



# Que connaît-on vraiment en psychiatrie? Les psychothérapies - Partie 2

*Psychiatry: what do we know for sure? Psychotherapies - Part 2*

KORNREICH C.<sup>1</sup> et SIBILLE C.-A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de Psychiatrie et Psychologie médicale, CHU Brugmann

<sup>2</sup>Service de Psychiatrie, CHU Saint-Pierre,  
Université libre de Bruxelles (ULB)

## RÉSUMÉ

Les psychothérapies font partie du quotidien de notre civilisation et un très grand nombre de personnes y font appel. Elles sont nées au 19<sup>e</sup> siècle, concomitamment à l'adoption d'un modèle médical des pathologies mentales. Leur foisonnement et leur diversité sont impressionnants. Les modèles théoriques qui les sous-tendent sont très variés. Ils ont de plus constamment évolué en fonction des contextes historiques et des cultures et posent des questions très intéressantes sur la définition des êtres humains et sur leur fonctionnement. Elles sont efficaces, sur base d'une littérature scientifique très abondante. Cependant cette efficacité ne peut pas être expliquée par un modèle médical. Un modèle médical suppose en effet qu'il existe des techniques spécifiques pour des problèmes spécifiques, avec des mécanismes identifiables et scientifiquement fondés, sans que la personne du thérapeute ou la culture du patient ne jouent un grand rôle. Dans la première partie, nous avons examiné comment les courants psychothérapeutiques majeurs ont développé leurs conceptions et comment celles-ci ont été influencées par les contextes historiques et culturels. Cette seconde partie se concentrera sur les études d'efficacité, leurs difficultés méthodologiques et la nature des ingrédients qui paraissent nécessaires à l'obtention de résultats.

Rev Med Brux 2023; 44 : 477-485

Doi : 10.30637/2023.23-07b

Mots-clés : psychothérapie, histoire, efficacité, modèle médical

## ABSTRACT

Psychotherapies are everywhere in our culture and many people use them regularly. They first appeared during the 19<sup>th</sup> century, with the medicalization of mental health problems. They are incredibly diverse, with very different theoretical backgrounds. Moreover, they have constantly evolved following historical and cultural changes. They propose very interesting definitions of human beings and of their functioning. However, their efficacy is not understandable within a medical framework. A medical model would predict that specific techniques are useful for specific problems, and that techniques are based on scientific mechanisms. It would also predict that nor the personality of the therapist nor the culture of the patient should influence the outcome. The first part was devoted to the analysis of the theoretical background of the major psychotherapeutic schools, and to their evolution through cultural and historical changes. The second part is devoted to the methodological difficulties in psychotherapy research, their efficacy, and the mechanisms behind it.

Rev Med Brux 2023; 44: 477-485

Doi: 10.30637/2023.23-07b

Key words: psychotherapy, history, efficacy, medical model

## TRAITEMENT AU SENS MÉDICAL DU TERME OU TRAITEMENT RELATIONNEL ?

Comme nous l'avons vu à la fin du premier article, deux conceptions majeures concernant le mode d'action des psychothérapies s'affrontent : d'un côté un modèle médical, qui suppose qu'il existe des ingréd-

ients spécifiques dans les psychothérapies, au-delà des « facteurs communs » que sont notamment l'alliance thérapeutique et l'espoir de résultats, permettant de remédier à des déficits spécifiques. De l'autre

côté, un modèle contextuel, qui postule que c'est le contexte de la thérapie, la relation humaine, les espoirs, l'incitation à regarder ses problèmes avec une autre perspective et l'incitation à l'action qui sont explicatifs de l'efficacité<sup>1,2</sup>. De ce fait le modèle contextuel prédit que les ingrédients spécifiques ne joueront pas de rôle dans l'efficacité et que les différentes formes de psychothérapie auront des résultats similaires. Il prévoit aussi que le traitement sera d'autant plus efficace qu'il respecte les croyances culturelles des patients, alors que le modèle médical s'attend à une stabilité de résultats, quelle que soit la culture. Il y a moyen de différencier la validité des deux modèles sur base des prédictions qui en découlent. Si le modèle contextuel est correct, le type de thérapie, les ingrédients spécifiques et le caractère scientifique des théories explicatives ne devraient pas changer l'efficacité observée, à l'inverse de la personnalité du thérapeute, de ses qualités relationnelles et de la congruence de vue entre le thérapeute et le patient concernant l'origine de ses problèmes<sup>2</sup>.

Les psychothérapies partagent toutes au moins 4 caractéristiques communes<sup>3</sup> : a) la psychothérapie implique une relation émotionnellement forte dans laquelle le patient se confie à un thérapeute, qui lui apporte de l'aide ; b) le contexte dans lequel la relation se déroule est une relation de soin, dans laquelle le patient se présente à un professionnel, dont il pense qu'il peut lui apporter de l'aide et travailler à son bénéfice ; c) il existe une rationalité, un schéma conceptuel ou un mythe qui donne une explication plausible aux symptômes du patient. La rationalité doit être acceptée par le patient et par le thérapeute, mais ne doit pas être vraie pour autant, ne doit pas être scientifiquement prouvée, mais doit être en accord avec la vision du monde et les valeurs du patient. On en revient ici au fait que les explications données sur le fonctionnement mental humain ne sont pas neutres et dépendent d'un contexte culturel et historique précis ; d) la composante finale est un rituel ou une procédure qui demande la participation active à la fois du thérapeute et du patient, et qui est compatible avec la rationalité préalablement acceptée par le patient de telle sorte que la procédure soit vue comme un moyen viable de l'aider. La psychothérapie serait donc une pratique sociale de soin, utilisant des caractéristiques humaines comme l'attachement, l'espoir ou la propension à être influencé par les autres<sup>2</sup>. Nous verrons que le modèle contextuel est celui qui semble le plus pertinent compte tenu des données qui se sont accumulées.

