



UNIKLINIK  
KÖLN

Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften



Angewandte  
Psychologie

CHARTRE SUISSE POUR  
LA PSYCHOTHERAPIE

Formation  
Ethique  
Recherche

Rapport final

# Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)

menée par les instituts de la

**Charte suisse pour la psychothérapie**

Volker Tschuschke  
Aureliano Crameri  
Margit Koemeda  
Peter Schulthess  
Agnes von Wyl

*Schriftenreihe der Schweizer Charta für Psychotherapie  
Bd. 5*

2015

ISSN: 1664-395X  
ISBN: 978-3-9523782-4-3

# Rapport final

incluant la catamnèse et le rating des séances

*Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)  
menée par les instituts de la Charte suisse pour la psychothérapie*

Volker Tschuschke

Aureliano Crameri

Margit Koemeda-Lutz

Peter Schulthess

Agnes von Wyl

2015

## **Mentions légales**

© Charte suisse pour la psychothérapie  
Schoffelgasse 7, 8001 Zürich  
Tél. +41 (044) 796 23 45  
E-mail: [praesidium@psychotherapiecharta.ch](mailto:praesidium@psychotherapiecharta.ch)

Tous droits réservés.

Couverture et mise en page: Mario Schlegel

# Contenu

|  |           |
|--|-----------|
| <b>A Description de l'étude</b>  | <b>1</b>  |
| 1. Antécédents de l'étude PAP-S  | 1         |
| a. Situation de la psychothérapie en Suisse  | 1         |
| b. Historique et institutions de la Charte suisse pour la psychothérapie             | 2         |
| 2. Évolution de l'étude  | 5         |
| a. Histoire de la préparation du projet jusqu'en février 2007                        | 5         |
| b. Réalisation du projet de mars 2007 à décembre 2012                                | 6         |
| 3. Design de l'étude   | 9         |
| a. Étude naturaliste versus étude en laboratoire                                     | 9         |
| b. Étude sur les outcomes des processus  | 10        |
| c. Batterie de tests d'outcome   | 10        |
| d. Procédures de mesure des processus  | 12        |
| e. Ratings objectifs des interventions thérapeutiques sur la base d'un manuel        | 12        |
| 4. Description de l'échantillon  | 15        |
| a. Ensemble de l'échantillon   | 15        |
| Sexe   | 15        |
| Âge  | 16        |
| Expérience professionnelle   | 16        |
| Sexe   | 17        |
| Âge  | 17        |
| Répartition des diagnostics  | 17        |
| Gravité du trouble en début de traitement  | 19        |
| <b>B Résultats de la catamnèse pour l'ensemble de l'échantillon de l'étude PAP-S</b> | <b>20</b> |
| 1. Remarques en préambule  | 20        |
| 2. Résultats de la catamnèse   | 21        |
| 3. Échantillons  | 22        |
| a. Comparaison avec la phase pré-suivi   | 22        |
| b. Comparaison avec la phase post-suivi  | 23        |
| 4. Pourquoi autant de perte de suivi?  | 24        |
| 5. Évolution chronique et résultats à long terme                                     | 28        |
| 6. Résultats thérapeutiques par groupes diagnostiques                                | 31        |
| 7. Résumé des examens catamnésiques  | 35        |
| <b>C Interventions thérapeutiques et fidélité au concept (treatment adherence)</b>   | <b>38</b> |
| 1. Remarques en préambule  | 38        |

|  |           |
|--|-----------|
| a. Principes de l'examen   | 38        |
| b. Instituts participants et approches thérapeutiques  | 40        |
| 2. Ensemble de l'échantillon   | 42        |
| a. Thérapeutes et patients   | 42        |
| 3. Résultats relatifs à l'importance de la fidélité au concept dans les interventions thérapeutiques | 44        |
| <b>Bibliographie</b>   | <b>48</b> |

## **A Description de l'étude**

### **1. Antécédents de l'étude PAP-S**

Avant-propos de la Charte suisse pour la psychothérapie

Peter Schulthess, Margit Koemeda

#### **a. Situation de la psychothérapie en Suisse**

Il existe traditionnellement en Suisse une grande diversité des méthodes de psychothérapie. La situation est donc fondamentalement différente de celle que l'on trouve dans certains autres pays européens. Jusqu'à maintenant, ni le législateur ni les caisses maladie n'avaient limité cette diversité. Mais la réglementation de la psychothérapie et les remboursements des caisses maladie dépendent de la formation de base qu'ont suivie les psychothérapeutes avant la formation postgrade. Il n'existe pas de loi sur la psychothérapie qui réglementerait cette profession de manière spécifique. Une distinction est faite entre la psychothérapie médicale (qui est exercée par des médecins) qui est réglementée par la loi sur les professions médicales et la psychothérapie non médicale (qui est exercée par des personnes qui ne sont pas médecins), réglementée par la loi sur les professions relevant du domaine de la psychologie. Avant que ne soit instaurée la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie, les personnes issues d'autres professions ou possédant d'autres diplômes (par exemple en pédagogie, en d'autres sciences sociales) pouvaient exercer la psychothérapie - à condition d'avoir suivi une formation pertinente à l'exercice d'un procédé psychothérapeutique. Les dispositions transitoires de la loi fédérale sur les professions relevant du domaine de la psychologie le leur permettent toujours.

Pendant longtemps en Suisse, seuls les médecins étaient autorisés à pratiquer la psychothérapie. Ceci jusqu'au moment où, dans l'un de ces jugements, le tribunal fédéral a constaté que cette restriction était inconstitutionnelle puisque, de toute évidence, certains psychothérapeutes étaient qualifiés sans pour autant être médecins. Pendant de nombreuses années, la psychothérapie n'a pas été réglementée par une loi fédérale parce que le domaine sanitaire est contrôlé par les cantons. On a alors abouti à une situation dans laquelle la réglementation variait selon le canton. Certains d'entre eux autorisaient, en plus des médecins, uniquement les psychologues à pratiquer la psychothérapie, alors que d'autres acceptaient également des formations de base relevant du domaine d'autres sciences sociales. Des différences existaient également en ce qui concernait les courants de psychothérapie reconnue. Certains étaient reconnus dans toute la Suisse, alors que d'autres ne l'étaient que dans certains cantons. Par ailleurs, l'étendue de la formation exigée était elle aussi variable. D'un point de vue politique, la situation n'était pas simplifiée par le fait que les principaux groupements professionnels appliquaient des critères différents au niveau de la profession de base et de la formation en psychothérapie. Une loi fédérale sur les professions du domai-

