Six études randomisées contrôlées portant sur différentes psychothérapies dans la schizophrénie ont été examinées, quatre ont comparé la TCC à d'autres approches psychothérapeutiques avec une période de suivi de 9 à 24 mois. La TCC s'est montrée plus efficace qu'une thérapie psychodynamique (1 étude), une thérapie de récréation (1 étude) et une thérapie de soutien (2 études). Dans une étude ayant examiné l'efficacité de la thérapie psychodynamique par rapport à une thérapie dite « adaptation à la réalité/soutien », avec un suivi de 2 ans, les auteurs ont observé peu de différences d'efficacité. Enfin, une comparaison entre la thérapie « personnelle » (une approche de *coping* ou stratégie d'adaptation, centrée sur la réactivité au stress), la thérapie familiale et la thérapie de soutien, menée sur une période de 3 ans, n'a pas montré de supériorité globale de l'une des thérapies par rapport aux autres, mais des

gains différents étaient observés en fonction des conditions de vie du patient (selon qu'il vivait seul ou en famille).

Dans les troubles des comportements alimentaires, les travaux montrent que plusieurs formes de psychothérapie sont efficaces. La seule méta-analyse qui concerne la boulimie ne dégage aucune différence significative entre les diverses thérapies examinées (thérapie psychodynamique, TCC, thérapie familiale, soutien standard). Dans 9 études randomisées contrôlées sur la boulimie, conduites après 1992 (date de la méta-analyse citée ci-dessus), diverses formes de psychothérapie, (psychodynamique, TCC, thérapie familiale, thérapie interpersonnelle, thérapie de soutien) ont été comparées. Bien que des différences significatives aient été observées, les résultats des études sont disparates et ne permettent pas de tirer une conclusion générale quant à la supériorité d'une approche sur une autre. Pour le traitement de l'anorexie, la littérature est beaucoup plus restreinte (3 études contrôlées) et ne montre pas de différence significative d'efficacité entre les thérapies : psychodynamique, TCC, thérapie familiale, thérapie de soutien.

De même, pour d'autres troubles chez l'adulte, notamment la dépendance à l'alcool et les troubles de la personnalité, la littérature n'est pas suffisamment conséquente pour permettre une analyse comparative des différentes psychothérapies faisant l'objet de cette expertise.

Enfin, pour les troubles de l'enfant et de l'adolescent, les méta-analyses démontrent qu'à l'issue de la psychothérapie, un nombre significativement plus élevé d'enfants traités que de sujets contrôles non traités sont améliorés et que les tailles d'effet moyennes des psychothérapies sont comparables à celles rapportées chez l'adulte. De plus, les effets des psychothérapies sont en général supérieurs pour les traitements TCC comparés aux traitements non TCC (thérapie psychodynamique et thérapie de soutien), et légèrement plus grands pour les thérapies familiales ou de soutien en comparaison des traitements psychodynamiques. En ce qui concerne les données par trouble spécifique, les comparaisons entre approches sont relativement limitées en nombre, à l'exception de celles sur la dépression et les troubles anxieux. Pour ces syndromes, les études comparatives chez l'enfant et l'adolescent tendent à montrer des résultats similaires à ceux décrits chez l'adulte. À titre d'exemple, les quatre études récentes, de bonne qualité méthodologique, sur la dépression, avec un suivi jusqu'à 2 ans, observent le plus souvent une équivalence générale entre TCC et thérapie interpersonnelle et une efficacité supérieure de la TCC par rapport aux autres approches. La thérapie familiale est plus efficace que d'autres thérapies dans l'une des études, en particulier pour les problèmes familiaux et les relations parents-enfants ; aucune étude n'inclut des traitements psychodynamiques (psychanalytique). Au total, malgré certaines similarités avec les résultats observés chez l'adulte, le nombre plus restreint d'études chez l'enfant et l'adolescent et leurs faiblesses méthodologiques empêchent, à l'heure actuelle, de déterminer avec

la même précision les différences d'efficacité entre les diverses formes de psychothérapie.