## MESURE DE L'EFFICACITE

### Problèmes méthodologiques

On sait que les problèmes de réplification sont majeurs en psychologie, des estimations indiquant qu'à peine 1/3 des études montrent des résultats reproductibles<sup>4</sup>. Dans le pire des cas, il s'agit de fraudes intentionnelles<sup>5</sup>, mais il faut aussi tenir compte des clas-

siques problèmes de puissance statistique<sup>5</sup> et de la même tendance que celle observée dans les études pharmacologiques à ne pas publier des résultats négatifs. Les études négatives ne sont souvent pas incluses dans les méta-analyses et ce phénomène est repérable au moyen de techniques statistiques : en effet dans des études de comparaison d'efficacité entre groupes, la dispersion des tailles d'effet devrait être plus grande lorsque les échantillons sont plus petits. Cette dispersion se répartit normalement symétriquement autour d'un axe. Or on constate que cette dispersion ne se fait pas de manière symétrique, par exemple dans une méta-analyse portant sur l'estimation de l'efficacité de psychothérapie dans le traitement de la dépression, ce qui indique qu'une série d'études aux résultats négatifs n'ont probablement pas été publiées, soit parce que les auteurs ont abandonné d'eux-mêmes soit parce que les revues scientifiques préfèrent publier des résultats positifs<sup>6</sup>. Ces éléments sont évidemment en faveur du préenregistrement des études cliniques, une tendance forte de ces dernières années.

La mesure de l'efficacité des psychothérapies pose une multitude d'autres problèmes. En effet, on est loin d'un paradigme où on pourrait comparer par exemple un antibiotique contre un placebo pour traiter une pneumonie bactérienne en utilisant un design en double aveugle. Il existe une variabilité majeure pour l'effet d'une psychothérapie, qui est le fait de la personnalité du psychothérapeute, de ses préférences en matière de forme de psychothérapie, des particularités individuelles des patients, de leurs attentes envers des modèles de psychothérapie, dont certains leur sont plus familiers ou leur semblent plus pertinents que d'autres<sup>2</sup>. Il est donc difficile de faire un groupe placebo en psychothérapie : pour les médicaments, on peut essayer de séparer l'effet psychologique de l'effet chimique. Mais pour la psychothérapie, c'est difficile de séparer l'effet psychologique de l'effet psychologique. Le placebo psychologique ne peut pas être comparé à un placebo médicamenteux car les ingrédients relationnels sont toujours présents. La meilleure définition d'une condition placebo dans le domaine de la psychothérapie pourrait être une condition dans laquelle il y a un contact avec un thérapeute qui s'engage dans des méthodes dont le patient pense qu'elles peuvent l'aider, alors même que le thérapeute pense que la méthode aura un effet limité comparé aux conditions « actives »<sup>2</sup>. Mais il s'agit donc plus de pseudo-placebos que de placebos dans le sens plein du terme<sup>2</sup>. Même pour des études bien conduites on ne compare pas un traitement ayant des effets spécifiques avec un traitement qui n'en a pas, mais bien un traitement qui a une structure, une rationalité, une explication et des actions avec un traitement sans aucune de ces caractéristiques, alors que ces éléments sont importants dans le modèle contextuel.

Le simple fait d'entamer une démarche en vue d'une psychothérapie semble déjà avoir un effet bénéfique, avec une amélioration entre le moment de la prise de rendez-vous et le premier rendez-vous réel<sup>7</sup>. La croyance

que s'engager dans une psychothérapie procurera une vie meilleure rejoint les conceptions de Bandura, sur le rôle très important de l'estimation de l'efficacité de ses actions dans la l'explication des comportements humains<sup>8</sup>. Les caractéristiques des patients sont également importantes : certains patients sont plus motivés que d'autres, sont davantage prêts au changement ou disposent des ressources économiques et du support social qui facilitent ce changement<sup>9</sup>.

L'essai clinique randomisé prototypique est en double aveugle : ni la personne administrant le médicament ni le patient le recevant ne sont au courant du contenu de ce traitement. Ce type d'étude n'est tout simplement pas possible en psychothérapie car le thérapeute est bien sûr au courant du type de thérapie qu'il administre<sup>2</sup>. Souvent, le thérapeute a une allégeance plus grande à un des traitements qui est investigué. Si on essaie de limiter le nombre de différences entre les thérapies dans des essais de comparaison, et que ce sont les mêmes thérapeutes qui donnent différentes formes de thérapie, cela peut poser problème<sup>10</sup>. Au-delà de l'allégeance du thérapeute, il y a aussi celle du chercheur : l'allégeance du chercheur augmente les chances que son traitement de préférence obtienne de meilleurs résultats<sup>11</sup>. De plus, la question de la généralisation des résultats issus d'études contrôlées avec des méthodologies encadrées à la « vraie vie » se pose, l'essai clinique créant un contexte artificiel qui n'est pas représentatif de la manière dont les traitements sont appliqués réellement dans la communauté<sup>2,12</sup>. Il se pose aussi la question de la comparaison avec des conditions contrôle. Celles-ci sont souvent mal définies, allant de la consultation chez le médecin généraliste, sans traitement automatique, à des supports psychologiques ou de simples conseils<sup>2</sup>. Si la fréquence des contacts, la durée des contacts, la profondeur de la discussion, la focalisation sur les problèmes sont différentes dans les études de comparaison, cela peut générer d'énormes biais, ce qui fragilise les conclusions qu'on peut en tirer<sup>2</sup>. Finalement, la manière de classer les thérapies varie entre les études : à titre d'exemple, l'EMDR est parfois classée dans les thérapies cognitivo-comportementale (TCC)<sup>13</sup> et parfois pas<sup>14</sup>.