ne de la psychologie est entrée en vigueur au printemps 2013, éliminant les différences entre les cantons. Dans ce contexte, on considère que la psychothérapie non médicale est une profession de la psychologie et qu'elle exige obligatoirement une formation de base en psychologie (clinique). De manière analogue à la réglementation concernant les médecins, la véritable formation à la psychothérapie est suivie après les études de psychologie, en tant que formation postgrade. La psychothérapie est la seule profession de la psychologie qui est réglementée dans la loi. Les normes en rapport avec la formation postgrade ont été nettement abaissées et, à l'avenir, elles seront moins élevées que les exigences posées auparavant par les groupements professionnels et par les cantons. On ne sait pas encore quel effet cela va avoir sur la qualité des thérapies. On ne sait pas non plus dans quelle mesure la nouvelle loi sur les professions de la psychologie va contribuer à restreindre la diversité des méthodes. Selon une étude menée par Beeler [1], il faut considérer qu'environ la moitié des psychothérapies sont menées par des médecins. Sur le plan du droit des assurances sociales, la psychothérapie est réglementée comme suit: les prestations fournies par les médecins sont remboursées par l'assurance de base (indépendamment de la méthode utilisée). Il en va de même des thérapies que l'on appelle « déléguées »: c'est le médecin qui demande le remboursement aux caisses maladie, mais la thérapie est menée par un psychothérapeute non médecin, salarié par celui-ci. Les prestations psychothérapeutiques fournies par des thérapeutes non médecins pratiquant à titre indépendant ne sont pas remboursées par l'assurance de base. Seuls les patients ayant souscrit une assurance complémentaire privée peuvent toucher une partie du coût des prestations, les remboursements étant variables d'une caisse à l'autre.

Dans ce sens, l'étude PAP-S a été menée durant une phase pendant laquelle la psychothérapie en Suisse a subi un changement considérable. L'occasion de mener une recherche importante, indépendante des différentes méthodes, devait être considérée comme une sorte de dernière chance puisqu'on ne savait pas vraiment jusqu'où la diversité des méthodes allait être restreinte (comme c'est le cas, par exemple, en Allemagne). Le fait que la psychothérapie se soit trouvée en mutation est également manifeste au niveau des différentes formations de base: des psychothérapeutes ont participé à l'étude, qui ne sont ni médecins ni psychologues. La nouvelle législation va faire que ces derniers vont progressivement « disparaître » puisqu'à l'avenir, seuls des médecins et des psychologues auront accès à la formation postgrade. Concernant les thérapeutes qui pratiquent déjà, mais ne sont ni médecins ni psychologues, un droit transitoire s'applique: ils peuvent continuer à exercer leur profession.

## **b. Historique et institutions de la Charte suisse pour la psychothérapie**

Dans les années 1980, nulle part dans le monde les professionnels n'avaient défini de standards communs en rapport avec la formation en psychothérapie. Il existait bien des groupements pro-

fessionnels en Suisse, mais ceux-ci se trouvaient constamment confrontés à des problèmes lorsqu'ils voulaient admettre de nouveaux membres ayant suivi des formations différentes. Les instituts affiliés à l'*Association suisse des psychothérapeutes (ASPV)* ont alors décidé de mettre en place une Conférence suisse des instituts de formation et associations professionnelles en vue de parvenir à un accord sur les standards de formation et de surmonter les rivalités entre courants et la manière dont ceux-ci tendaient à peu s'apprécier; l'objectif était de mettre en place de futurs standards communs, tout en maintenant la diversité des méthodes. Des réunions ont été organisées entre 1989 et 1991, au cours desquelles un texte intitulé « Charte suisse pour la psychothérapie » fut élaboré. Cette Charte décrivait le consensus qui avait été atteint concernant les contenus de la formation, son étendue minimum, son fondement scientifique, ainsi que des lignes d'éthique applicables à la formation et à l'exercice de la profession. Elle fut ratifiée en 1993 – d'abord par 27 instituts de formation et groupements spécialisés ou professionnels. Ces instituts et associations représentent les trois principaux courants: psychologie des profondeurs, psychothérapie humaniste et thérapie par le corps.

La *Charte suisse pour la psychothérapie* fut d'abord une commission de formation indépendante au sein de l'*Association suisse des psychothérapeutes (ASP)* puis elle devint une association autonome en 1997, l'ASP en devenant membre afin de mettre en évidence le fait qu'elle aussi doit respecter les normes de la Charte.

Les institutions de la *Charte* considèrent la psychothérapie comme une profession indépendante dans laquelle le savoir acquis par différentes sciences est exploité. La *Charte* soutient les efforts qui sont entrepris pour développer plus avant les aspects scientifiques, espérant que la psychothérapie va devenir une science en soi qui pourra être étudiée directement par les futurs psychothérapeutes.

La *Charte* garantit ainsi que la formation en psychothérapie se situe à un niveau de qualité élevé. Elle considère que la formation doit se faire selon une seule méthode et rejette les « formations recomposées » dans lesquelles des éléments sont empruntés aux différents courants. La théorie, l'apprentissage de la méthode, la supervision et l'expérience sur soi doivent se faire au sein d'un même courant, formant un tout cohérent. Une partie de la formation peut être faite selon d'autres approches, mais celles-ci doivent être compatibles avec le courant choisi.

Au cours des ans, toute une série de colloques scientifiques a été organisée, auxquels ont participé régulièrement des délégués de toutes les institutions – celles-ci s'étant engagées à respecter cette obligation. Ces colloques ont permis d'approfondir les points communs et les différences entre les différents courants de psychothérapie. Des débats ont également été menés pour savoir

comment le caractère scientifique d'une méthode pouvait être démontré et le choix d'un design de recherche applicable aux différents courants [2].

## 2. Évolution de l'étude

### a. Histoire de la préparation du projet jusqu'en février 2007

L'étude a été précédée d'une série de colloques scientifiques ayant pour objectif de définir et de débattre de l'image de l'homme, de la notion de santé et de maladie, ainsi que de la conception de la thérapie et de son contexte, soutenus par les courants membres de la *Charte suisse pour la psychothérapie* [3]. De plus, en 2002, une déclaration de cette dernière en rapport avec le concept et les exigences relatives au caractère scientifique des méthodes de psychothérapie a été élaborée et approuvée [4, 5]. Toutes les institutions et associations affiliées à la *Charte suisse* ont dû répondre à une liste de questions élaborée en son sein et argumenter leurs réponses dans le cadre desdits colloques. Une fois cette démarche aboutie, les réserves scientifiques imposées à chaque méthode ont pu être levées par décision de l'assemblée des membres.

