

# Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie

**Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens**

D<sup>r</sup> Martin Drapeau, psychologue

**La recherche au service des cliniciens**

D<sup>r</sup> Louis G. Castonguay

**Comment améliorer son efficacité thérapeutique**

D<sup>r</sup> Conrad Lecomte, psychologue

**Suivi en temps réel et réponse à la psychothérapie**

D<sup>r</sup> Michael J. Lambert

**Le thérapeute « validé empiriquement »**

D<sup>r</sup> David R. Kraus



# RECHERCHE ET PRATIQUE, ÉVOLUER ENSEMBLE

L'Ordre est fier de vous présenter une nouvelle série de cahiers intitulés *Cahier recherche et pratique* dont le premier numéro traite de l'évaluation de l'efficacité de la psychothérapie. Les *Cahiers recherche et pratique* se veulent une passerelle entre la recherche en psychologie et les psychologues praticiens qui veulent connaître l'état des connaissances et s'en inspirer pour choisir et améliorer leurs interventions. Les *Cahiers recherche et pratique* tenteront de faire le point sur différents sujets au fil de nos collaborations avec des chercheurs préoccupés de partager leurs connaissances avec les praticiens. Nous ferons le tour des laboratoires pour récolter les résultats des recherches pertinentes sur des problématiques actuelles qui correspondent à l'exercice d'un grand nombre des membres de l'Ordre.

En plus de textes rédigés et vulgarisés par les chercheurs, nous vous transmettrons dans chaque numéro une bibliographie commentée vous invitant à découvrir l'intégrale des recherches présentées ainsi que d'autres avenues vous encourageant à porter votre propre regard et votre jugement professionnel sur ce qui se fait en ce moment dans votre créneau d'intervention.

Les *Cahiers* seront disponibles sur le site de l'Ordre, mais nous avons voulu vous les offrir en support papier afin qu'ils demeurent un outil de référence toujours disponible et facile à consulter au bureau ou ailleurs en tout temps. Nous souhaitons que notre enthousiasme face à cette nouvelle série de documents soit communicatif et qu'avec tous les lecteurs nous arrivions à créer un réseau de synergies qui nous entraînera vers de meilleures pratiques professionnelles.

Le *Cahier recherche et pratique* est publié par le Service des communications de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source à condition que ce soit à des fins non lucratives et que le nom de l'auteur de l'article soit mentionné.

#### Rédactrice en chef

Diane Côté

Courriel : [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca)

#### Comité scientifique

Rose-Marie Charest

Martin Drapeau

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 978-2-923164-48-9

ISSN 1923-0311

#### Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510

Mont-Royal Qc H3P 3H5

[www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

Vos commentaires et suggestions sur cette première édition du *Cahier recherche et pratique* seront les bienvenus. Nous désirons que la lecture du cahier suscite votre intérêt pour la recherche, que vous nous transmettiez vos questions et nous communiquiez les références des recherches que nous pourrions faire connaître à tous les psychologues.

Faites-nous parvenir un courriel à [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca)

# Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens

**Faisons le point.** Même si certains milieux ne semblent avoir découvert les données probantes que récemment, pour les psychologues, celles-ci sont bien loin d'être une nouveauté. Cela vaut entre autres en ce qui a trait aux traitements psychothérapeutiques. Les psychologues s'intéressent en effet à la psychothérapie depuis plus d'un demi-siècle. Leurs travaux ont porté sur son efficacité et son efficience à court, moyen et long termes, souvent en comparaison avec d'autres types d'intervention, sur les processus qui la sous-tendent et en expliquent les effets, sur les différents facteurs qui opèrent et influencent à la fois son initiation, son déroulement et son aboutissement, sur les effets qu'elle peut avoir sur différentes facettes du fonctionnement du patient et de son entourage, ainsi que sur ses coûts et les économies financières qu'elle engendre.

Ces décennies de recherche ont fait que la psychothérapie est aujourd'hui l'une des interventions les plus étudiées dans le domaine de la santé, une qualité qu'on ne peut prêter à de nombreux autres traitements pourtant offerts de façon routinière dans divers milieux. Les psychologues ont donc depuis longtemps démontré que la psychothérapie est une intervention dont les clients bénéficient véritablement. Cependant, cet intérêt scientifique pour la psychothérapie a aussi mené à une telle abondance de publications clinico-empiriques qu'il peut parfois être difficile de s'y retrouver. À ceci s'ajoutent d'autres difficultés, souvent sous-tendues par des différends théoriques et épistémologiques, comme l'absence de véritable consensus sur ce qui constitue une pratique fondée sur les données probantes. Ainsi, certains préconisent l'utilisation de « thérapies supportées empiriquement », d'autres misent plutôt sur les « relations supportées empiriquement » ou sur les « psychothérapeutes supportés empiriquement », alors que d'autres enfin préfèrent en référer à des « principes de changement étayés empiriquement ». En parallèle ou en arrière-fond à ceci s'ajoute le débat entre les facteurs dits spécifiques, comme la technique, et les facteurs dits communs, comme l'alliance thérapeutique, débat qui demeure essentiellement empirique puisque dans la clinique, les deux ensembles de facteurs ne vont pas l'un sans l'autre. Tous ont en partie raison.

Chose certaine, au delà de ces enjeux et de ces différends, nous savons qu'aucun traitement, et aucun professionnel, quels qu'ils soient, ne sont efficaces avec tous les clients. La question de savoir quel traitement, offert par qui et dans quelles circonstances, est le plus efficace pour un patient en particulier aux prises avec une problématique particulière demeure donc pertinente, même si la recherche nous offre déjà plusieurs indications dont nous devons tenir compte. Concrètement, pour le professionnel, cette constante interrogation se traduit par une imputabilité quant au traitement offert à chaque patient en fonction de sa demande et de ses besoins, laquelle imputabilité comprend entre autres une nécessité de bien évaluer le patient et de prendre en considération, grâce à une véritable et méthodique démarche d'évaluation et de réflexion clinique, un ensemble de données anamnestiques et scientifiques<sup>1</sup>. Cela se traduit de plus par une obligation de bien informer le client quant aux différentes options de traitement disponibles en fonction de sa situation et de sa demande particulières et va ainsi au delà du simple fait de choisir un traitement reconnu pour un trouble particulier. Cette obligation implique de documenter en continu les effets de notre intervention avec chacun de nos clients, possiblement à l'aide de méthodes ou d'outils qui nous invitent non seulement à rester sensibles et à réfléchir au processus thérapeutique et à l'ajuster au besoin, mais qui de plus nous permettent d'identifier nos forces et nos faiblesses, voire même de prédire certaines complications liées au traitement.

C'est dans cette perspective que l'Ordre des psychologues du Québec a produit le présent document, lequel fait lui-même suite à un congrès tenu à l'Université McGill les 23 et 24 octobre derniers. Ce congrès, soutenu financièrement par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a été le fruit d'une collaboration entre des représentants du *McGill Psychotherapy Process Research Group*, de l'Ordre des psychologues du Québec, de l'Université de Montréal, de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), de l'Université de Sherbrooke, du chapitre nord-américain de la Society for Psychotherapy Research et de diverses cliniques offrant des services de psychothérapie. Ce document collige ainsi

<sup>1</sup> Voir la politique de l'Ordre sur la pratique fondée sur les données probantes dans notre site Web, dans la section réservée aux membres : [www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2008\\_09\\_01\\_Politique\\_donnees\\_probantes\\_traduction\\_APA.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2008_09_01_Politique_donnees_probantes_traduction_APA.pdf)

**Les psychologues ont généré les données probantes en matière de psychothérapie. Il nous appartient, à nous psychologues, et non à d'autres qui ne sauraient pleinement apprécier les fondements scientifiques de notre profession ou qui trop souvent confondent efficacité avec pertinence ou utilité clinique, de les interpréter et de leur donner tout leur sens**

une série de courts articles écrits par certains des psychologues qui ont présenté leurs travaux et leur réflexions dans le cadre de ce congrès.