### Efficacité des psychothérapies

Les polémiques sur l'efficacité des psychothérapies ont commencé avec un brulot lancé par Hans Eysenck en 1952<sup>15</sup> : l'article d'Eysenck se basait sur 24 études d'efficacité de la psychothérapie, sans groupe contrôle, comparées à 2 études de patients dont on mesurait l'évolution spontanée, une dans un hôpital psychiatrique et l'autre lors d'un suivi ambulatoire par des médecins généralistes<sup>2</sup>. Les patients de ces études étaient principalement des patients « névrotiques ». Le pourcentage de patients s'améliorant avec la psychothérapie était similaire à celui de la rémission spontanée. C'était en fait même pire que cela puisque les patients suivis par les médecins généralistes s'amélioreraient dans 72 % des cas pour 44 % des patients suivis en thérapie de type psycha-

nalytique et de 64 % pour des thérapies regroupées sous le label « éclectique ». Les biais de cette publication étaient bien sûr majeurs, ce que reconnaissait Eysenck, notamment un biais de sélection des patients, non randomisés entre les groupes, mais elle avait profondément jeté le trouble sur tout le secteur de la psychothérapie. Elle a participé à l'essor d'alternatives psychothérapeutiques, en l'occurrence principalement les TCC, par rapport aux modèles dominants de l'époque, principalement psychanalytiques. Une grande méta-analyse publiée en 1977<sup>16</sup> a infirmé ce pessimisme en montrant que la psychothérapie était en fait remarquablement bénéfique pour les patients qui s'y engageaient. Cette méta-analyse était basée sur 375 essais cliniques. Les techniques statistiques n'étaient pas aussi perfectionnées qu'actuellement, mais les auteurs avaient fait un effort pour distinguer la qualité des études incluses dans la méta-analyse. Ils montraient que le patient qui avait suivi un traitement psychothérapeutique se portait mieux que 75 % des patients non traités. Ils avaient aussi montré que les différentes formes de thérapie évaluées, comportementale, rogérienne, psychodynamique, rationnelle-émotive et analyse transactionnelle, obtenaient des résultats similaires, ce qui a été répliqué plus tard<sup>2</sup>. La plupart des méta-analyses plus récentes s'accordent sur des tailles d'effet dans les alentours de 0,8, ce qui est très bon puisque cela signifie que le patient moyen recevant une psychothérapie sera mieux loti que 80 % des patients n'en recevant pas<sup>2</sup>.

Quand on regarde le NNT (*Number Needed to Treat*) en psychothérapie, défini comme le nombre de patients qui doivent recevoir un traitement par rapport à une condition contrôle pour avoir un bénéfice additionnel<sup>17</sup>, on peut dire que la psychothérapie s'en sort très bien puisqu'on a des NNT de 3. Il suffit donc d'avoir 3 patients en traitement pour en avoir un qui en bénéficie. C'est à comparer par exemple aux bêtabloquants qui ont un NNT de 40 ou même des inhibiteurs de la pompe à protons avec un NNT de 6, ce qui signifie que par rapport au placebo, il faut traiter 6 patients pour avoir des bénéfices pour un d'entre eux<sup>2</sup>. Cependant, tous ces chiffres pourraient être un peu trop optimistes. En utilisant des critères plus sévères de qualité d'inclusion dans les méta-analyses, les tailles d'effet sont moins importantes<sup>6,18-20</sup>. Dans la plus grande revue des méta-analyses existant à ce jour, tant pour les traitements pharmacologiques que psychothérapeutiques et portant sur 102 méta-analyses regroupant 3.800 essais cliniques réalisés sur un total de 650.000 patients, on aboutit à des tailles d'effet de 0,34 pour la psychothérapie et de 0,36 pour les traitements psychotropes comparé aux conditions contrôles, placebo dans le cas des traitements pharmacologiques et « *treatment as usual* » pour les psychothérapies, et cela en moyennant les études sur toutes sortes de conditions pathologiques<sup>19</sup>. Les différences de résultats entre les traitements psychothérapeutiques et psychotropes semblent minimales dans les comparaisons directes et en général non significatives, mais il faut à nouveau se méfier des biais : il est

probable que les patients les plus sévèrement atteints soient exclus des essais cliniques psychothérapeutiques, dirigés vers les psychotropes et que les essais cliniques de comparaison aient donc des compositions de patients différentes des situations de la vraie vie. Les discordances entre les tailles d'effet pour les psychothérapies proviennent d'une série de biais que nous avons déjà évoqués, mais aussi résultent des différences observées lorsqu'on inclut les listes d'attente dans les comparaisons. En effet, les patients se portent notoirement moins bien lorsqu'ils sont placés sur des listes d'attente et ne savent pas quand ils seront pris en charge. En gros, la taille d'effet des psychothérapies peut donc être estimée à environ 0,8 quand la comparaison se fait par rapport à une liste d'attente et à environ 0,4 contre un placebo actif, comme le « *treatment as usual* »<sup>1</sup>.