Selon la déclaration scientifique, les responsables des méthodes signataires doivent apporter la preuve que leur approche est efficace. La question de savoir quel type de recherche doit être appliqué à la pratique de la psychothérapie a fait l'objet de débats animés dans d'autres colloques scientifiques. D'une part, un règlement et des dispositions d'application sont venus compléter la déclaration scientifique [6]. Puis un accord a été trouvé pour créer un design de recherche de type naturaliste, axé sur la pratique ambulatoire, qui a été utilisé lors de la préparation et de la mise en œuvre d'une étude sur les outcomes des processus.

La Charte suisse pour la psychothérapie a chargé le professeur Volker Tschuschke de l'*Université de Cologne*, ainsi que le professeur Hugo Grünwald, de la *Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)*, de la direction scientifique du projet. La Charte a formé un conseil scientifique, dont les membres devaient contribuer à la planification des questions pertinentes du point de vue de la pratique, des données concrètes et des besoins. En faisaient partie en 2005 [21]: Dr. Rudolf Buchmann (*SIKOP*), Arnold Frauenfelder, lic. phil. (*IfP*), Dr. Margit Koemeda-Lutz (*SGBAT*), Verena Maggioni Müller (*SGBAT*), Dr. Mario Schlegel (*SSPA*), Peter Schulthess, lic. phil. (*IGW*), Dr. Almut Schweikert (*Szondi*), Dr. Lutz Wittmann (*PSZ*).

Dans le supplément au *Psychotherapie Forum* 14 (3) 2006, P. Schulthess écrit que « le projet de recherche PAP-S (...) est en bonne voie. Onze institutions de la *Charte* ont décidé d'y participer. Des entretiens (...) ont actuellement lieu avec des institutions intéressées qui ne sont pas membres de la *Charte*. L'étude pilote et de faisabilité menée à Zurich doit être terminée avant la fin de l'année. Le *Fonds national (FN)* a évalué le projet et décidé de ne pas lui apporter son soutien financier dans un premier temps, mais il a approuvé le design de la PAP-S (étude naturaliste de la pratique) ». (p. 93)

Après de longues négociations avec les partenaires contractuels (direction scientifique, institutions collaborantes), ainsi que d'éclaircissements juridiques et de travaux détaillés concernant le budget, la réalisation de la « Praxisstudie Ambulante Psychotherapie – Schweiz » (étude de la pratique ambulatoire de la psychothérapie, PAP-S) a été décidée par l'assemblée des membres du 21.01.2006. En vue d'apporter un soutien aux participants romands, plusieurs tentatives de coopération avec l'*Institut de psychothérapie de l'Université de Lausanne* (professeurs Duruz et Déplands) ont été faites, malheureusement sans succès à long terme.

L'étude a été financée en partie par des contributions des institutions participantes (en fonction du nombre de leurs psychothérapeutes membres, le montant étant de Fr. 150 par psychothérapeute pendant les 4 premières années, puis de Fr. 130 par an). Un don anonyme de plus d'un million de francs a été fait à l'été 2006, qui nous a été transmis par un cabinet d'avocats par l'intermédiaire de la Direction des affaires sanitaires du canton de Zurich. Ceci a permis d'assurer le financement de l'étude sans le soutien du Fonds national et celle-ci a pu être lancée pour une durée prévisionnelle de 6 ans.

Une étude pilote a été menée dans le canton de Zurich entre le printemps et la fin 2006; il s'agissait de vérifier la faisabilité du design de recherche [8].

#### **b. Réalisation du projet de mars 2007 à décembre 2012**

Le projet a véritablement été lancé début mars 2007. La collecte de données a duré jusqu'à l'été 2012 (le recrutement de nouveaux patients ayant été arrêté en juin 2011). L'évaluation finale (niveaux pré-post-thérapie; le rapport concernant les résultats de la catamnèse sera achevé à la fin 2015), le rapport global et les rapports adressés aux instituts ont été rédigés à la fin 2012.

Les tâches suivantes devaient être accomplies avant de pouvoir réaliser l'ensemble du projet:

##### **1) S'assurer de la participation de psychothérapeutes travaillant à titre indépendant**

De nombreuses séances d'information dans le cadre des colloques de la *Charte*, ainsi que des manifestations organisées au sein des instituts ou adressées à des spécialistes ont servi à faire connaître le projet de recherche; pendant plusieurs années, des psychothérapeutes pratiquant différentes méthodes ont été invités à y participer (2006-2010).

Les thérapeutes ont été priés d'inviter à collaborer tous ceux de leurs patients qui commenceraient un traitement à compter du début de l'étude. Les patients ont reçu des informations sur le sens et l'objectif de l'étude, sur le fait que leur participation demeurait volontaire, sur l'étendue de celle-ci, sur le fait que le traitement et la participation à l'étude demeuraient des aspects indépendants l'un de l'autre, sur l'anonymisation de leurs données; il leur a également été dit qu'ils pouvaient renoncer à tout moment à participer.

## **2) Requêtes relatives à l'éthique**

Ces requêtes ont dû être adressées aux commissions d'éthique compétentes dans tous les cantons dans lesquels des psychothérapeutes participaient à l'étude afin d'obtenir leur autorisation (janvier à décembre 2007). La réponse a finalement été positive dans tous les cas.

## **3) Mise en place de centres d'évaluation (assessment)**

Lors de plusieurs manifestations organisées par la *Charte*, mais aussi par le biais de contacts personnels, des collègues ont été interrogés pour savoir s'ils étaient disposés à se former en tant qu'experts indépendants en diagnostic et à collaborer à l'étude à ce titre. Pendant la durée du projet, env. 30 personnes se sont mises à disposition, assumant diverses tâches. Des centres d'évaluation ont été installés dans 9 villes suisses où devaient se rendre les participants au début et à la fin du traitement, ainsi qu'un an plus tard. Ils ont passé des entretiens détaillés (une heure, voire plus, suivie de ratings OPD concernant l'axe 'structure et conflits', puis de tests SKID-I et II). Ils devaient également remplir une série de questionnaires en rapport avec des tests soigneusement choisis. Les centres d'évaluation (assessment) étaient situés à Bâle, Berne, Coire, Genève, Lausanne, Lucerne, Neuchâtel, Saint-Gall et Zurich.