Niveaux de preuve chez l'adulte démontrant une efficacité supérieure établie par des études comparatives entre les trois approches étudiées

| | Efficacité supérieure prouvée |
|----------------------------|--|
| Trouble anxieux généralisé | TCC <i>versus</i> thérapie psychodynamique |
| Dépression majeure | TCC <i>versus</i> thérapie psychodynamique |
| | Présomption d'efficacité supérieure |
| Schizophrénie | Thérapie familiale psycho-éducative <i>versus</i> thérapie psychodynamique TCC <i>versus</i> thérapie psychodynamique |

Niveaux de preuve chez l'adulte démontrant une efficacité supérieure d'une thérapie en comparaison avec une thérapie de soutien

| | Efficacité supérieure prouvée |
|----------------------------|--|
| Trouble anxieux généralisé | TCC |
| Trouble panique | TCC |
| Phobie sociale | TCC |
| Stress post-traumatique | TCC |
| Dépression majeure | TCC |
| | Présomption d'efficacité supérieure |
| Schizophrénie | Thérapie familiale psycho-éducative TCC |

Quels sont les éléments d'évaluation permettant d'apprécier quelle thérapie convient à quel trouble ?

Pour chacun des trois types d'approche retenus dans cette expertise – thérapie psychodynamique (psychanalytique), TCC et thérapie familiale –, un bilan des études portant sur l'évaluation de leur efficacité en comparaison à un groupe contrôle a été réalisé. De plus, les résultats des études comparant l'efficacité de ces thérapies ont été rapportés. L'ensemble de ces analyses permet dans une dernière étape de présenter pour chacun des troubles, les thérapies susceptibles d'apporter aux patients un bénéfice dans le cadre du soin.

Les données de la littérature concernant les sujets atteints de schizophrénie en phase aiguë ou hospitalisés ont établi l'efficacité des thérapies familiales associées aux antipsychotiques sur le taux de rechute à 2 ans (1 méta-analyse), une présomption d'efficacité à court terme des thérapies cognitives

associées aux antipsychotiques (1 méta-analyse), et l'inefficacité des thérapies psychodynamiques seules ou associées au traitement médicamenteux (1 méta-analyse de bonne qualité mais n'ayant pu utiliser que les données de 3 études anciennes, en l'absence d'autres données publiées exploitables).

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|---------------|-------------------------------------|---|
| Schizophrénie | 3 méta-analyses TCC | Efficacité modérée des TCC sur le taux de rechute à 2 ans chez les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés, en association aux antipsychotiques Efficacité des TCC chez les patients stabilisés suivis en ambulatoire, en association aux antipsychotiques |
| | 1 méta-analyse TCC et TF(PE) | Efficacité des thérapies familiales sur le taux de rechute à 2 ans chez les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés, en association aux antipsychotiques |
| | 1 méta-analyse PE | Efficacité de l'approche psycho-éducative (familiale ou centrée sur le patient) chez les patients stabilisés suivis en ambulatoire, en association aux antipsychotiques |
| | 3 méta-analyses TF (dont 2 avec PE) | Efficacité de l'approche psycho-éducative (familiale ou centrée sur le patient) chez les patients stabilisés suivis en ambulatoire, en association aux antipsychotiques |
| | 1 méta-analyse TP | Pas d'efficacité démontrée pour les TP sur l'évolution clinique des sujets schizophrènes |
| | 1 revue systématique TP | |

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TF : thérapie familiale ; PE : approche psycho-éducative ; TP : thérapie psychodynamique

Concernant les patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire, 3 méta-analyses établissent l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale, en association avec un traitement médicamenteux, sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions, avec un suivi moyen de 5 mois. L'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, a également fait la preuve de son efficacité sur le taux de rechute à 1 et 2 ans, lorsque l'approche est familiale (2 méta-analyses), et sur le taux de rechute à 18 mois lorsqu'elle est centrée sur le patient (1 méta-analyse). L'efficacité de l'approche psychodynamique (1 méta-analyse et 1 revue) n'a pas été établie, même lorsqu'elle est associée aux antipsychotiques, sur l'évolution clinique des sujets. Les comparaisons directes entre les diverses approches psychothérapeutiques, quant à elles, ont permis d'établir la supériorité en termes d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'approche psycho-éducative.