### Spécificité de l'efficacité

La grande question est de savoir si un type de psychothérapie est plus efficace que d'autres et de manière plus précise s'il existe des indications spécifiques, par exemple si les TCC sont plus intéressantes dans les troubles anxieux. La grande majorité des études d'efficacité porte sur la TCC pour laquelle il existe donc beaucoup de données, au sujet de toute une série de pathologies<sup>2</sup>, mais les données s'accumulent aussi pour d'autres approches, comme les thérapies psychodynamiques<sup>21</sup>. Il persiste des débats importants : lorsque des différences sont apparentes, elles favorisent en général les TCC<sup>1</sup>, mais ces différences sont minimales et ne préjugent pas des effets à plus long terme, la plupart des études se faisant sur des intervalles de temps relativement réduits<sup>1</sup>. Les méta-analyses de réseau utilisent des techniques statistiques bayésiennes permettant de simuler des comparaisons directes de traitements qui n'avaient en fait pas été comparés dans la même étude, ce qui permet d'avoir une puissance statistique plus grande que celle de la littérature classique. Ce type de technique a été utilisé par exemple dans une méta-analyse de 198 études portant sur 15.000 patients dépressifs traités par différentes psychothérapies classiques, dont la TCC, la thérapie psychodynamique et la thérapie interpersonnelle. Toutes les conditions étaient efficaces, avec une efficacité équivalente, et supérieure à la simple thérapie de soutien<sup>22</sup>.

### Ingrédients utiles et spécifiques

Ici aussi, la majorité des études concerne la TCC. Il peut s'agir d'études soit d'addition, soit de soustraction : on ajoute ou en enlève un ingrédient considéré généralement comme pouvant influencer l'efficacité et on regarde ce qui se passe. Pour illustrer une étude de démantèlement, on peut par exemple se référer à une étude qui a divisé 150 patients dépressifs en 3 groupes : les patients recevaient soit une thérapie cognitive complète (y compris de l'activation comportementale), soit rien que de l'activation comportementale, soit une thérapie uniquement centrée sur la modification des pensées automatiques et des schémas dysfonctionnels de base<sup>23</sup>. Aucune différence de résultat n'a pu être observée entre les

3 groupes. De manière plus générale, ajouter ou enlever un composant ne semble pas changer beaucoup les résultats des thérapies<sup>24</sup>.

Une autre possibilité est de comparer des modalités thérapeutiques utilisant différents ingrédients entre elles. Il est impossible de faire un tour complet de toutes les études réalisées dans un espace réduit. Nous allons donc, à titre d'exemple, prendre trois types d'indication plus spécifiques : les troubles anxieux, les addictions et les problèmes de personnalité borderline.

Les troubles anxieux sont un domaine de prédilection pour la TCC et en particulier pour l'utilisation de techniques d'exposition. Ces dernières sont basées sur l'idée que c'est l'évitement émotionnel qui entretient le trouble anxieux, en ne permettant pas l'habituation. Toutefois, cette conception ne résiste pas très bien à l'analyse.

En effet, lorsqu'on fait des comparaisons directes de traitements comportementaux (exposition) et purement cognitifs, il y a peu de différences d'efficacité, que ce soit pour le TOC, le trouble panique ou le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) et une petite différence en faveur de la thérapie cognitive pour la phobie sociale<sup>25</sup>. C'est surprenant pour les TOC (ndlr : une pathologie que je connais bien) mais des comparaisons directes entre thérapie comportementale d'exposition avec prévention de la réponse et thérapie cognitive, centrée sur l'estimation du risque et de la responsabilité personnelle, donnent des résultats similaires<sup>26</sup> et également similaires si on compare différentes modalités d'exposition entre elles<sup>27</sup>. Le PTSD a donné lieu à de nombreuses études de comparaison. Par exemple, l'exposition en imagination a été comparée au traitement cognitif centré sur l'interprétation des émotions, sans différence de résultats<sup>28</sup>. Pour permettre des comparaisons intéressantes entre les ingrédients efficaces dans le traitement du PTSD, une méthode appelée « *Present-Centered Therapy* » (PCT) a été spécifiquement développée<sup>29</sup>. Elle ne contenait ni exposition ni restructuration cognitive, mais de la psychoéducation sur l'impact du trauma et sur les schémas de comportements mal adaptés, y compris relationnels, ainsi que l'utilisation de techniques de résolution de problèmes. L'efficacité était la même que celle de l'exposition classique<sup>29</sup>, ce qui a été confirmé dans des études ultérieures<sup>30</sup>. Il semble aussi y avoir peu de différences entre les thérapies cognitives, les thérapies comportementales, les thérapies utilisant le mélange des deux approches et l'EMDR dans le traitement du PTSD<sup>31</sup>. Toutes les modalités semblent donner de bons résultats<sup>31</sup>.

L'EMDR vaut qu'on s'y intéresse d'un peu plus près. La méthode a été développée par Francine Shapiro, qui est décédée récemment. D'après ses dires, elle aurait eu une épiphanie, lors d'une promenade dans un parc : en balayant le paysage du regard, elle aurait éprouvé un apaisement de ses angoisses. Porteuse d'un doctorat en littérature anglaise, elle a décidé alors de se réorienter vers la psychologie, obtenant là également un doctorat et lançant des recherches sur

des patients traumatisés. L'EMDR a ensuite fait l'objet d'un marketing agressif. Il s'agit de la technique psychothérapeutique ayant connu la croissance la plus rapide, comparable à ce qu'a été le mesmérisme au 19<sup>e</sup> siècle (cfr partie 1 de cet article - Rev Med Brux. 2023;44:204)<sup>32</sup>. Comme les traumatismes sont présents dans un très grand nombre de pathologies mentales, l'EMDR a vu son champ d'action augmenter progressivement, un phénomène courant avec les nouvelles méthodes psychothérapeutiques.

L'EMDR a été qualifiée de pseudo-science, non en raison de son inefficacité, mais parce que les ingrédients qui sont « vendus » au public n'ont pas de bases scientifiques<sup>33</sup>. Je dois ici faire une confidence : j'ai utilisé cette technique par curiosité, sans avoir jamais suivi de formation spécifique. J'avais en effet difficile à comprendre pourquoi il fallait payer, plutôt cher, des formations en plusieurs niveaux, de débutant à perfectionné, pour faire de l'exposition ressemblant aux thérapies cognitives et comportementales (TCC), en faisant faire aux patients du balayage oculaire. J'ai eu plusieurs fois de très bons résultats, mais sans bien sûr pouvoir les attribuer à un mécanisme spécifique plutôt qu'à un effet de suggestion induit par l'utilisation d'une méthode un peu « magique ». Des recherches ont précisément tenté d'étudier l'effet des composantes de l'EMDR : les mouvements oculaires ne semblent pas nécessaires<sup>34</sup> et il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité avec les techniques de TCC classiques<sup>35,36</sup>.