Il importe maintenant que tous prennent position sur ces importantes questions de l'efficacité des traitements psychothérapeutiques et des données probantes, d'autant qu'encore aujourd'hui, certains peuvent être tentés de croire que leur travail, et leur imputabilité, se limitent à choisir un traitement reconnu efficace pour un trouble donné, alors que d'autres interprètent la présumée équivalence des modalités de traitement comme leur donnant carte blanche pour ne pas rendre compte de leur travail, y compris pour ne pas adéquatement informer le patient des options disponibles en fonction de sa demande. C'est pourquoi l'Ordre souhaite faciliter le transfert des connaissances entre les cliniciens et les chercheurs, un transfert bidirectionnel pour être plus précis, permettant aux cliniciens d'avoir accès, voire même de contribuer à la recherche, et aux chercheurs de se pencher sur des problématiques qui préoccupent les cliniciens.

Les psychologues ont généré les données probantes en matière de psychothérapie. Il nous appartient, à nous psychologues, et non à d'autres qui ne sauraient pleinement apprécier les fondements scientifiques de notre profession ou qui trop souvent confondent efficacité avec pertinence ou utilité clinique, de les interpréter et de leur donner tout leur sens. Il s'agit là d'une réelle mission, celle d'une véritable réflexion sur notre praxis au Québec, à laquelle je vous convie tous. C'est une mission à laquelle nous devons adhérer pour le bien de ceux à qui nous offrons nos services. Il en va de la crédibilité de notre profession.



**D<sup>r</sup> Martin Drapeau, psychologue**  
Vice-président de  
l'Ordre des psychologues du Québec  
Professeur de psychologie du counseling et de psychiatrie  
Directeur du groupe de recherche sur les processus  
psychothérapeutiques de l'Université McGill

# La recherche au service des cliniciens



Dr Louis G. Castonguay  
Pennsylvania State University

## La Société pour la Recherche en Psychothérapie

La Société pour la Recherche en Psychothérapie (*Society for Psychotherapy Research - SPR*) réunit des chercheurs, cliniciens et étudiants de diverses approches théoriques et de différents milieux professionnels qui sont dévoués à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine de la psychothérapie. Les recherches menées par les membres de la SPR s'appuient sur un large éventail de méthodes de recherche et couvrent différentes approches de traitement, diverses clientèles cibles et plusieurs problèmes psychologiques.

L'objectif principal de la SPR vise à favoriser le développement et la diffusion d'études scientifiquement rigoureuses et cliniquement pertinentes portant sur les interventions thérapeutiques, les processus de changement en psychothérapie et les caractéristiques propres aux patients et cliniciens pouvant influencer les résultats des interventions psychothérapeutiques.

Pour en savoir davantage, visitez [www.psychotherapyresearch.org](http://www.psychotherapyresearch.org) ou écrivez directement à Louis Castonguay, Président de la SPR, à [lgc3@psu.edu](mailto:lgc3@psu.edu).

La recherche peut se révéler très utile aux cliniciens. Par exemple, elle nous a démontré l'efficacité de la psychothérapie, à nous comme à nos clients et aux tiers payeurs. Depuis plus de 50 ans, la recherche sur l'issue thérapeutique démontre que plusieurs types de psychothérapie apportent des bienfaits notables à la majorité des clients (Lambert et Olges, 2004). Cependant, la recherche ne s'avère pas toujours instructive, en particulier lorsque certains chercheurs et érudits s'en servent pour justifier leur prise de position en cas de controverse, tout en ignorant (ou en rejetant injustement) les autres points de vue alimentant le débat. L'une des questions les plus controversées de la psychothérapie, qui a engendré de nombreux débats dans plusieurs tours de Babel du milieu universitaire, concerne le fonctionnement de la psychothérapie.

Dans une importante mesure, les tentatives visant à répondre à cette question ont donné lieu à deux points de vue opposés : celui qui attribue le changement en grande partie à des traitements spécifiques et celui qui l'attribue principalement aux variables dites communes (ou non spécifiques). En effet, les bienfaits de la psychothérapie ont souvent été attribués soit aux techniques prescrites par des approches particulières (par exemple, la désensibilisation systématique) soit aux facteurs relationnels dont l'influence est présumée semblable dans tous les types de psychothérapie (Castonguay, 1993). Plus récemment, les particularités des participants ont sérieusement été envisagées à titre de candidat légitime dans ce que nous pourrions appeler une course à trois chevaux qui vise à désigner le déterminant du changement le plus important. Par exemple, alors que Bohart a défini la capacité d'autogénération du client comme « le "moteur" qui fait fonctionner la thérapie » (Bohart et Tallman, 1999, p. 91), Wampold (2006) a fait valoir que le psychothérapeute « est une importante, voire la plus importante, source de variabilité de l'issue thérapeutique » (p. 201). Que cette mentalité de course, de comparaison et de rivalité ait été explicitement adoptée ou uniquement sous-entendue, la catégorisation des variables thérapeutiques sous-tendant de telles pensées ne parvient pas à rendre compte de la complexité des facteurs associés au changement thérapeutique. En fait, il existe suffisamment de supports empiriques pour conclure que chacun de ces trois ensembles de facteurs contribue à l'efficacité de la thérapie.

Afin de définir et de mettre en pratique nos connaissances sur les nombreuses variables contribuant au changement dans le cadre d'une psychothérapie, la Division 12 et la *North American Society for Psychotherapy Research* (NASPR) ont endossé un groupe de travail sur les principes du changement supportés

empiriquement. Le groupe de travail mis sur pied pour relever ce défi a simultanément revu (et, par le fait même, réuni ses découvertes dans un même ouvrage) la contribution des trois ensembles de variables (soit les particularités des participants, les variables relationnelles et les facteurs techniques) dont non seulement le lien avec l'issue thérapeutique a été démontré, mais qui opèrent fort probablement en interaction constante dans la pratique clinique. Le groupe de travail avait également deux autres objectifs. Plutôt que d'analyser sans distinction le support empirique pour tous les types de troubles, il a choisi d'évaluer le rôle des variables thérapeutiques pour quatre types de problèmes cliniques fréquemment traités par les cliniciens : les troubles dysphoriques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'abus de substances. En outre, le groupe de travail visait à traduire les résultats de la recherche en principes du changement qui pourraient servir de lignes directrices utiles aux cliniciens, sans que celles-ci soient énoncées dans un jargon particulier ni présentées sous forme de modèles théoriques. En somme, il a été mis sur pied pour apaiser une controverse jugée vaine et pour rendre la recherche davantage utile pour les cliniciens.