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, les données disponibles sur le trouble bipolaire ne concernent que l'approche psycho-éducative et montrent son efficacité, associée au traitement médicamenteux, sur le fonctionnement global et la compliance au traitement lorsque la psychothérapie est familiale (conjugale) (1 étude contrôlée) et sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle ne s'adresse qu'aux patients (1 étude contrôlée). Aucune comparaison entre les psychothérapies destinées au traitement du trouble bipolaire *a fortiori* n'a été réalisée.

Pour les troubles dépressifs chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, il a été établi que les thérapies cognitivo-comportementales ont un effet sur la symptomatologie dépressive (1 méta-analyse). La psycho-éducation familiale a un effet à court terme sur le fonctionnement global des patients (1 étude contrôlée) et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation des patients (1 étude contrôlée). Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est supérieur pour les TCC, et les études contrôlées comparant approches psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont fait la preuve de leur supériorité sur les traitements antidépresseurs en termes d'efficacité (2 méta-analyses). Les thérapies interpersonnelles ont une efficacité comparable à celle des thérapies cognitives (1 méta-analyse). Concernant les thérapies psychodynamiques, les données sont éparées. Elles n'ont pas, contrairement aux thérapies interpersonnelles, montré une efficacité comparable à celles des TCC (1 méta-analyse). Les thérapies de couple seraient également efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique (1 étude contrôlée).

C'est dans les troubles anxieux que les thérapies cognitivo-comportementales ont, de loin, été les plus étudiées. Leur efficacité est la mieux établie dans le trouble panique, qu'elles soient associées ou non aux antidépresseurs (2 méta-analyses), dans le trouble anxieux généralisé, associées ou non aux traitements médicamenteux (1 méta-analyse), dans l'état de stress post-traumatique (2 méta-analyses, dont 1 concernant l'EMDR), dans les troubles obsessionnels compulsifs (3 méta-analyses), dans les phobies sociales (3 méta-analyses) et dans diverses phobies spécifiques (6 études contrôlées).

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|--|---|--|
| Troubles de l'humeur | | |
| Trouble bipolaire | 2 études contrôlées PE (dont une en TF) | Efficacité de l'approche psycho-éducative familiale ou individuelle, en association au traitement médicamenteux |
| Troubles dépressifs chez des patients hospitalisés | 1 méta-analyse TCC | Efficacité des TCC sur les symptômes dépressifs |
| | 1 étude contrôlée PE(TF) | Efficacité de la psycho-éducation familiale à court terme sur le fonctionnement global, en association au traitement médicamenteux |
| | 1 étude contrôlée TP | Efficacité des TP sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation, en association au traitement médicamenteux |

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|---|--|--|
| Troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère | 2 méta-analyses TCC | Efficacité des TCC et des TI |
| | 1 méta-analyse TCC et TI | |
| | 1 méta-analyse TCC et TV | Efficacité des thérapies verbales, donc possiblement des TP |
| | 1 méta-analyse TCC et TP chez le sujet âgé | Efficacité des TCC chez le sujet âgé déprimé |
| Troubles dépressifs majeurs | 1 étude contrôlée TF (de couple) | Efficacité des TF (de couple) chez les sujets vivant avec un partenaire critique |

PE : approche psycho-éducative ; TF : thérapie familiale ; TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TI : thérapie interpersonnelle ; TV : thérapie verbale

Les thérapies psychodynamiques brèves employées en association au traitement antidépresseur sont efficaces, avec un moindre niveau de preuves que les TCC, dans la prévention des rechutes du trouble panique, à 9 mois de l'arrêt du traitement antidépresseur (1 étude contrôlée). Elles ont également une présomption d'efficacité dans l'état de stress post-traumatique (1 étude contrôlée). Elles n'ont pas à ce jour été étudiées dans d'autres troubles anxieux. Les comparaisons entre les différentes approches (incluant les méta-analyses comparatives) ont également montré que les TCC sont les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux.