Une comparaison a également été faite entre les techniques TCC classiques et la nouvelle venue de la 3<sup>e</sup> vague, la thérapie ACT (« *Acceptance and Commitment Therapy* ») dans le traitement des troubles anxieux. Il ne semblait pas y avoir de différence d'efficacité entre les 2 techniques<sup>37</sup>.

Finalement, les psychothérapies d'autres orientations que la TCC ne semblent pas moins efficaces que celle-ci dans le traitement des troubles anxieux, surtout si on regarde les indices globaux d'améliorations, plutôt que les améliorations spécifiques aux symptômes de la pathologie<sup>38</sup>.

Pour les addictions, le projet de comparaison de traitements psychologiques le plus connu est le projet MATCH : 1.200 patients étaient assignés de manière aléatoire à 3 traitements différents et suivis ensuite durant plusieurs années : un traitement en 12 étapes inspirées des Alcoolistes anonymes, de la TCC et un traitement basé sur une méthode d'entretien motivationnel. Globalement, les 3 modalités donnaient les mêmes résultats, même si les patients montrant des caractéristiques de colère plus importantes semblaient s'en sortir mieux avec la modalité d'entretien motivationnel<sup>39</sup>. Une méta-analyse incluant tous les essais cliniques connus de l'époque pour les problèmes de consommation d'alcool, incluant des comparaisons entre modalités psychothérapeutiques, n'a pas non plus trouvé de différence significative d'efficacité entre les modalités<sup>40</sup>.

Au-delà des troubles anxieux et des addictions, on peut se pencher sur des thérapies qui ont été spécifi-

quement construites pour s'adresser à des problèmes particuliers. C'est par exemple le cas de la thérapie comportementale dialectique (DBT pour « *Dialectical Behavior Therapy* »). Marsha Linehan a développé son modèle avec le but explicite de diminuer les tentatives de suicide et les automutilations qui sont malheureusement le lot commun de ces patients<sup>41</sup>. Le succès de son modèle, qui comme nous l'avons vu dans la partie 1 de cet article, dans le numéro précédent, associe une très grande disponibilité pour les patients à de la méditation, du travail en groupe et à une incitation active à des modifications de comportement, est lié aux bons résultats publiés dans des revues de très haute qualité. Par exemple, une étude publiée en 1993 faisait état d'une nette diminution des comportements parasuicidaires (tentatives de suicide médicamenteuses et automutilations) chez des patientes borderline suivies durant un an<sup>42</sup>. Malheureusement, le traitement était comparé à une condition contrôle mal définie qui pouvait comprendre ou pas de la psychothérapie et l'échantillon était assez réduit. Dans une étude plus récente, elle montrait également l'impact favorable de la DBT sur les comportements de prise de drogue dans une population de patientes borderline<sup>43</sup>. Cependant, le groupe contrôle était constitué d'une condition « *treatment as usual* » et nous avons vu dans les difficultés méthodologiques d'évaluation des psychothérapies que ce sont des conditions contrôle qui posent problème<sup>44</sup>. Finalement, elle a mené une analyse de composantes pour essayer d'évaluer si tous les ingrédients de son modèle thérapeutique étaient nécessaires pour obtenir des résultats favorables : notamment la thérapie individuelle, l'incitation à utiliser des techniques d'apaisement comme la méditation, les contacts téléphoniques fréquents et le travail en groupe. Il n'y avait pas d'énormes différences entre le modèle complet et deux autres modèles qui utilisaient moins d'ingrédients en matière de fréquence de tentative de suicide, mais un avantage pour le modèle complet en termes d'anxiété et de dépression<sup>45</sup>. Cependant, le nombre de patients suivis était limité et les difficultés méthodologiques, malgré des efforts d'équilibrage des groupes et de randomisation, ne permettaient pas d'arriver à une conclusion définitive de supériorité du modèle complet. Bref, les psychothérapies sont certainement utiles pour l'amélioration des patients borderline, mais nous n'avons pas de preuve solide de différences d'efficacité entre elles<sup>44,46,47</sup>.

On peut conclure, quoique non définitivement, qu'il y a peu de rôle des ingrédients spécifiques dans l'efficacité des psychothérapies, ce qui est en accord avec le modèle contextuel.

### Influence du thérapeute

Normalement dans un modèle médical, des techniques spécifiques sont proposées pour des problèmes spécifiques et la personne du thérapeute ne devrait pas jouer un grand rôle. Or ce n'est pas ce qu'on observe. La personne du thérapeute joue un rôle très important dans le succès des traitements psychothérapeutiques et même pour les traitements