Ce groupe de travail était composé de chercheurs respectés en psychothérapie à qui l'on a demandé de travailler en équipes de deux (à l'exception d'une équipe, qui comprenait trois membres) et d'effectuer une revue du support empirique à l'égard d'un type de facteurs thérapeutiques pour un ensemble de troubles donnés. On s'est également efforcé de former des équipes composées de chercheurs reconnus pour leurs orientations théoriques différentes (par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale et

la psychodynamique; ou le behaviorisme radical et l'expérientiel) pour que la littérature soit couverte dans son ensemble<sup>1</sup>.

Les constatations faites par le groupe de travail ont récemment été décrites dans un ouvrage publié par *Oxford University Press* (Castonguay et Beutler, 2006). Reproduisant la structure du groupe de travail, l'ouvrage comporte quatre sections principales, dont une pour chacun des ensembles de troubles étudiés. En plus de comprendre un chapitre sur chacun des trois types précis de variables thérapeutiques ciblées, chaque section renferme un chapitre sur la mise en pratique, sous forme de lignes directrices cliniques cohésives et complètes, des principes du changement qui tiennent compte des particularités du participant, des facteurs relationnels et des procédures techniques. En vue de permettre l'intégration à la pratique de la volumineuse littérature empirique étudiée, la conclusion répertorie les principes du changement qui sont communs au traitement d'au moins deux des troubles cliniques couverts par le groupe de travail, ainsi que les principes qui semblent uniques au traitement de l'un de ces troubles. Dans

ce dernier chapitre sont ainsi définis 61 « principes éclairés par la recherche » (26 communs et 35 uniques) qui peuvent aider les cliniciens de diverses orientations théoriques à planifier et à prodiguer des soins conformes aux résultats de la recherche contemporaine.

Dans la mesure où il peut être difficile de prendre en considération l'ensemble des conclusions produites par la recherche au fil des années, de tels efforts de synthèse a-théorique et avec une orientation nettement clinique peuvent permettre au clinicien de proposer et de développer un plan initial de traitement qui serait approprié.

<sup>1</sup> **Troubles dysphoriques** : Facteurs relatifs aux participants : Larry E. Beutler et Sidney J. Blatt; Facteurs relationnels : Louis G. Castonguay et Enrico E. Jones; Facteurs thérapeutiques : William C. Follette et Leslie S. Greenberg; **Troubles anxieux** : Facteurs relatifs aux participants : Michelle G. Newman et Paul Crits-Christoph; Facteurs relationnels : William B. Stiles et Barry E. Wolfe; Facteurs thérapeutiques : Sheila R. Woody et Thomas H. Ollendick; **Troubles de la personnalité** : Facteurs relatifs aux participants : Héctor Fernández-Alvarez, John F. Clarkin et Kenneth L. Critchfield; Facteurs relationnels : Lorna Smith Benjamin et Jacques P. Barber; Facteurs thérapeutiques : Marsha M. Linehan et Gerald C. Davison; **Troubles liés à une substance** : Facteurs relatifs aux participants : David A. F. Haag et Sharon M. Hall; Facteurs relationnels : Jay Lebow et Rudolf Moos; **Facteurs thérapeutiques** : Barbara S. McCrady et Peter E. Nathan.

## RÉFÉRENCES

- Bohart, A., Tallman, K. (1999). *How client make therapy work: The process of active self-healing*. Washington, DC : American Psychological Association.
- Castonguay, L.G. (1993). "Common factors" and "non-specific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (2006) (éd.), *Principles of therapeutic change that work*. New York : Oxford University Press.
- Lambert, M.J., Olges, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (éd.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York : John Wiley and Sons, 139-193.
- Wampold, B. E. (2006). The psychotherapist. In Norcross, J.C., Beutler, L. E., Levant, R. F. (éd.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC : American Psychological Association, 200-208.

# Comment améliorer son efficacité thérapeutique?



Dr Conrad Lecomte  
Université de Montréal  
Université du Québec à Montréal

À une époque où les psychothérapeutes sont de plus en plus invités à non seulement démontrer leur efficacité mais plus encore leur rentabilité, la problématique de l'efficacité thérapeutique prend une importance accrue. Dans cette culture d'efficacité, d'efficience et de rentabilité, des psychothérapeutes, des gestionnaires et souvent des patients se posent plusieurs questions. Quel traitement est le plus efficace et le moins coûteux pour traiter tel problème?

Face à cette situation, l'Ordre des psychologues du Québec, à l'instar des associations américaine et canadienne de psychologie, préconise une pratique fondée sur l'intégration des résultats de recherche les plus probants et de l'expertise clinique du clinicien en tenant compte des caractéristiques et des préférences du client (Lambert et Ogles, 2004). Ceci soulève d'autres questions, à savoir, entre autres, sur quelles données scientifiques fiables le clinicien peut s'appuyer, dans quelle mesure les traitements supportés empiriquement sont généralisables et pertinents pour la pratique clinique, comment utiliser de façon judicieuse et responsable les résultats de recherche pour guider la prise de décision clinique pour le bien-être du patient ou encore, plus généralement, comment intégrer véritablement les données scientifiques à l'expertise clinique de l'intervenant. Quand les résultats de recherche influencent la pratique, la formation et les décisions administratives, il devient impérieux d'examiner attentivement ce que les recherches permettent vraiment de conclure (Norcross, Beutler et Levant, 2006).

## QUELQUES QUESTIONS QUI INVITENT À LA RÉFLEXION

*Si j'utilise les traitements supportés empiriquement et approuvés par exemple par l'American Psychological Association (Division 12), suis-je assuré d'avoir des résultats positifs ou d'améliorer mon efficacité?*

À la suite du débat entourant les données probantes, certains ont conclu qu'une pratique axée sur les traitements supportés empiriquement était une assurance d'efficacité (Nathan et Gorman, 2007). Les résultats des recherches apportent cependant des nuances importantes à cette affirmation. Globalement, quel que soit le traitement offert, il est important de souligner que 30 à 40 % des patients abandonnent en cours de traitement ou ne rapportent pas de changements significatifs, et que de 5 à 15 % d'entre eux vivent des expériences de détérioration (Lambert et Ogles, 2004). La psychothérapie est remarquablement efficace, mais encore faut-il que les patients complètent le traitement.

*À quoi peut-on attribuer l'efficacité thérapeutique? S'agit-il d'un traitement validé ou d'un psychothérapeute validé?*

L'étude de l'efficacité et du changement thérapeutiques nous invite à reconnaître que l'impact des techniques et des interventions est intimement lié aux caractéristiques du psychothérapeute, du patient et de leur relation thérapeutique. Depuis près de 30 ans, les recherches soulignent cependant un résultat trop souvent ignoré, soit que la variabilité des résultats obtenus avec des patients est davantage liée à la variabilité entre les psychothérapeutes qu'aux techniques et traitements utilisés (Lecomte et coll., 2004; Wampold, 2001). Dans une série de recherches portant autant sur des essais cliniques randomisés que des études sur le terrain de la pratique, Wampold a démontré que le facteur le plus explicatif de la variabilité des résultats obtenus est sans contredit le thérapeute, et ce au-delà notamment du diagnostic du client et du type de traitement offert (Wampold et Brown, 2005).