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|--------------------------------|-------------------------|--|
| Troubles anxieux | | |
| Trouble panique | 1 méta-analyse TCC | Efficacité des TCC dans la prévention des rechutes |
| | 1 étude contrôlée TPB | Efficacité des TPB dans la prévention des rechutes |
| Trouble anxieux généralisé | 1 méta-analyse TCC | Efficacité des TCC |
| Stress post-traumatique | 2 méta-analyses TCC | Efficacité des TCC et des TP |
| | 1 étude contrôlée TP | |
| Trouble obsessionnel compulsif | 3 méta-analyses TCC | Efficacité des TCC |
| Phobie sociale | 3 méta-analyses TCC | Efficacité des TCC |
| Phobie spécifique | 6 études contrôlées TCC | Efficacité des TCC |

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TPB : thérapie psychodynamique brève ; TP : thérapie psychodynamique

Dans la boulimie, les thérapies cognitivo-comportementales, associées ou non à la pharmacothérapie, ont montré leur efficacité (6 méta-analyses), ainsi que les thérapies interpersonnelles (1 méta-analyse, 1 étude contrôlée).

Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, mais seulement chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi (3 études contrôlées, 1 revue systématique non méta-analytique). L'approche cognitivo-comportementale n'a pas

montré d'efficacité sur les symptômes (résultats disparates dans 1 revue systématique non méta-analytique et 2 études contrôlées), mais une présomption d'efficacité peut être évoquée pour la prévention des rechutes (1 étude contrôlée).

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|---|---|---|
| Trouble des comportements alimentaires | | |
| Boulimie | 6 méta-analyses TCC 1 méta-analyse TI 1 étude contrôlée TI 1 revue systématique PE | Efficacité bien établie des TCC et établie de la TI Efficacité possible de l'approche PE |
| Anorexie mentale | 5 études contrôlées TF 1 revue systématique TF(TCC) 1 revue systématique TCC | Efficacité établie des TF chez les patients jeunes Pas d'efficacité démontrée des TCC (sauf sous forme de TF) |

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TI : thérapie interpersonnelle ; TP : thérapie psychodynamique ; PE : approche psycho-éducative ; TF : thérapie familiale

Parmi les troubles de la personnalité, la personnalité borderline a été la plus étudiée et les thérapies psychodynamiques (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée), ont montré leur efficacité, de 18 mois à 4 ans de suivi, les thérapies cognitivo-comportementales (1 méta-analyse et 5 études contrôlées), ont également montré leur efficacité à 1 an de suivi.

Les thérapies psychodynamiques (psychanalytiques) et les thérapies cognitivo-comportementales apparaissent efficaces à 7 mois de suivi pour la personnalité antisociale, lorsque les sujets sont également déprimés (1 étude contrôlée), et à 6 mois de suivi dans certains troubles de la personnalité (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée).

Pour les troubles de la personnalité comme pour les troubles des comportements alimentaires, aucune étude contrôlée n'a établi à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre.

Dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales (2 méta-analyses, 1 revue systématique et 1 étude systématique) et des thérapies cognitivo-comportementales (1 méta-analyse et 1 étude contrôlée TCC) reste encore de l'ordre de la présomption scientifique. Les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent que les thérapies motivationnelles sont aussi efficaces que les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool (1 étude contrôlée).

| Pathologies | Études retenues | Principaux résultats |
|------------------------------------|--|--|
| Troubles de la personnalité | 1 méta-analyse TP et TCC 1 étude contrôlée TP et TCC 5 études contrôlées TCC 2 études contrôlées TP | Efficacité des TP et des TCC pour les troubles de la personnalité (surtout de type borderline et de type antisocial si dépression associée) |
| Alcoolodépendance | 2 méta-analyses et 1 revue systématique TF 1 méta-analyse et 1 étude contrôlée TCC 1 étude contrôlée (TM, TCC) | Efficacité des TF dans le maintien de l'abstinence Efficacité des TCC dans le maintien de l'abstinence Efficacité comparable des TM et des TCC |

TCC : thérapie cognitivo-comportementale ; TP : thérapie psychodynamique ; TF : thérapie familiale ; TM : thérapie motivationnelle ; GA : groupe d'aide

Enfin, dans les études analysées il n'a pas été mis en évidence de substitution ou de déplacement des symptômes à court ou long terme quels que soient la thérapie ou le trouble examinés par cette expertise.

Niveaux de preuve d'efficacité des trois approches psychothérapeutiques examinées chez l'adulte*

| | Efficacité établie (1) ou présomption d'efficacité (2) |
|---|--|
| Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments | Thérapie psycho-éducative familiale sur taux de rechute à 2 ans (1) Approche TCC (2) |
| Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments | Approche psycho-éducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d'habiletés sociales, gestion des émotions) (1) |
| Dépression hospitalisée sous antidépresseurs | Approche TCC (1) |
| Trouble bipolaire avec médicaments | Approche psycho-éducative familiale (conjugale) et approche TCC (2) |
| Dépression moyenne | Approche TCC (1) |
| Trouble panique | Approche TCC (1) Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2) |
| Stress post-traumatique | Approche TCC (dont EMDR) (1) Approche psychodynamique brève (2) |
| Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies) | Approche TCC (1) |
| Boulimie | Approche TCC (1) |
| Anorexie | Thérapies familiales chez les patients jeunes (2) ; approche TCC pour la prévention des rechutes (2) |
| Troubles de la personnalité | Approche psychodynamique (1) Approche TCC (1) |
| Alcoolodépendance | Thérapie familiale et approche TCC dans le maintien de l'abstinence (1) |

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale ; EMDR : *Eye movement desensitization and reprocessing*

*Pour les niveaux de preuve concernant les thérapies appliquées à l'enfant, voir les tableaux précédents

En conclusion, l'analyse de la littérature réalisée dans le cadre de cette expertise a permis d'établir un bilan des travaux qui se sont intéressés à l'évaluation de la thérapie psychodynamique (psychanalytique), de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie familiale et de couple, selon les critères scientifiques actuellement reconnus.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif d'aide à la décision en santé publique. Elle s'appuie sur les résultats des études contrôlées réalisées en population clinique et adaptées à cet objectif sans méconnaître les limites méthodologiques d'un tel exercice, abordées au début de l'expertise. L'amélioration des syndromes cliniques a été retenue comme critère principal pour évaluer l'efficacité des thérapies, d'autres critères comme l'amélioration du fonctionnement de la personne, de sa qualité de vie et de l'adaptation sociale ont également été pris en compte dans certaines des analyses. Le travail de synthèse réalisé par cette expertise permet d'apprécier l'efficacité de chacune des trois approches prise isolément en comparaison avec l'absence de traitement (placebo ou liste d'attente) et selon les troubles envisagés. En fonction des troubles, certaines approches semblent plus efficaces que d'autres (voir tableau ci-dessus).

Les conclusions qui découlent de l'analyse et de la synthèse des études d'évaluation répertoriées dans la littérature, constituent un éclairage utile aux professionnels et aux usagers. Si la relation singulière entre une personne en souffrance et un thérapeute reste un élément déterminant dans le choix et la conduite d'une thérapie, l'information des usagers et la formation des thérapeutes doivent se faire en relation avec les preuves scientifiques disponibles, elles sont deux points majeurs pour améliorer l'offre de soin et le travail en réseau des différents acteurs de santé.