## **4) Formation d'experts indépendants en diagnostic**

Entre 2006 et 2011, 8 journées de formation ont été organisées, en partie sous la direction de membres du groupe de travail pour le diagnostic psychodynamique opérationnalisé (Arbeitskreis für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD/Prof. Dr. H. Freyberger, Stralsund, et Dr. Th. Jakobsen, Bâle), en partie centrées sur la conduite d'interviews SKID (« SKID-Interviewführung »/Pia Heller, lic. phil., Zurich). La plupart des rencontres ont été présidées par Peter Müller-Locher, de Horgen. Après une introduction aux techniques d'interview pertinentes et la gestion de questions d'organisation, ces manifestations ont ensuite surtout servi à améliorer l'interfiabilité, en particulier dans l'évaluation des interviews OPD.

## **5) Inviter les groupements professionnels extérieurs à la *Charte* et des représentants des courants à collaborer**

En plus des efforts que nous avons entrepris pour motiver autant d'institutions membres de la *Charte* que possible à participer, nous avons également tenté d'encourager la participation de collègues et de groupements impliqués dans l'offre psychiatrique-psychothérapeutique ambulatoire en Suisse. Des contacts et des négociations ont eu lieu en particulier avec l'*Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung Meilen*,

avec la *Schweizerische Vereinigung für Systemische Therapie und Beratung*, la Société suisse de thérapie par entretiens et centrée sur la personne (STECP/*Schweizerischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personzentrierte Beratung SGGT*), la Société suisse de thérapie du comportement (*Schweizerische Gesellschaft für Verhaltenstherapie, SGVT*), la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie, SSPP (*Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, SGPP*), ainsi qu'avec le groupement réunissant les médecins de famille (*Hausärzten Schweiz*) et l'association professionnelle qui fédère les médecins de famille et les pédiatres (*Berufsverband der Haus- und Kinderärzte/innen Schweiz*). Nous n'avons toutefois réussi à motiver que des instituts non membres de la *Charte*, à savoir l'*Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse DÖK* et le *Systemische Institut* de Vienne.

#### **6) Élaboration d'un manuel de rating**

Pour mieux saisir la spécificité méthodique de la psychothérapie appliquée dans des conditions naturalistes, nous avons d'une part, prié les thérapeutes participants d'enregistrer sur support audio toutes les séances intervenues au cours de l'étude – avec l'accord de leurs clients/patients. D'autre part, la direction de l'étude et certains représentants des instituts participants ont travaillé pendant deux ans à l'élaboration d'un catalogue d'interventions contenant des catégories aussi bien spécifiques à une méthode que des catégories plus globales (applicables à plusieurs méthodes). [9]

### 3. Design de l'étude

#### a. Étude naturaliste versus étude en laboratoire

Les instituts de la Charta ont passé beaucoup de temps, durant la phase de préparation de l'étude, à débattre pour savoir quel type d'étude serait le plus adéquat. Ils avaient le choix entre deux possibilités: une étude randomisée et contrôlée (*randomized controlled study* = *RCT*), que l'on appelle également étude d'efficacité (*efficacy study*) et qui aurait dû être menée pratiquement en conditions de laboratoire – avec toutes les conséquences que cela aurait eu pour les thérapies – ou une étude dite naturaliste (*effectiveness study*) au cours de laquelle les thérapies seraient influencées le moins possible par le travail des collaborateurs scientifiques – en conditions « naturelles » donc.

Nous avons traité en détail des avantages et des inconvénients des deux approches dans le cadre d'une première publication [8]. Finalement, il a été décidé de mener une étude naturaliste, ceci pour les raisons suivantes:

- Les instituts de la *Charta* souhaitaient évaluer les effets thérapeutiques réels de traitements menés dans la pratique quotidienne où sont appliqués les différents concepts spécifiques à différents courants et instituts.
- Il ne fallait pas que la recherche ait des influences décisives sur la pratique psychothérapeutique/clinique des thérapeutes (ce qui permettrait de maintenir à un niveau aussi élevé que possible la *validité externe*, c'est-à-dire l'impact des résultats de l'étude).

Tous les psychothérapeutes participants et toutes les thérapies incluses devaient être influencés aussi peu que possible par les chercheurs, les traitements étant menés en fonction d'une routine quotidienne. D'autre part, il fallait investir beaucoup au niveau de la recherche pour que les critères choisis sur des bases scientifiques soient adéquats. Composition du groupe de gestion scientifique (par ordre alphabétique: Aureliano Cramer, lic. phil., Dr. Margit Koemeda, Peter Schulthess, lic. phil.; Prof. Volker Tschuschke, Prof. Agnes von Wyl – durant la phase de planification et au début de l'étude ont également appartenu à ce groupe le Dr. Ruedi Buchmann, Dr. Mario Schlegel et Prof. Dr. Hugo Grünwald à la place d'Agnes von Wyl). Ce groupe a alors choisi, en accord avec les instituts de la *Charta*, une étude naturaliste analysant les résultats des processus. Il s'agissait de cerner les caractéristiques pertinentes des processus pour les différents concepts utilisés, en établissant des liens avec les résultats de la thérapie.

Le design de l'étude est décrit ci-après. Il s'accompagne aussi de données descriptives obtenues lors du recueil de base décrit par Wyl et al. 2013 [24].

## **b. Étude sur les outcomes des processus**

Les études de type processus-résultats menées en psychothérapie doivent fournir des informations sur les caractéristiques et les processus qui provoquent, en cours de traitement, des changements thérapeutiques – qui sont d'ailleurs visés par la thérapie. Dans le cadre de l'étude PAP-S, nous avons décidé d'examiner la qualité de l'alliance thérapeutique, la charge psychique subie initialement par le patient et l'évaluation par les thérapeutes des interventions qu'ils considèrent personnellement comme adéquates lors d'une séance donnée (voir ci-dessous la description de la procédure appliquée). Ces dimensions devaient nous permettre d'étudier une variable très importante dans le processus thérapeutique – la qualité de l'alliance thérapeutique – et sa signification par rapport à la réussite du traitement; nous voulions également analyser comment la relation de travail évoluait en cours de thérapie et quels étaient les rapports entre cet aspect et le progrès de la thérapie.

Nous voulions établir des rapports entre la manière subjective dont les thérapeutes évaluaient leur type spécifique d'interventions (fidèles à leur propre concept) et des évaluations objectives menées par des « raters » (voir plus bas) indépendants; ceci devait nous permettre d'obtenir une comparaison indiquant à quel point les thérapeutes sont réalistes au moment de juger leur propre technique et comment les deux perspectives – objective et subjective – sont liées au résultat ultérieur de la thérapie.