Environ 30 % des thérapeutes obtiennent en effet des résultats supérieurs à leurs confrères, et cela indépendamment des approches qu'ils utilisent. Après plus de 10 ans de travaux de recherche, Lambert (2007) a clairement établi la grande variabilité d'efficacité des thérapeutes. Des thérapeutes obtiennent des effets de détérioration de l'ordre de 19 % avec 160 patients alors que d'autres obtiennent un taux d'à peine 1% de détérioration avec plus de 300 patients. Quand on compare les thérapeutes, on constate que des patients s'améliorent jusqu'à 50 % de plus et que le taux d'abandon est de 50 % moins élevé avec certains thérapeutes.

Ainsi, malgré tous les efforts pour annuler la variabilité attribuable à l'influence du psychothérapeute en utilisant des manuels systématiques de formation et d'intervention, ce facteur semble influencer de façon significative les résultats obtenus : le psychothérapeute contribue largement à expliquer la variabilité des résultats obtenus dans toute démarche thérapeutique, quelle qu'en soit l'approche (Lecomte et coll., 2004).

### **Quel est le secret des psychothérapeutes efficaces?**

L'analyse de l'ensemble de la littérature suggère qu'un psychothérapeute efficace offre des interventions optimales facilitant le changement thérapeutique quand il est en contact réflexif avec son expérience émotionnelle, sensible au contexte interactif et attentif à l'expérience subjective du patient. Un intervenant efficace, tout en maîtrisant des théories, des techniques et des traitements, sait les utiliser sans rigidité et est toujours prêt à les adapter afin de favoriser la rencontre et le processus de changement thérapeutique (Castonguay et Beutler, 2006; Skovholt et Jennings, 2004).

L'analyse de la littérature suggère par ailleurs que quatre facteurs fondamentaux semblent caractériser ces psychothérapeutes efficaces (Lecomte et coll., 2004; Skovholt et Jennings, 2004). On observe ainsi chez ces cliniciens :

- une interaction complexe de l'application compétente d'un traitement tout en régulant de façon optimale la relation thérapeutique;
- une régulation des fluctuations et des ruptures relationnelles et la restauration de l'alliance thérapeutique;

- un accompagnement et la gestion ou le traitement des tensions découlant d'une résistance et d'une ouverture au changement chez le patient;
- un développement d'une conscience réflexive de soi et de l'autre en interaction.

Comment alors peut-on améliorer son efficacité thérapeutique? Comment aussi peut-on aider le thérapeute à être sensible à l'expérience du patient, à leur expérience interactive et à leur impact réciproque? Comment enfin peut-on être sensible aux quatre facteurs explicatifs de l'efficacité du thérapeute? Plusieurs voies sont possibles.

Ce qui semble essentiel de reconnaître dans un premier temps, c'est que le thérapeute doit arriver à évaluer de façon pertinente et concrète l'évolution des progrès du patient. Le fait d'offrir au thérapeute une diversité d'instruments les plus pertinents selon son approche et selon les problèmes ou le format de la thérapie est certes une option qui peut permettre au thérapeute non seulement d'évaluer les progrès du patient, mais aussi de développer une pratique réflexive. Plusieurs questionnaires sont disponibles pour évaluer les progrès du patient, les interventions du thérapeute, la conscience réflexive du thérapeute et l'alliance thérapeutique, permettant ainsi de bien décoder l'expérience du patient et d'éviter l'abandon de la thérapie et la détérioration de la santé mentale dans certaines situations cliniques courantes. On peut aussi utiliser le feedback obtenu par de brefs questionnaires remplis par le patient à chaque séance, tel que proposé par Lambert (2007), Miller et coll. (2006).

Ainsi, Lambert (2007<sup>1</sup>), à partir d'un bref questionnaire d'impact comportant 45 items (*Outcome Questionnaire - 45*), invite les patients à

### **L'impact des techniques et des interventions est intimement lié aux caractéristiques du psychothérapeute, du patient et de leur relation thérapeutique**

évaluer chaque séance de thérapie. L'instrument est simple, bref, sensible au changement et compatible avec la plupart des approches. Il mesure des symptômes de psychopathologie et de difficultés interpersonnelles, ainsi que le fonctionnement social et le bien-être général. Dans cinq essais cliniques menés auprès de plus de 4 000 patients, les résultats indiquent que les thérapeutes qui reçoivent un bref feedback sur une base hebdomadaire améliorent de façon significative leur efficacité thérapeutique et réduisent le taux de détérioration de leur patient. Entre autres, le taux des patients améliorés double lorsque le psychothérapeute reçoit du feedback accompagné de recommandations.

Dans le même sens, Miller et ses confrères (2006), s'inspirant des travaux de Lambert, ont développé une mesure d'impact encore plus rapide, y ajoutant une brève mesure d'alliance. Leurs résultats confirment essentiellement les travaux de Lambert. Il est intéressant de constater que le simple fait de prendre connaissance de la façon dont le patient perçoit l'évolution de son progrès en thérapie et de la relation thérapeutique avec son thérapeute à la suite d'une

1 Voir aussi l'article de Lambert dans ce même numéro



mesure très succincte composée de quatre items pour l'impact et de quatre autres pour l'alliance thérapeutique, semble suffisant pour faire une différence significative dans l'amélioration de l'efficacité thérapeutique et de la diminution du taux de détérioration.

Ces résultats semblent suggérer que les thérapeutes qui ont les meilleurs résultats thérapeutiques sont ceux qui, d'une part, sont attentifs et sensibles au feedback du patient et à leur impact et, d'autre part, qui sont flexibles pour ajuster leurs interventions aux besoins du patient. Le plus troublant, c'est sans doute de constater qu'une très grande majorité des thérapeutes n'y parviennent pas seuls. Un feedback externe est nécessaire.

Enfin, au delà de situations cliniques courantes, lorsqu'il s'agit d'enjeux plus complexes touchant par exemple des tensions relationnelles d'hostilité,

de retrait ou encore des situations ou moments exigeant de tolérer et d'accompagner des expériences émotionnelles intenses, il semble souvent nécessaire, voire essentiel, d'avoir un lieu et un temps de réflexion avec un superviseur (Lecomte, 2009). Il est à peu près impossible d'apprendre seul des habiletés complexes d'intervention relationnelle réactivant souvent chez le thérapeute des enjeux de sa propre histoire relationnelle. Dans ces situations et moments difficiles, le thérapeute recherche un espace de réflexion pour partager et dévoiler en sécurité tout ce qui se passe avec un client et pour comprendre et mentaliser sa propre régulation de ses états internes, la régulation interactive entre lui et le client ainsi que la nature et l'impact de ses interventions. Il recherche aussi cet espace pour arriver à partager ses réactions durant l'interaction avec le superviseur, pour finalement arriver à préciser des pistes spécifiques pertinentes

et intervenir avec compétence et efficacité. En ce sens, la supervision devient essentielle à une pratique compétente et efficace (Lecomte et Savard, 2004).

Au-delà et en deçà de la maîtrise de compétences théoriques et techniques, il s'agit de mettre le psychothérapeute en capacité d'intégrer les savoirs théoriques et techniques et le savoir-être dans l'interaction spécifique avec le client. Ce travail de réflexion en supervision est d'autant plus important qu'une majorité des thérapeutes se perçoivent supérieurs à la moyenne en termes d'efficacité, alors que les résultats des recherches suggèrent un tableau plus nuancé et plus modeste qui invite à la réflexion (Lambert, 2007).