médicamenteux des pathologies mentales : la variabilité du résultat d'un traitement médicamenteux de la dépression était par exemple expliquée par les psychiatres eux-mêmes pour 10 %, comparé à une variabilité de 6 % pour la nature du traitement, en faveur de la médication contre le placebo<sup>48</sup>. Autrement dit, les meilleurs psychiatres avaient de meilleurs résultats avec des patients recevant le placebo que les plus mauvais psychiatres avec des patients recevant le traitement médicamenteux actif<sup>48</sup>. La variabilité des résultats due au thérapeute dans les études psychothérapeutiques serait située aux alentours de 5 %<sup>1,49</sup>. Cela peut paraître peu, mais en pratique cela signifie que la taille d'effet du traitement est 2 fois plus grande pour les 25 % des patients suivis par les meilleurs thérapeutes que pour les 25 % suivis par les plus mauvais<sup>50</sup>. La qualité des études mesurant l'effet de la personne du thérapeute n'est pas toujours excellente, mais les résultats semblent reproductibles<sup>51</sup>. Quelques éléments complémentaires semblent importants : l'âge et le genre ne semblent pas très importants, par contre les thérapeutes qui s'investissent davantage au travers de lectures, de supervisions et d'assistance à des congrès obtiennent de meilleurs résultats, ce qui est peut-être le reflet d'une meilleure motivation<sup>49</sup>. Un optimisme plus grand sur le devenir de ses patients<sup>52</sup> semble un facteur positif, de même qu'un accord entre les parties sur les buts et les tâches de la thérapie<sup>53</sup>. Par contre, une adhérence stricte au modèle thérapeutique ne joue pas de rôle<sup>1</sup>. Les qualités essentielles du bon thérapeute sont la fluence verbale, la perception de l'autre, la modulation affective et de l'expression en fonction de la situation, la chaleur, l'acceptation, l'empathie et la focalisation sur l'autre, ainsi qu'une capacité à se remettre en question<sup>54,55</sup>. Un bon thérapeute serait ainsi un adepte de la maxime : « *Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist* »<sup>56</sup>. L'effet de l'expérience du thérapeute fait débat et peut être difficile à distinguer de la maturation liée tout simplement aux expériences de vie<sup>1</sup>.

L'empathie est la variable la plus hautement corrélée avec le résultat des psychothérapies<sup>2</sup>.

### Peut-on améliorer la qualité des thérapeutes ?

Beaucoup de thérapeutes font des supervisions régulières pour améliorer la prise en charge de leurs patients et ils en sont en général satisfaits<sup>1</sup>. Il est possible que ce soit un facteur d'amélioration<sup>57</sup>, mais les problèmes méthodologiques ne permettent pas d'avoir une opinion définitive à ce sujet. L'adhérence au modèle thérapeutique de départ n'est pas un facteur améliorant les résultats, comme nous l'avons déjà vu, et de nombreux thérapeutes changent au cours du temps en s'affranchissant de leur formation de départ et en utilisant de plus en plus leur propre style<sup>58</sup>. La réalité est déjà l'éclectisme : une majorité de thérapeutes indique utiliser plusieurs techniques<sup>59</sup>. La tendance à l'intégration psychothérapeutique pourrait se renforcer à l'avenir car la prolifération des différentes écoles a mené à une grande confusion et

les cliniciens de terrain se rendent compte que le comportement humain est bien trop compliqué pour être compris par une seule approche<sup>60</sup>.

En fait, le plus grand moteur d'amélioration serait probablement pour les thérapeutes de disposer de données sur les progrès de leurs patients, d'avoir un feed-back de leur pratique<sup>61,62</sup>.

Il y a un paradoxe à l'intérieur du modèle contextuel : les thérapeutes actuels ne peuvent plus ignorer l'importance des facteurs communs aux psychothérapies, ce qui peut miner leur foi dans leur modèle psychothérapeutique privilégié. Or la croyance partagée envers la validité du modèle entre le thérapeute et le patient est importante pour le succès du traitement. Le paradoxe peut se résoudre si le thérapeute se sent confortable avec son modèle, juge qu'il offre suffisamment de garanties de plausibilité, tout en gardant une flexibilité et une capacité de doute suffisante, permettant de ne pas s'y accrocher de manière rigide<sup>2</sup>. Il est apparemment possible d'utiliser des traitements informatisés du langage qui permettent de prédire l'empathie du thérapeute en se basant sur le degré de synchronisation des comportements verbaux avec les patients<sup>63</sup> et il viendra peut-être un jour où une intelligence artificielle permettra de sélectionner les meilleurs thérapeutes.

### Peut-on prédire quelle thérapie est la plus adaptée pour un patient donné ?

Nous avons vu abondamment que les différentes formes de psychothérapie obtenaient des résultats relativement équivalents. Mais il est possible que des patients spécifiques se portent mieux avec certaines formes de psychothérapie plutôt que d'autres<sup>1</sup>. Une intelligence artificielle pourrait là aussi détecter un ensemble de caractéristiques permettant d'orienter rapidement le bon patient vers le bon traitement. Des données récentes par exemple comparant des résultats de thérapie centrée sur la personne avec une TCC dans le traitement de patients dépressifs semblent montrer que cela serait possible<sup>64</sup>.

### Quelle est la meilleure formation de départ ?

Le background professionnel des psychothérapeutes semble jouer assez peu de rôle dans les résultats des patients<sup>1</sup>. Les conflits d'attribution de la psychothérapie au champ de la psychiatrie ou de la psychologie ne datent pas d'hier. Dès les années 1920, on observait des conflits entre les psychologues qui exerçaient la psychanalyse et les psychiatres qui voulaient en limiter l'accès<sup>60</sup>. Les besoins en santé mentale sont apparus massifs après la Seconde Guerre mondiale, le champ d'application des psychothérapies s'est fortement étendu dans les années 70, notamment vers les troubles psychosomatiques et les addictions<sup>60</sup>. Par exemple, à la fin des années 50, 14 % des Américains avaient reçu des soins psychologiques à un moment de leur vie et ce pourcentage était passé à 50 % en 2010. Les psychiatres ne pouvaient plus suffire et les psychologues se sont progressivement implantés dans le champ de la psychothérapie.