## **c. Batterie de tests d'outcome**

Nous avons choisi les procédures permettant de mesurer l'outcome en fonction de l'état actuel de la recherche internationale en psychothérapie. Il fallait sélectionner des procédures reconnues et valides qui permettraient également de publier les résultats de la recherche dans des revues spécialisées en Suisse et à l'étranger.

Normalement, trois niveaux de mesure sont pris en compte: la perspective du patient, celle du thérapeute traitant et celle de cliniciens ou de chercheurs indépendants.

Les mesures ont été effectuées à trois moments dans le temps: au début du traitement, après la dernière séance de thérapie (donc à la fin du traitement) et un an après cette dernière (catamnèse).

La réussite du traitement a été mesurée pour chaque approche (comparaisons pré-post-thérapie et pré-catamnèse) de sorte qu'elle puisse être quantifiée dans ses différentes dimensions. De plus, une *valeur globale* a été calculée à partir des quatre procédures d'outcome (BSI, OQ-45, BDI et GAF) aux trois moments mentionnés (pré-thérapie, post-thérapie et catamnèse) afin d'asseoir l'effet de la thérapie sur une base plus large (stratégie du critère d'out-

come multiple) [11, 12]: le succès ou l'échec de la thérapie se construit à différents niveaux, c'est-à-dire qu'il faut partir du principe qu'il se reflète de manière variable dans les différents tests ; cette base large permet d'évaluer la réussite ou l'échec de manière plus fiable que ce n'est le cas lorsqu'on utilise chaque test indépendamment.

L'addition des valeurs correspondant à chaque procédure de mesure et à chaque moment de la mesure se fait par le biais de *standardisations de la valeur T* pour les différents scores des tests puisque, par définition, ces scores se répartissent de manière différente pour les quatre tests.

Perspective du patient: la procédure la plus utilisée est sans doute la *SCL-90-R* [13], une check-list de symptômes contenant 90 questions sur tous les symptômes somatiques et psychosociaux qui se sont manifestés au cours des sept derniers jours (exemples: anxiété, dépression, compulsions, somatisations, symptômes d'ordre psychiatrique). Nous avons choisi la forme abrégée de ce test, le *Brief-Symptom Inventory (BSI)* qui inclut 53 questions, mais les mêmes dimensions, au nombre de neuf, que la *SCL-90-R*. Il s'est avéré que cette approche réagit de manière très sensible au changement, même d'une séance à l'autre.

Nous avons utilisé, comme deuxième test se plaçant dans la perspective du patient, l'*Outcome-Questionnaire 45-2 (OQ-45)* [14] qui est considéré comme indispensable aux études menées actuellement; il s'agit de 45 questions sur les symptômes, les relations interpersonnelles et les rôles sociaux.

Enfin, nous avons utilisé le *Beck-Depressions-Inventar (BDI-II)* [15] qui contient 21 questions en rapport avec les symptômes de dépression.

Perspective des thérapeutes traitants et de cliniciens indépendants: les thérapeutes – mais également des cliniciens indépendants – ont eu à évaluer le niveau de fonctionnement psychiatrique des patients au début du traitement, à la fin de celui-ci et un an plus tard (catamnèse) dans le cadre du *Global Assessment Functioning Scale (GAF)*, ainsi que par rapport à l'axe V du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)* [16].

Perspective des cliniciens indépendants: l'*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)* [17], qui se réfère à la théorie psychodynamique, a été utilisée exclusivement par des évaluateurs indépendants formés à la procédure pour analyser les axes III (niveau structurel) et IV (niveau de gestion des conflits) avant et après le traitement. De plus des interviews cliniques structurées (*Strukturierte Klinische Interview (SKID-II)*) ont été menées pour le DSM-IV [18].

#### **d. Procédures de mesure des processus**

Le *Helping Alliance Questionnaires* (HAQ) [19] selon Luborsky a été utilisé pour évaluer l'alliance thérapeutique toutes les cinq séances – aussi bien par les patients que les thérapeutes. Ce questionnaire contient 12 items répartis sur deux échelles: *satisfaction par rapport à la relation thérapeutique et satisfaction par rapport à la thérapie*. De plus, les patients ont rempli le *OQ-45* (voir le point c), ce qui a permis d'obtenir une valeur liée à l'évolution des problèmes symptomatiques, interpersonnels et sociaux, ceci tout au long de la thérapie.

Enfin, chaque thérapeute a rempli pour chaque séance une *check-list* qui devait lui permettre de saisir ses impressions personnelles par rapport aux interventions techniques menées juste avant. Une partie des techniques d'intervention comprises dans la liste était la même pour tous les thérapeutes; il s'agissait d'interventions non spécifiques jouant sans doute un rôle dans toutes les approches. Mais la liste comptait aussi des techniques d'intervention caractéristiques, associées à l'approche dans laquelle le thérapeute avait été formé ou à l'institut auprès duquel il avait fait sa formation. Une description de ces techniques spécifiques d'intervention avait été élaborée par les instituts participant à l'étude. Elle a été ajoutée à la liste des techniques moins spécifiques. Chaque thérapeute a donc reçu – en fonction de son appartenance à un courant – une liste comptant au plus 35 items qu'il devait évaluer après chaque séance sur une échelle de 0 (absent) à 10 (utilisé très souvent/de manière très intensive). Il s'agissait de comparer les ratings subjectifs et les ratings objectifs (voir le point e).

#### **e. Ratings objectifs des interventions thérapeutiques sur la base d'un manuel**

Une bonne partie des thérapeutes participants a été d'accord pour enregistrer sur support audio et de manière régulière et continue toutes les séances en rapport avec les traitements psychothérapeutiques inclus dans l'étude, ceci à condition que les patients aient consenti à participer à la recherche (cf. le point 3.a.ii).