## RÉFÉRENCES

- Castonguay, L.-G. et Beutler, L. E. (2006). *Empirically supported principles of therapeutic change: Integrating common and specific therapeutic factors across major psychological disorders*. New York : Oxford University Press.
- Lambert, M. J. et Ogles (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. Lambert (Ed.), *The Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change*. (5<sup>th</sup> ed.), 139-193.
- Lambert, M.J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy research*: 17 (1), 1-14.
- Lecomte, C. et Savard, R. (2004). La supervision clinique: Un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle. In T. Lecomte et C. Leclerc (Eds.), *Manuel d'intervention psychiatrique: Interventions de pointe*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 25 (3), 73-102.
- Lecomte, C. (2009). La supervision clinique : une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite. In Leclerc C. et Labrosse C. *Trouble de personnalité limite : points de vue de différents acteurs*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. et Chalk, M. (2006). Using formal client feedback to improve outcome and retention: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy*, 5, 5-22.
- Nathan, P. E. et Gorman, J. M. (2007). *A guide to treatments that work*, 3<sup>rd</sup> ed. New York : Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Beutler, L.E. et Levant, R.F. (2006). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington : APA.
- Skovholt, T. M. et Jennings, L. (2004). *Master therapists: Exploring expertise in therapy and counselling*. New York : Allyn & Bacon.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, New Jersey : Erlbaum.
- Wampold, B.E. et Brown, G.S. (2005). Estimating therapist variability: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

LE SUIVI EN TEMPS RÉEL  
DE LA RÉPONSE  
À LA PSYCHOTHÉRAPIE :

# Une pratique fondée sur les données probantes



D<sup>r</sup>Michael J. Lambert  
Brigham Young University

Il a été prouvé que la psychothérapie – d’orientations et de formats divers – est efficace pour traiter une vaste gamme de troubles de santé mentale. L’étendue et la valeur de cette découverte ont été éprouvées par des décennies de recherche et des milliers de personnes traitées, de même que dans des centaines de contextes et de nombreuses cultures. Les psychothérapeutes devraient être encouragés par le volume et l’ampleur des résultats empiriques démontrant clairement que les thérapies qu’ils prodiguent atténuent les symptômes, résolvent les problèmes interpersonnels, rétablissent le rendement au travail et améliorent la qualité de vie de la plupart des personnes ayant suivi un traitement (Lambert et Ogles, 2004). Quoi qu’il en soit, il a également été établi hors de tout doute que chez une minorité de patients, la psychothérapie se révèle parfois néfaste ou n’occasionne aucun progrès notable. La proportion de patients dont l’état s’aggrave au cours de la thérapie a été estimée à 5 à 10 % chez les adultes, ces pourcentages étant deux fois plus élevés chez les enfants (Lambert et Ogles, 2004). Même dans les essais cliniques visant à démontrer la valeur d’une thérapie donnée pour un trouble particulier, une minorité notable de patients n’en retirent aucun bienfait (environ 40 %; Hansen, Lambert et Forman, 2002).

Ce problème est accentué par l’incapacité des cliniciens à repérer et à prédire les changements négatifs (Hannan et coll., 2005). La tendance actuelle, qui consiste à prioriser l’étude et l’analyse de thérapies efficaces pour des troubles bien précis, accroît la probabilité qu’un traitement « supporté empiriquement » ou « fondé sur les données probantes » soit offert au patient. Malheureusement, offrir la thérapie recommandée contre un trouble donné n’est pas une garantie contre la détérioration de l’état du patient. Dit simplement, un patient n’a que faire d’une psychothérapie supportée empiriquement... si elle ne fonctionne pas dans son cas. Une pratique alternative fondée sur des preuves probantes permet de suivre de façon formelle la réponse du patient à son traitement, ce qui place le thérapeute en position de mieux réagir si celui-ci n’en tire aucun bienfait. Ce suivi peut être effectué à l’aide d’une simple autoévaluation, à l’aide par exemple de l’*Outcome Questionnaire* (OQ-45) – une évaluation en 45 points conçue précisément pour surveiller et analyser l’état symptomatique du client, l’ampleur de ses problèmes interpersonnels, sa capacité à remplir ses divers rôles et son bien-être. L’OQ-45 est une méthode d’évaluation largement reconnue qui a été validée partout dans le monde et auprès d’une gamme étendue de populations normales et de patients, y compris de divers groupes ethniques (Lambert et coll., 2004).

La réponse à la thérapie de milliers de patients a été suivie, séance après séance, à l'aide de cette méthode d'évaluation, ce qui a permis de prédire avec justesse l'échec thérapeutique chez des patients donnés avant même qu'ils prennent une distance vis-à-vis de leur thérapie. Pour prévenir l'échec thérapeutique, nous avons ensuite entrepris des essais contrôlés en vue d'évaluer l'incidence de cette rétroaction lorsqu'elle est intégrée à la pratique clinique. Rien ne sert d'être en mesure de prédire un événement ou de décrire avec justesse une aggravation future de la situation à moins que cette information puisse contribuer à en modifier le cours. Au cours de six études de grande envergure aujourd'hui publiées, des psychothérapeutes ont reçu, avant chacune de leurs séances de thérapie, une rétroaction sur la moitié de leurs cas en cours, sous forme de graphiques des progrès ou de mises en garde. Les résultats concernant ces patients ont été comparés à ceux de l'autre moitié des cas suivis par les thérapeutes. En plus de permettre une rétroaction sur les progrès accomplis et la prédiction des échecs thérapeutiques, nous avons créé un outil de soutien clinique et étudié ses effets auprès des thérapeutes qui en ont fait usage. Cet outil vise à aider les thérapeutes à résoudre les

problèmes liés à un potentiel échec thérapeutique (environ 20 % des cas ont été désignés comme n'étant pas sur la bonne voie).

En recevant une rétroaction plutôt qu'en prodiguant simplement le traitement habituel (sans rétroaction formelle), les thérapeutes ont obtenu des résultats significativement supérieurs dans chacune des études, avec une taille d'effet d'environ 0,40. Ces résultats se sont traduits par une amélioration cliniquement significative en termes de prévention de la détérioration de la santé mentale et de guérison. À leur grande surprise, les cliniciens ayant participé à nos études ont été en mesure de prévenir une détérioration dans deux tiers des cas environ. Étant donné le grand volume des échantillons de patients et des études mentionnées dans le présent résumé, les résultats actuellement obtenus semblent convaincants. La rétroaction donnée aux thérapeutes au sujet de leurs clients qui ne répondent pas positivement au traitement a une incidence positive notable sur le bien-être des patients. Nous croyons que l'une des raisons fondamentales de ceci est que les thérapeutes ne peuvent pas obtenir de façon intuitive l'information factuelle transmise grâce à la rétroaction. Cette supposition s'appuie sur le fait que

**Offrir la thérapie recommandée contre un trouble donné n'est pas une garantie contre la détérioration de l'état du patient. Dit simplement, un patient n'a que faire d'une psychothérapie supportée empiriquement... si elle ne fonctionne pas dans son cas**

la rétroaction ne semble pas permettre aux cliniciens d'apprendre à prédire l'échec thérapeutique. La mesure des signes vitaux de la santé mentale s'apparente en quelque sorte à celle de la tension artérielle – la santé mentale ne peut être véritablement définie à moins d'être évaluée. Fait important, une fois sensibilisés à la présence d'un problème, les cliniciens ont été en mesure d'accomplir des progrès pour ce qui est de prévenir les issues thérapeutiques négatives en se fondant sur leur propre capacité à résoudre des problèmes (Lambert, 2010).