Il y avait 20.000 psychothérapeutes recensés aux États-Unis dans les années 60, 150.000 dans les années 80, 250.000 en 2000 dont 80.000 psychologues et 40.000 psychiatres, le reste se répartissant entre des conseillers, des infirmières et infirmiers et des assistants sociaux. On a aussi assisté au déclin progressif du pourcentage de psychiatres utilisant la psychothérapie dans leur pratique<sup>60</sup>. Cependant, le nombre de personnes en psychothérapie semble avoir atteint un plafond aux États-Unis depuis la fin des années 90 et le nombre de séances par patient avoir diminué<sup>65</sup>.

### Adéquation avec la culture

Comme le prévoit le modèle contextuel, il faut un accord entre les thérapeutes et leurs patients sur la rationalité des traitements. Cet accord peut faire défaut lorsque les psychothérapies sont utilisées par des minorités culturelles. Celles-ci ont tendance à être moins satisfaites des traitements et à les quitter plus rapidement<sup>66,67</sup>. Plusieurs auteurs recommandent donc de tenir compte des spécificités culturelles dans l'offre de soin<sup>68,69</sup>.

## CONCLUSION

L'évaluation des psychothérapies pose de nombreux problèmes méthodologiques. Il n'est pas possible de réaliser des essais randomisés en double aveugle comme pour les psychotropes. Comme pour la mesure de l'efficacité des psychotropes, il existe de nombreux biais de publication, notamment la non-publication des essais négatifs, mais aussi l'influence de l'allégeance du clinicien et du chercheur et la difficulté de définition de ce qu'est un groupe contrôle dans le cadre d'un traitement psychologique basé sur la relation. Néanmoins, on peut affirmer qu'elles sont globalement efficaces, avec des tailles d'effet modérées. Il est très difficile de démontrer la supériorité d'une approche par rapport à une autre. À l'intérieur des approches, des ingrédients spécifiques, pourtant jugés comme très importants par les psychothérapeutes, ne semblent pas indispensables. Par contre, la personnalité du thérapeute et ses capacités d'écoute, d'empathie et de mobilisation semblent jouer un rôle important. Tous ces éléments sont fortement en faveur du modèle contextuel des psychothérapies.

Celui-ci postule que c'est le contexte d'une relation émotionnelle forte, l'espoir d'amélioration, le récit partagé entre le thérapeute et le patient sur ce qui est à l'origine des symptômes, l'accord entre les parties sur ce qui peut les améliorer et l'incitation du thérapeute à adopter d'autres perspectives, qui sont à l'origine de l'efficacité. La personnalité du thérapeute, son optimisme sur les capacités du patient à changer, son empathie et ses capacités à moduler son attitude en fonction de sa compréhension du psychisme du patient spécifique qui est en face de lui sont des facteurs plus importants que son orientation théorique. Il en résulte que les psychothérapeutes doivent s'adapter à la culture de leurs patients et à leurs cadres de référence pour être efficaces.

La formation de départ ne semble pas être un facteur déterminant et il est probable que la pratique de la psychothérapie soit destinée à être de plus en plus le fait des psychologues par rapport aux psychiatres, pour des raisons démographiques évidentes. Même si sa pratique peut difficilement être rangée dans le champ de la médecine, elle y est cependant partout présente, la relation thérapeutique étant importante dans la plupart des activités quotidiennes des médecins et pas seulement des médecins généralistes et des psychiatres.

**Conflits d'intérêt : néant.**



**SCANNEZ ce QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 1,5 point d'accréditation**

## BIBLIOGRAPHIE

1. Barkham M, Lutz W, Castonguay LG. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 7e édition. Wiley 2021. 827 p.
2. Wampold BE, Imel ZE. *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. 2e édition. Routledge 2015.
3. Frank JD, Frank JB. *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*. JHU Press; 1993. 376 p.
4. Open Science Collaboration. Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*. 2015;349(6251):aac4716.
5. Button KS, Ioannidis JPA, Mokrysz C, Nosek BA, Flint J, Robinson ESJ *et al*. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nat Rev Neurosci*. 2013;14(5):365-76.
6. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):173-8.
7. Simon GE, Imel ZE, Ludman EJ, Steinfeld BJ. Is dropout after a first psychotherapy visit always a bad outcome? *Psychiatr Serv*. 2012;63(7):705-7.
8. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977;84(2):191-215.
9. Norcross JC. *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: OUP USA; 2002. 452 p.