Des enregistrements de séances thérapeutiques, auxquels tous ont procédé régulièrement, ont été choisis de manière aléatoire et ont fait l'objet d'un rating complet. Un manuel d'un nouveau genre, rassemblant 100 techniques d'intervention, a été élaboré afin de permettre d'évaluer l'intégrité des interventions thérapeutiques. Les différents instituts participants ont fourni des définitions des techniques qu'ils considèrent comme typiques et indispensables à leur approche psychothérapeutique [9]. Pour compléter ces définitions, des techniques d'intervention essentielles et caractéristiques qui relèvent de courants importants ne participant pas à l'étude (thérapie du comportement, thérapie centrée sur le client, thérapie systémi-

que) ont été prises en compte. Dans ce but, nous avons fait appel à des spécialistes des approches concernées\*. Enfin, nous avons tenu compte du fait que des interventions non spécifiques – dans le sens où elles ne sont pas associées à un courant – jouent également un rôle; nous avons extrait des travaux de recherche les catégories d'intervention les plus souvent mentionnées et les avons intégrées au manuel [9]. Toutes les catégories sont structurées selon le même principe: on donne d'abord une définition de l'intervention, pour ensuite présenter quelques formes d'opérationnalisation (qu'est-ce qui doit être présent pour que l'intervention soit attribuée à cette catégorie?); puis, mention est faite des catégories similaires et des différences avec d'autres catégories. Enfin, des exemples types sont indiqués. Le manuel a été élaboré par trois collaborateurs scientifiques indépendants pendant une période de deux ans par le biais d'échanges constants avec les instituts collaborateurs.

La version du manuel distribuée aux raters n'inclut aucune indication sur le rattachement des 100 catégories de rating aux différents courants/approches ou instituts. Les évaluations ont été faites sur la base d'une phrase grammaticale pour chaque intervention thérapeutique (*unité d'évaluation*). Lorsque la catégorie s'applique, un nombre entre 1 et 100 (numérotation des catégories) lui est attribué; deux catégories s'excluent mutuellement; en cas de doute, aucun code n'est attribué. Entre 30 et 70 interventions thérapeutiques par séance ont été mises en œuvre par les thérapeutes. Au total, et au moment où nous rédigeons le présent rapport, 448 séances relevant de 136 thérapies ont été entièrement évaluées (ce qui signifie que 3 à 4 séances par thérapie ont fait l'objet d'un rating). Tous les instituts participant à cette étude et tous les concepts sont illustrés de façon représentative dans ces 136 thérapies. Sur le total des enregistrements audio de psychothérapies fournis par les instituts/concepts impliqués dans cette étude, 50 à 73,3 % ont fait l'objet depuis d'un rating objectif [43]. Les paroles des patients en cours de séance ont été privilégiées lorsque celles des thérapeutes n'étaient pas suffisamment claires (*unité du contexte*). Des scores ont été calculés pour chaque séance et sont exprimés en pourcentages. Dans ce but, les valeurs brutes (sommées) de toutes les interventions typiques du contexte, globales/non spécifiques et empruntées à d'autres approches ont été additionnées, puis converties en pourcentages (on obtient un total de 100 % d'interventions par séance) (*unité d'évaluation*). Des pourcentages ont été calculés pour les trois ou quatre séances par thérapie ayant fait l'objet d'un rating (qu'il s'agisse d'interventions conformes au concept, non spécifiques/générales ou empruntées à d'autres approches). La démarche de formation des sept évaluateurs a exigé beaucoup de travail; elle a duré deux ans et a finalement abouti à

---

\* Nous adressons nos sincères remerciements à Eva-Maria Biermann-Ratjen, Jochen Eckert, Gabriele Angenendt et Hugo Grünwald pour ce travail.

une ICC (Interrater-reliability) ou corrélation intraclass (coefficient kappa de Cohen) de 0,63-0,67, ce qui est considéré comme très satisfaisant si l'on pense à la difficulté qu'il y a à définir avec exactitude une unité d'évaluation, c'est-à-dire ce laps de temps où le thérapeute commence et finit une nouvelle intervention. La corrélation interclass de la majorité des échelles de rating « Adherence-Competence » ne se situe qu'autour de 0,50 [20].

## 4. Description de l'échantillon

### a. Ensemble de l'échantillon

Dix des (actuellement) 22 instituts et concepts affiliés à la Charte suisse pour la psychothérapie ont initialement décidé de participer à l'étude. Il s'agit des membres suivants:

- Psychologie analytique (Institut C.G. Jung Zurich, ISAP, SSPA) (psychologie des profon-  
deurs)
- Analyse bioénergétique (SSATB) (psychologie des profondeurs) et Österreichische Ge-  
sellschaft für körperbezogene Psychotherapie – analyse bioénergétique (DÖK)
- Europäische Gesellschaft für Interdisziplinäre Studien (EGIS) –  
Psychothérapie par l'art et l'expression (intégrative)
- Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz (GES) (humaniste)
- Thérapie Gestalt (ASG) (humaniste)
- Institut für Prozessarbeit (IPA) (psychologie des profondeurs)
- Integrative Körpertherapie (IBP) (humaniste)
- Logothérapie et analyse existentielle (ILE) (humaniste)
- Psychanalyse (psychologie des profondeurs)
- Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse (SGTA) - Association Suisse d'Analyse  
Transactionnelle (ASAT) (humaniste)

En cours d'étude, les collègues romands membres de l'*Association Suisse d'analyse transactionnelle (ASAT)*, ainsi que les membres de l'*Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – Bioenergetische Analyse (DÖK)* ont également décidé d'y participer. Les thérapies *ASAT* ont été jointes à celles de la *SGTA* en un concept unique; de même, les thérapies *DÖK* ont été ajoutées aux thérapies *SSATB*.

### i. Thérapeutes

#### Sexe

Quatre-vingt-un (81) psychothérapeutes issus des douze instituts participants (10 concepts) ont participé de manière active à l'étude. Sur ces 81 thérapeutes, 54 sont des femmes (66,7 %) et 26 des hommes (32,1 %) (une donnée manque). La répartition des thérapeutes entre les deux sexes correspond donc aux proportions - deux tiers de femmes (♀) et un tiers d'hommes (♂) - fréquemment mentionnées dans la littérature. Cette même répartition a également été constatée lors de l'établissement d'un document de base concernant l'offre psychothérapeutique fournie en Suisse par les instituts et groupements membres de la *Charte suisse pour la psychothérapie* en 2001 [21].

### Âge

L'âge des thérapeutes est en moyenne de 50,2 ans (♀) et de 50,6 ans (♂). Ceci correspond également à peu près aux chiffres acquis dans le cadre de l'élaboration d'une documentation de base concernant l'offre psychothérapeutique fournie par la Charte suisse pour la psychothérapie en 2001 [21].

### Expérience professionnelle

En moyenne, l'expérience professionnelle acquise par les thérapeutes peut être considérée comme très longue: 7,1 ans (♀) et 10,6 ans (♂). Les thérapeutes de sexe masculin ont donc une expérience professionnelle légèrement plus longue. L'expérience professionnelle moyenne des psychothérapeutes ayant participé à l'étude *PAP-S* est nettement plus importante que celle enregistrée dans la plupart des études évoquées dans la littérature.