## RÉFÉRENCES

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. et coll. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-63.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., Forman, E. V. (2002). The psychotherapy dose-effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC : APA Press.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., Shimokawa, K., Christopherson, C., Burlingame, G. M. (2004). *Administration and Scoring Manual for the Outcome Questionnaire -45*. Orem, UT : American Professional Credentialing Services ([www.oqfamily.com](http://www.oqfamily.com)).
- Lambert, M. J., Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed.). New York : Wiley, 139-193

# Le thérapeute « validé empiriquement » : les cliniciens ont tous leurs forces et leurs faiblesses



Dr David R. Kraus  
Behavioral Health Labs<sup>1</sup>

**Chaque thérapeute semble posséder une gamme de compétences qui lui est propre et, s'il pratique à l'intérieur du cadre de ses compétences, ses patients en retirent généralement des bienfaits. En outre, tout thérapeute peut améliorer considérablement ses résultats en cernant les types de patients avec qui il travaille bien**

Il existe toujours un besoin pour des traitements éprouvés dans le domaine de la santé, un besoin qui n'a pas encore été comblé à ce jour. Malgré l'incidence élevée des troubles de santé comportementale (près de 30 % de la population a reçu un diagnostic de trouble psychiatrique ou de trouble lié à l'usage d'une substance [US Surgeon General, 1999]) et l'existence de thérapies éprouvées qui peuvent les dissiper ou les atténuer efficacement (Kessler et coll., 2003; Mintz et coll., 1992; Wampold, 2001), la plupart des patients ne bénéficient d'aucun soin ou reçoivent des soins inadéquats (Hepner et coll., 2007; US Surgeon General, 1999). Tandis que les chercheurs poursuivent leurs travaux, s'efforçant de découvrir les déterminants et l'efficacité relative des quelque 150 thérapies supportées empiriquement employées pour traiter 51 des 397 troubles décrits dans le DSM-IV (Castonguay et Beutler, 2006), le marché pourrait être mieux servi s'il existait des données sur les « thérapeutes supportés empiriquement ».

Depuis les années 1970, nous savons que les compétences des thérapeutes et les résultats qu'ils obtiennent diffèrent considérablement (Ricks, 1974; Barber et coll., 1996). Luborsky et coll. (1997) et Lambert (Okiishi, Lambert, Nielsen et Ogles, 2003) ont tous deux découvert que certains thérapeutes obtiennent des résultats négatifs et que seuls quelques thérapeutes obtiennent des résultats exceptionnellement positifs auprès de leurs patients, même dans le cadre d'essais cliniques randomisés, donc lorsqu'il y a assignation aléatoire des cas à des cliniciens expérimentés et triés sur le volet. Cette variabilité entre les thérapeutes – même chez ceux prodiguant des thérapies guidées par un manuel de traitement au cours d'essais comparatifs sur l'efficacité – pourrait expliquer une part non négligeable de la variance dans les traitements en santé comportementale (Blatt et coll., 1996; Crits-Christoph et coll., 1991; Crits-Christoph et Mintz, 1991; Huppert et coll., 2001; Kim et coll., 2006; Luborsky et coll., 1986).

Barber a démontré que les patients sont en grande partie responsables de la variance dans leur thérapie et des défis que celle-ci pose (Barber, 2009; Barber et Gallop, 2009), du moins parmi les patients toxicomanes. Cependant, Hayes laisse entendre que la façon dont les thérapeutes réagissent à ces défis est déterminante pour l'amélioration de l'état de leurs clients (Gelso et Hayes, 2007; Hayes, 2004). Le choix du bon thérapeute semble si important qu'un psychiatre compétent administrant un placebo peut obtenir des résultats supérieurs à ceux d'un médecin médiocre utilisant un agent psychoactif efficace (McKay et coll., 2006); de toute évidence, il ne suffit pas de rédiger une simple ordonnance. Tel que l'ont également démontré Wampold et ses collègues, le fait de contrôler « l'effet thérapeute » annule les effets inter-thérapies

<sup>1</sup> Les auteurs du présent article sont David R. Kraus, Ph. D., Behavioral Health Labs, Louis G. Castonguay, Ph. D., Pennsylvania State University, Jeffrey A. Hayes, Ph.D., Pennsylvania State University, et Jacques P. Barber, Ph. D., University of Pennsylvania.

significatifs (par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale par rapport à la pharmacologie) rapportés dans certaines études (Kim et coll., 2006). De plus, ces importantes découvertes ne se limitent pas aux études sur l'efficacité; des résultats semblables ont aussi été observés dans des études sur l'efficacité menées dans la pratique courante sur le terrain (Lutz et coll., 2007; Okiishi et coll., 2006; Wampold et Brown, 2005). En outre, de telles découvertes ne se limitent pas non plus au traitement des patients externes (Dinger et coll., 2008).

### Choisir le thérapeute en fonction du problème

Notre équipe a mené des études ayant révélé qu'en employant des mesures pluri-dimensionnelles de l'issue thérapeutique (par exemple, la trousse d'évaluation de l'issue thérapeutique de Kraus, Seligman et Jordan, 2005 : *Treatment Outcome Package* – TOP), la plupart des thérapeutes peuvent se révéler compétents pour traiter

de nombreux troubles. Dans le cadre d'une étude menée auprès de 6 960 patients suivis par 696 thérapeutes (Kraus, Castonguay, Nordberg et coll., 2009), nous avons défini un thérapeute efficace comme étant un thérapeute dont l'état du patient moyen s'améliore de façon sûre (c'est-à-dire que le degré d'amélioration de l'état du patient surpasse l'indice de changement fiable [Jacobson et Truax, 1991] de l'échelle). Nous avons démontré que le thérapeute moyen maîtrise efficacement cinq domaines tels que répertoriés dans le TOP; que 96 % des thérapeutes sont efficaces auprès d'au moins un groupe de patients; et qu'aucun thérapeute n'est efficace pour traiter tous les troubles. Par ailleurs, tel que présenté dans le **TABLEAU 1**, plusieurs thérapeutes pratiquent en dehors de leur champ de compétences, l'état de leur patient moyen s'étant aggravé de façon certaine au terme de la thérapie.

Par exemple, lorsqu'il s'agissait de traiter les désirs d'homicide et la

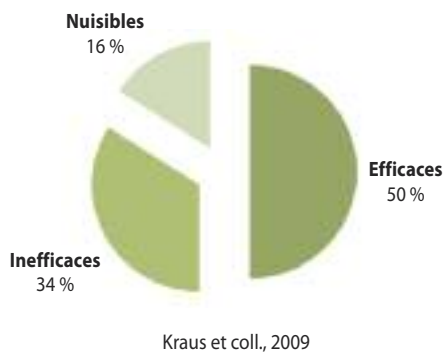
violence, l'état du patient moyen de seulement 38 % des thérapeutes s'était indiscutablement amélioré, tandis que 16 % des thérapeutes avaient des patients encore plus violents au terme de la thérapie qu'ils ne l'étaient au départ. Quarante-six pour cent (46 %) des thérapeutes ont facturé de précieux dollars de soins de santé sans avoir procuré de bienfaits évidents aux patients ou à la société. La **FIGURE 1** présente des données semblables sur l'abus de substances psychoactives. En éliminant ces habitudes de pratique nuisibles et en orientant les patients vers des thérapeutes efficaces, nous estimons que la taille de l'effet (*effect size*) de l'efficacité des traitements pourrait être accrue de 54 à 448 %, dépendamment du type de trouble. Il faut se rendre compte que le nombre d'issues thérapeutiques problématiques est supérieur dans les domaines nécessitant généralement une formation ciblée et une expérience spécialisée (par exemple le traitement de la violence, de l'abus de substances psychoactives et du dysfonctionnement sexuel).