10. Falkenström F, Markowitz JC, Jonker H, Philips B, Holmqvist R. Can Psychotherapists Function as Their Own Controls? Meta-Analysis of the Crossed Therapist Design in Comparative Psychotherapy Trials. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(5):16281.
11. Munder T, Brüttsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: An overview of reviews. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(4):501-11.
12. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychol Bull*. 2004;130:631-63.
13. Tolin DF. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(6):710-20.
14. Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, *et al*. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):269-76.
15. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consult Psychol*. 1952;16:319-24.
16. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol*. 1977;32:752-60.
17. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biol Psychiatry*. 2006;59(11):990-6.
18. Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol*. 1993;48:1181-209.
19. Leichsenring F, Steinert C, Rabung S, Ioannidis JPA. The efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for mental disorders in adults: an umbrella review and meta-analytic evaluation of recent meta-analyses. *World Psychiatry*. 2022;21(1):133-45.
20. Dragioti E, Karathanos V, Gerdle B, Evangelou E. Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;136(3):236-46.
21. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(12):1208-16.
22. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H *et al*. Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2016;14(2):229-43.
23. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, *et al*. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64:295-304.
24. Bell EC, Marcus DK, Goodlad JK. Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81:722-36.
25. Ougrin D. Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):200.
26. Anholt GE, Kempe P, Haan E de, Oppen P van, Cath DC, Smit JH, *et al*. Cognitive versus Behavior Therapy: Processes of Change in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *PPS*. 2008;77(1):38-42.
27. Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*. 1996;27(4):583-600.
28. Tarrier N, Pilgrim H, Sommerfield C, Faragher B, Reynolds M, Graham E, *et al*. A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67:13-8.
29. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, *et al*. Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2007;297(8):820-30.
30. Frost ND, Laska KM, Wampold BE. The Evidence for Present-Centered Therapy as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 2014;27(1):1-8.
31. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *AJP*. 2005;162(2):214-27.
32. McNally RJ. EMDR and Mesmerism: a comparative historical analysis. *J Anxiety Disord*. 1999;13(1-2):225-36.
33. Herbert JD, Lilienfeld SO, Lohr JM, Montgomery RW, O'Donohue WT, Rosen GM, *et al*. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(8):945-71.
34. Feske U, Goldstein AJ. Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:1026-35.
35. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med*. 2006;36(11):1515-22.
36. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JJ. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1729633.
37. Arch JJ, Eifert GH, Davies C, Vilardaga JCP, Rose RD, Craske MG. Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2012;80:750-65.
38. Baardseth TP, Goldberg SB, Pace BT, Wislocki AP, Frost ND, Siddiqui JR, *et al*. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clin Psychol Rev*. 2013;33(3):395-405.
39. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 1998;22(6):1300-11.
40. Imel ZE, Wampold BE, Miller SD, Fleming RR. Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav*. 2008;22:533-43.
41. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993. 558 p.
42. Linehan MM, Heard HL, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(12):971-4.
43. Linehan MM, Schmidt H, Dimeff LA, Craft JC, Kanter J, Comtois KA. Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *Am J Addict*. 1999;8(4):279-92.
44. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(4):319-28.
45. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsu AD, *et al*. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475-82.
46. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2012 [cité 13 janv 2023];(8). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005652.pub2/abstract>
47. Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Kongerslev MT, Mattivi JT, Jørgensen MS, *et al*. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*.

- 2020 [cité 13 janv 2023];(5). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012955.pub2/full>
48. McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Disord.* 2006;92(2):287-90.
49. Chow DL, Miller SD, Seidel JA, Kane RT, Thornton JA, Andrews WP. The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy (Chic).* 2015;52(3):337-45.
50. Wampold BE, Brown GS (Jeb). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:914-23.
51. Johns RG, Barkham M, Kellett S, Saxon D. A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to Baldwin and Imel's (2013) review. *Clin Psychol Rev.* 2019;67:78-93.
52. Connor DR, Callahan JL. Impact of psychotherapist expectations on client outcomes. *Psychotherapy (Chic).* 2015;52(3):351-62.
53. Webb CA, DeRubeis RJ, Amsterdam JD, Shelton RC, Hollon SD, Dimidjian S. Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79:279-83.
54. Anderson T, Ogles BM, Patterson CL, Lambert MJ, Vermeersch DA. Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *J Clin Psychol.* 2009;65(7):755-68.
55. Heinonen E, Nissen-Lie HA. The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychother Res.* 2020;30(4):417-32.
56. Nissen-Lie HA, Havik OE, Høglend PA, Monsen JT, Rønnestad MH. The contribution of the quality of therapists' personal lives to the development of the working alliance. *J Couns Psychol.* 2013;60:483-95.
57. Callahan JL, Almstrom CM, Swift JK, Borja SE, Heath CJ. Exploring the contribution of supervisors to intervention outcomes. *Training and Education in Professional Psychology.* 2009;3:72-7.
58. Carlsson J, Norberg J, Schubert J, Sandell R. The development of therapeutic attitudes during and after psychotherapy training. *European Journal of Psychotherapy & Counselling.* 2011;13(3):213-29.
59. Jensen JP, Bergin AE, Greaves DW. The meaning of eclecticism: New survey and analysis of components. *Prof Psychol Res Pr.* 1990;21:124-30.
60. Norcross JC, VandenBos GR. *History of Psychotherapy: Continuity and Change.* 2e édition. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. 802 p.
61. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 2nd ed. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2010. xxix, 455 p. (Duncan BL, Miller SD, Wampold BE, Hubble MA. *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*, 2nd ed).
62. Miller SD, Duncan BL, Sorrell R, Brown GS. The partners for change outcome management system. *J Clin Psychol.* 2005;61(2):199-208.
63. Lord SP, Sheng E, Imel ZE, Baer J, Atkins DC. More than reflections: empathy in motivational interviewing includes language style synchrony between therapist and client. *Behav Ther.* 2015;46(3):296-303.
64. Delgadillo J, Gonzalez Salas Duhne P. Targeted prescription of cognitive-behavioral therapy versus person-centered counseling for depression using a machine learning approach. *J Consult Clin Psychol.* 2020;88(1):14-24.
65. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 2010;167(12):1456-63.
66. Diala C, Muntaner C, Walrath C, Nickerson KJ, LaVeist TA, Leaf PJ. Racial Differences in Attitudes Toward Professional Mental Health Care and in the Use of Services. *Am J Orthopsychiatry.* 2000;70(4):455-64.
67. Miranda J, Bernal G, Lau A, Kohn L, Hwang WC, LaFromboise T. State of the Science on Psychosocial Interventions for Ethnic Minorities. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:113-42.
68. Comas-Díaz L. Latino healing: The integration of ethnic psychology into psychotherapy. *Psychotherapy (Chic).* 2006;43(4):436-53.
69. Hall GC, Ibaraki AY, Huang ER, Marti CN, Stice E. A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behav Ther.* 2016;47(6):993-1014.

*Travail reçu le 17 janvier 2023 ; accepté dans sa version définitive le 25 janvier 2023.*

**AUTEUR CORRESPONDANT :**

**C. KORNREICH**  
CHU Brugmann  
Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale  
Place A. Van Guchten, 4 – 1020 Bruxelles  
E-mail : Charles.KORNREICH@chu-brugmann.be