## **ii. Patients**

Les patients ont été recrutés entre mars 2007 et la fin juin 2011: chaque institut/thérapeute participant devait signaler à chaque nouveau patient qu'il avait la possibilité de participer à l'étude sur une base volontaire. Aucune limite n'a été posée à l'inclusion dans l'étude (par rapport au diagnostic, à l'âge, etc.). Chaque patient participant a signé une *déclaration de consentement*, dans laquelle le caractère facultatif de la participation et le fait qu'il était libre de renoncer à tout moment à cette dernière étaient mentionnés. Une autorisation de mener l'étude a été demandée aux commissions d'éthique de tous les cantons dans lesquels se situait un centre d'évaluation, soit sept cantons au total.

Il a été demandé à 1659 patients au total s'ils souhaitaient participer à l'étude. Parmi ceux-ci, 379 ont donné leur accord et ont été intégrés à l'étude. Seuls 362 patients se sont présentés à la pré-évaluation (au début de la thérapie) tandis que 17 patients ne sont pas venus. Nous avons donc pu inclure 362 patients dans l'étude. Cependant, un certain nombre d'entre eux a renoncé en cours de route à sa participation à l'étude ou à la thérapie ou a refusé de se présenter à l'évaluation finale. Leur nombre a été de 64 (ce qui correspond à 16,9 % des patients ayant été inclus dans l'étude: 39 patients ont interrompu leur thérapie, 31 ont renoncé à participer à l'étude, mais ont poursuivi leur thérapie, 2 patients ont tout simplement 'disparu' [pas de réaction à nos questions] et 2 thérapeutes ont renoncé à participer à l'étude). Au total, 350 patients n'ont interrompu ni l'étude ni la thérapie, mais ce nombre inclut des patients qui n'ont pas subi les tests menés en phase post-thérapie (bien qu'ils aient terminé leur thérapie de manière normale). Par ailleurs, des données manquantes au niveau des différents tests de résultats ont fait que nous ne disposons pas

de données complètes pour les 350 patients aux niveaux pré- et post-thérapie (Aureliano Cramerì prépare actuellement une publication dans laquelle il indique comment il est possible d'utiliser des modèles mathématiques pour renseigner les valeurs manquantes).

### Sexe

Nous retrouvons ici aussi la répartition typique de 2:1: 232 femmes (66,3 %) et 118 hommes parmi les patients (33,7 %).

### Âge

Les patients sont âgés en moyenne de 38,8 ans (♀) et de 40,1 ans (♂), soit en moyenne presque exactement 10 ans de moins que leurs thérapeutes. Ceci correspond également aux résultats de la documentation de base établie par la *Charte* [21].

### Répartition des diagnostics

Concernant les 350 patients inclus dans l'étude jusqu'à la fin de leur thérapie, les thérapeutes ont posé les diagnostics suivants (ICD-10 groupes de diagnostics principaux; les deux premiers diagnostics secondaires ont également été pris en compte) (tableau 1):

| <b>Diagnostics</b>   | <b>N</b> | <b>(%)</b> |
|--|----------|------------|
| Dépression de nature variable (classe 3 ICD-10)  | 105      | 30,0       |
| Classe incluant l'anxiété, les compulsions et les problèmes d'adaptation (classe 4 ICD-10) | 114      | 32,6       |
| Mélange d'anxiété et de dépression   | 45       | 12,9       |
| Trouble de la personnalité (classe 6 ICD-10)   | 61       | 17,4       |
| Autres   | 25       | 7,1        |

**Tableau 1:** Diagnostics selon l'ICD-10 (posés par les thérapeutes participant à l'étude PAP-S)

Des études épidémiologiques représentatives confirment que ce sont en particulier certaines formes de troubles affectifs et anxieux qui constituent la majeure partie des états psychiques morbides dans la population [21]. Selon une étude analysant la prévalence sur une période de 12 mois, une part importante de la population allemande doit être diagnostiquée comme souffrant de troubles anxieux ou de l'adaptation (selon le DSM-III) (troubles compulsifs: 0,7 %, phobies: 12,6 %, troubles anxieux généralisés: 2,5 %, troubles paniques: 2,3 % et troubles somatoformes: 11 %), ce qui correspond à un taux de morbidité de 29,1 % (soit 23,9 millions de citoyens sur une population totale de 82 millions.) Des troubles affectifs (troubles bipolaires: 1,3 %, dysthymies: 4,5 % et troubles dépres-

sifs: 8,8 %) ont été diagnostiqués chez 14,6 % de la population (soit près de 12 millions de personnes).

Parmi toutes ces personnes, seule une petite partie choisit de suivre un traitement psychothérapeutique.

Selon une enquête complète menée auprès des thérapeutes dans le cadre de l'élaboration d'une documentation de base par la *Charte*, les diagnostics ICD-10 se répartissaient comme suit parmi les patients traités: F3: 21 %, F4: 35,5 %, F6: 14,5 %. Si l'on inclut le groupe des troubles mixtes (anxiété/dépression) dans le groupe des troubles dépressifs (F3), l'étude *PAP-S* montre une répartition qui ressemble fortement à celle enregistrée au niveau de la documentation de base de la *Charte*; les données collectées dans ce contexte incluaient 16 053 séries pour des patients traités par 1292 thérapeutes [20].

L'étude *PAP-S* a également pris en compte les ratings diagnostiques posés par des évaluateurs (raters) spécialement formés au système SKID (une interview clinique structurée en rapport avec le DSM-IV) [22]. Dans le DSM-IV, les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité sont évalués sur des axes différents, ce qui n'est pas le cas dans l'ICD10. Il n'est donc pas nécessaire de décider si, par exemple, une dépression ou un trouble narcissique de la personnalité est l'aspect dominant. C'est pourquoi les pourcentages de troubles de la personnalité indiqués dans le tableau 2 sont plus élevés que lorsque le diagnostic principal était posé selon l'ICD-10. Nous constatons une prévalence similaire de troubles de la personnalité (44 %, cf. tableau 3) à celle qui avait été enregistrée dans l'étude de Grant et al. [23] où la part de troubles de la personnalité était de plus de 50 % pour les personnes ayant demandé un soutien psychologique professionnel.

| Axe I                    | N   | %     |
|--------------------------|-----|-------|
| Troubles affectifs       | 134 | 38,3  |
| Troubles anxieux         | 82  | 23,4  |
| Troubles de l'adaptation | 54  | 15,4  |
| Autres                   | 40  | 11,4  |
| Aucun                    | 40  | 11,4  |
| Total                    | 350 | 100,0 |

**Tableau 2:** Diagnostics associés à l'axe I selon le DSM-IV (ratings des évaluateurs)

Les diagnostics se répartissent comme suit (tableau 2, selon les 'axes'):

La catégorie ‘aucun’ inclut les codes V (similaires aux codes Z de l’ICD-10), les rémissions partielles et les troubles psychiques qui ne remplissent pas tous les critères d’un syndrome clinique selon le DSM-IV.