Au cours d'une autre étude (Kraus, Castonguay, Boswell et coll., 2009), nous avons analysé la variation de l'efficacité du thérapeute selon qu'il traitait une dépression sans complication ou une dépression accompagnée d'un abus de substances psychoactives comorbide, tout en comparant de multiples méthodes de classement. L'étude a été menée auprès de 891 patients suivis par 45 thérapeutes participants (chacun d'entre eux traitant au moins quatre patients pour chacun des troubles). Les analyses ont comparé trois approches statistiques visant à évaluer l'efficacité et le classement du thérapeute, tel qu'observé dans la littérature (Luborsky et coll., 1997; Wampold et Brown, 2005; Okiishi et coll., 2003). Nous avons découvert une bonne convergence entre les

**TABLEAU 1** Thérapeutes efficaces et nuisibles selon les domaines du TOP

CATÉGORIES DU TOP	% de thérapeutes efficaces	% de thérapeutes inefficaces	% de thérapeutes nuisibles	Taille de l'effet (ensemble des thérapeutes)	Taille de l'effet (thérapeutes efficaces)	% d'augmentation de la taille de l'effet obtenu en analysant uniquement les thérapeutes efficaces
Fonctionnement sexuel	29 %	59 %	12 %	0,27	1,48	448 %
Fonctionnement professionnel	35 %	58 %	7 %	0,44	1,52	245 %
Violence	38 %	46 %	16 %	0,31	1,02	229 %
Fonctionnement social	45 %	41 %	14 %	0,48	1,46	204 %
Panique/anxiété	43 %	47 %	10 %	0,42	1,17	179 %
Abus de substances psychoactives	50 %	34 %	16 %	0,47	1,14	143 %
Psychose	46 %	45 %	9 %	0,43	1,00	133 %
Qualité de vie	47 %	48 %	5 %	0,68	1,51	122 %
Sommeil	54 %	37 %	9 %	0,57	1,20	111 %
Tendances suicidaires	58 %	35 %	7 %	0,64	1,30	103 %
Dépression	67 %	30 %	3 %	0,91	1,41	54 %
Manie	0,7 %	99 %	0,3 %	Peu de données	Peu de données	Données non disponibles

**FIGURE 1 Efficacité des thérapeutes – traitement de l’abus de substances psychoactives**



diverses méthodes de classement. Par ailleurs, les aptitudes du thérapeute à traiter la dépression sans complication n'étaient liées que dans une faible proportion à sa capacité à traiter la dépression accompagnée d'un abus de substances psychoactives comorbide, environ 2 % de la variance s'étant expliquée lorsque l'efficacité était prédite chez un groupe à l'aide de l'information recueillie auprès de l'autre groupe. Par conséquent, il existe certaines preuves selon lesquelles le traitement de l'abus de substances psychoactives, accompagné ou non d'une dépression, devrait être réservé aux experts. Cette conclusion concorde avec les découvertes effectuées dans l'étude collaborative du *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) sur la cocaïne (Crits-Christoph et coll., 1999), qui a révélé que les thérapeutes spécialisés en intervention pour l'abus de substances psychoactives obtiennent de meilleures

issues thérapeutiques que les thérapeutes cognitifs ou dynamiques.

### Implications en termes de politiques publiques

La quête de thérapies supportées empiriquement – qui a duré 30 ans – a donné des résultats contradictoires. Bien que certaines thérapies se soient révélées plus efficaces contre des troubles donnés, certaines découvertes sont remises en question par des techniques statistiques qui ne traitent pas l'influence du thérapeute comme un facteur de distorsion aléatoire, mais qui prennent plutôt au sérieux les aptitudes uniques de chacun des thérapeutes (Wampold, 2001). Par ailleurs, le regain que connaît la recherche sur l'efficacité des thérapeutes produit des résultats prometteurs.

La situation actuelle comporte de bons et de mauvais côtés, ces derniers nous apparaissant évidents. Les ressources en soins de santé sont insuffisantes et l'utilisation que l'on fait de la moitié de ces ressources n'apporte que peu de bienfaits aux patients, leur nuisant même à l'occasion. Il apparaît évident que nous faisons face à une crise de santé publique. D'un autre côté, les données semblent indiquer qu'il existe une solution facile à mettre en pratique. Chaque thérapeute semble posséder une gamme de compétences qui lui est propre et, s'il pratique à l'intérieur du cadre de ses compétences, ses patients en retirent généralement des bienfaits. En outre, tout

thérapeute peut améliorer considérablement ses résultats en cernant les types de patients avec qui il travaille bien, en se fondant sur les données relatives aux résultats qu'il a obtenus et en orientant vers un autre thérapeute les types de patients avec lesquels il éprouve de la difficulté.

Pour que les avantages l'emportent sur les inconvénients, plusieurs choses doivent changer. Premièrement, le thérapeute devrait idéalement compiler les résultats qu'il a obtenus auprès de tous ses patients; cette mesure devrait faire partie des soins de routine. Les raisons justifiant cette mesure sont nombreuses, y compris des données probantes qui semblent indiquer que les patients tirent des bienfaits de ce processus (Lambert, 2007). Deuxièmement, les thérapeutes devraient avoir accès à des données transparentes sur les clients qui sont dirigés vers eux ou vers un service particulier. De telles données sur les patients devraient être précises (c'est-à-dire individualisées en fonction de leurs préoccupations et besoins personnels) et positives (c'est-à-dire que le nom d'un thérapeute ne devrait jamais figurer sur une liste de professionnels « à éviter »). À cette fin, notre équipe met actuellement sur pied un système d'orientation et d'évaluation personnalisées (*Individualized Assessment and Referral*<sup>sm</sup> [IRA]) qui aidera les cliniciens à déterminer leurs forces, orientera vers eux les cas qu'ils sont les plus susceptibles de régler et permettra à ceux souhaitant multiplier leurs chances de succès futur d'accéder à des ressources de formation continue personnalisées. Nous croyons qu'un tel système augmentera la satisfaction des thérapeutes et des patients, et, du même coup, améliorera considérablement les issues thérapeutiques tout en réduisant les coûts des soins de santé dans leur ensemble.

**Le thérapeute devrait idéalement compiler les résultats qu'il a obtenus auprès de tous ses patients; cette mesure devrait faire partie des soins de routine**

## RÉFÉRENCES

- Barber, J. P. (2009). Towards a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 1-12.
- Barber, J. P., Gallop, R. (2009). Disentangling the contributions of the therapists and the patients in complex therapeutic processes predictive of outcome. *Soumis pour publication*.
- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 619-622.
- Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D. C., Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.
- Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (éd.) (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. New York : Oxford University Press.
- Crits-Christoph, P., Mintz, J. (1991). Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 20-26.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Carroll, K., Luborsky, L., McLellan, T. et coll. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. et coll. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence: Results of the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers, F., Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 344-354.
- Gelso, C. J., Hayes, J. A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14, 21-36.
- Hepner, K., Rowe, M., Rost, K., Hickey, S., Sherbourne, C., Ford, D. et coll. (2007). The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Annals of Internal Medicine*, 147 (5), 320-329.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcomes in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- Jacobson, N. S., Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O. R., Koretz, D., Merikangas, K., Rush, A. et coll. (2003). The epidemiology of Major Depressive Disorder: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Kim, D., Wampold, B. E., Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research*, 16 (2), 161-172.
- Kraus, D. R., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., Hayes, J. A., Wampold, B. E. (2009). Identifying effective therapists with the Treatment Outcome Package: The need for a multi-dimensional approach. *Manuscrit non publié*.
- Kraus, D. R., Castonguay, L. G., Nordberg, S. S., Boswell, J. F., Hayes, J. A. (2009). Therapist competencies and their implications for patient care. *Soumis pour publication*.
- Kraus, D. R., Seligman, D., Jordan, J. R. (2005). Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The Treatment Outcome Package. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (3), 285-314.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research aiming at improving psychotherapy outcome in routine clinical care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., McLellan, A. T., Woody, G., Piper, W., Liberman, B. et coll. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 56 (4), 501-512.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-65.
- Lutz, W., Leon, S. C., Zoran, M., Lyons, J. S., Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- McKay, K., Imel, Z., Wampold, B. (2006). Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92 (2), 287-290.
- Mintz, J., Mintz, L., Cerruda, M. et Hwang, S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49, 761-768.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157-1172.
- Okiishi, J.C., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In Ricks, D. F., Roff, M. F. et Thomas A. (éd.), *Life History Research in Psychopathology* (vol. 3, 275-297). Minneapolis, MN : University of Minneapolis.
- US Surgeon General. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services. Rockville, MD : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute on Mental Health.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Wampold, B. E., Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 914-923.

## SITES WEB ET RESSOURCES SUGGÉRÉES en lien avec la pratique fondée sur les données probantes et les guides de pratique dans le domaine de la santé mentale

### **Politique de l'Ordre des psychologues du Québec concernant la pratique axée sur les données probantes**

[www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2008\\_09\\_01\\_Politique\\_donnees\\_probantes\\_traduction\\_APA.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2008_09_01_Politique_donnees_probantes_traduction_APA.pdf)

Rappelons que l'Ordre publie des **lignes directrices** et **cadres de pratiques** qui peuvent être téléchargés dans la section réservée aux membres.

### **Rapport du groupe de travail présidentiel sur la pratique fondée sur les données probantes**

[www.apa.org/practice/resources/evidence/ebpreport.pdf](http://www.apa.org/practice/resources/evidence/ebpreport.pdf)

Ce texte donne un excellent aperçu de l'histoire des données probantes et des enjeux qu'elles créent.

### **Guides de pratique de l'American Psychological Association**

[www.apa.org/practice/guidelines/index.aspx](http://www.apa.org/practice/guidelines/index.aspx)

Ces guides portent notamment sur le travail auprès des enfants, des personnes âgées, des gays et lesbiennes. Compte tenu du grand nombre de guides de pratique produits par divers regroupements de professionnels et de la qualité variable de ces guides, l'APA produit des lignes directrices qui permettent d'évaluer la qualité d'un guide avant d'en faire usage. Celles-ci sont disponibles à l'adresse web mentionnée précédemment.

### **Liste des traitements supportés empiriquement de la Division 12 de l'American Psychological Association pour différents troubles**

[www.psychology.sunysb.edu/eklonsky/-/division12/](http://www.psychology.sunysb.edu/eklonsky/-/division12/)

La Division 12 (Psychologie clinique) tient une liste des traitements supportés empiriquement pour différents troubles, laquelle est mise à jour de façon régulière.

### **Les données probantes selon l'American Psychological Association:**

#### **Division 29 sur la psychothérapie**

[www.divisionofpsychotherapy.org](http://www.divisionofpsychotherapy.org)

#### **Division 42 sur les psychologues en exercice indépendant**

[www.42online.org](http://www.42online.org)

### **Réseau de collaboration entre cliniciens et chercheurs**

D<sup>re</sup> Marilyn Fitzpatrick, psychologue, compte mettre en place un réseau québécois de collaboration entre les chercheurs et cliniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale, plus précisément en ce qui a trait à la psychothérapie. L'objectif de ce réseau est d'établir une véritable collaboration entre psychologues chercheurs et psychologues cliniciens, permettant entre autres aux cliniciens de contribuer à chaque étape des projets de recherche et aux chercheurs de mieux se familiariser avec les véritables enjeux sur le terrain et de s'intéresser à des problématiques qui ont une véritable incidence clinique. La D<sup>re</sup> Fitzpatrick invite tous les psychologues cliniciens à remplir un bref questionnaire qui permettra de mieux cerner leurs besoins et leur intérêt à participer à un tel réseau. Le questionnaire est accessible sur le site suivant : [www.mpprg.mcgill.ca](http://www.mpprg.mcgill.ca), sous l'onglet « Surveys/ Sondages ».

Vous pouvez aussi contacter la D<sup>re</sup> Fitzpatrick directement, à son adresse courriel : [marilyn.fitzpatrick@mcgill.ca](mailto:marilyn.fitzpatrick@mcgill.ca)

### **Division 17 sur la psychologie du counselling**

[www.div17.org](http://www.div17.org)

### **Division 39 sur la psychanalyse**

[www.division39.org/index.php](http://www.division39.org/index.php)

Sur ce dernier site est disponible un récent article de Jonathan Shedler sur l'efficacité des thérapies psychodynamiques.

### **La documentation des autres divisions est accessible via le site de l'APA sous l'onglet « Divisions »**

[www.apa.org](http://www.apa.org)

### **Lignes directrices de la Société Canadienne de Psychologie, notamment en ce qui a trait à la psychologie scolaire et au travail auprès des enfants ou des femmes**

[www.cpa.ca](http://www.cpa.ca)

### **EBMsources, un répertoire de sites Web offrant de l'information clinique fondée sur les données probantes, y compris en matière de santé mentale**

[www.ebmsources.fmed.ulaval.ca](http://www.ebmsources.fmed.ulaval.ca)

### **The Cochrane Library : des résumés de revues systématiques pour divers troubles, y compris dans le domaine de la santé mentale**

[www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME)

[www.cochrane.org/reviews](http://www.cochrane.org/reviews)

### **Revue systématique et guides de pratiques de la National Institute for Clinical Excellence**

[www.nice.org.uk/guidance/index.jsp](http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp)

### **Site de la Social Care Institute for Excellence**

[www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk)

### **Collection de guides de pratique, dont plusieurs dans le domaine de la santé mentale de NHS Clinical Knowledge Summaries**

[www.cks.nhs.uk/home](http://www.cks.nhs.uk/home)

### **Renseignements supplémentaires sur les données probantes et les guides de pratique**

*Guidelines Advisory Committee*

[www.gacguidelines.ca](http://www.gacguidelines.ca)

*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*

[www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)

Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales

<http://www.clipp.ca>

Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

[www.aetmis.gouv.qc.ca](http://www.aetmis.gouv.qc.ca)

*TRIP DataBase*

[www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)

Réseau Qualaxia

[www.qualaxia.org](http://www.qualaxia.org)

*National Guideline Clearinghouse*

[www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

*Health Evidence*

[www.health-evidence.ca](http://www.health-evidence.ca)