La répartition des troubles affectifs (entre 30 et 40 %) et des troubles anxieux/de l’adaptation (près de 40-45 %) ne diffère pas de manière importante entre les ratings des thérapeutes selon l’ICD-10 et les ratings des évaluateurs selon le DSM-IV.

| <b>Axe II</b>  | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|----------|----------|
| Cluster A (étranges-excentriques, ex. TP de type schizoïde)    | 8        | 2,3      |
| Cluster B (dramatiques-émotionnels, ex. TP de type borderline) | 43       | 12,3     |
| Cluster C (anxieux-craintifs, ex. TP de type dépendant)        | 103      | 29,4     |
| Aucun  | 196      | 56,0     |
| Total  | 350      | 100,0    |

**Tableau 3:** Diagnostics associés à l’axe II selon le DSM-IV (ratings des évaluateurs)

Le tableau 3 contient un résumé des diagnostics selon le SKID-II, c’est à dire des diagnostics de troubles de la personnalité posés par les évaluateurs.

Donc, si nous nous référons au DSM-IV, le diagnostic de troubles de la personnalité est plus fréquent que celui que les thérapeutes avaient posé en se référant à l’ICD-10.

#### Gravité du trouble en début de traitement

La répartition en catégories de diagnostic ne permet pas de définir la « gravité du trouble psychique ». En vue d’estimer celle-ci, nous avons mené une analyse hiérarchique de clusters incluant les quatre valeurs en phase pré-thérapie (au début de la thérapie). Nous avons utilisé le *critère Elbow* pour définir 5 clusters: trouble léger, trouble relativement léger, trouble de gravité moyenne, trouble grave et trouble très grave.

## **B Résultats de la catamnèse pour l'ensemble de l'échantillon de l'étude *PAP-S***

### **1. Remarques en préambule**

Ce document est un rapport final de portée générale établi par la *Charte suisse pour la psychothérapie* au sujet de l'étude *PAP-S*. Il inclut les analyses ultérieures des catamnèses menées dans le cadre de ce projet, un an après la fin des psychothérapies. Concernant les aspects fondateurs de l'étude (questions sur le design de l'étude, les instruments de mesure, etc.), ce rapport fait référence au premier rapport édité sur le projet, publié en février 2013 [25]. Le premier rapport se fonde exclusivement sur les résultats comparatifs des phases pré- et post-thérapie, c'est-à-dire sur une comparaison entre l'état initial et le résultat constaté aussitôt à la fin de la thérapie.

Les données relatives à la catamnèse, présentés dans le présent rapport, doivent permettre d'étudier les effets thérapeutiques dans la durée. Il présente l'évolution constatée entre le début de la thérapie et le suivi catamnésique d'un an après arrêt de la thérapie pour l'ensemble de l'échantillon de l'étude *PAP-S*.

Ce rapport inclut aussi les résultats d'analyse d'un échantillon de séances choisies parmi toutes les séances ayant fait l'objet d'un enregistrement audio (C).

## 2. Résultats de la catamnèse

L'état actuel des recherches en psychothérapie établit très majoritairement que les progrès obtenus sous psychothérapie restent stables pour l'essentiel après l'arrêt de la thérapie et que la situation peut même encore s'améliorer sans autre mesure thérapeutique [26]. Si ce principe s'applique à une majorité de patients - la méta-analyse classique de Smith et al. [27] a prouvé que 80 % de tous les patients suivant une psychothérapie vont mieux à l'issue de la thérapie que les personnes qui n'en n'ont pas suivie - l'amélioration ne les concerne toutefois pas tous. Certains patients ne réagissent pas, ou pas suffisamment, au traitement psychothérapeutique administré par un professionnel tandis que d'autres voient leur situation se dégrader à nouveau alors que la thérapie leur avait apporté une amélioration. Aucune réponse satisfaisante n'a été apportée jusqu'ici concernant les raisons expliquant que certains effets obtenus sous thérapie ne se maintiennent pas – à compter que le patient réagisse au traitement dans un premier temps [26].

Ce rapport final englobant la catamnèse permet d'identifier et d'évaluer les changements et améliorations obtenus pendant la psychothérapie suivie en ambulatoire sur la base de cas de thérapie fournis par les 10 instituts et concepts impliqués dans l'étude PAP-S, à partir d'un suivi catamnésique d'un an. Se référer au rapport final de 2013 concernant les effets constatés lors de la thérapie (comparaison pré- et post-thérapie). Ce document de 2013 recèle aussi toutes les caractéristiques relatives aux cas et aux thérapeutes entrant dans cette étude [25]. Le rapport final intégrant les données catamnésiques ne s'intéresse qu'aux évolutions constatées après la fin des traitements psychothérapeutiques, dans un délai d'un an (comparaison pré- et post-suivi).

### 3. Échantillons

Sur les 379 patients initialement inclus dans l'étude PAP-S, seuls 241 fournissent des données exploitables concernant les trois moments clés de l'analyse: t1 (pré-thérapie), t2 (post-thérapie) et T3 (suivi). Nous ne disposons malheureusement de résultats complets d'analyse avec les quatre mesures d'outcome pour la période allant du début de la thérapie à un an après la fin de la thérapie que pour 143 des 146 cas traités.

#### a. Comparaison avec la phase pré-suivi

Le tableau 1 présente les résultats thérapeutiques issus de la comparaison entre le début de la thérapie (pré-thérapie) et le suivi catamnésique à un an (Cat.) pour les quatre procédures d'outcome (*Brief Symptom-Inventory BSI*; *Outcome Questionnaire-45-2*; *Global Assessment Functioning Scale (GAF)*; *Beck Depression-Inventory BDI-II*).

Ce tableau indique les valeurs obtenues pour les 146 patients avant le début du traitement (pré-thérapie) et au moment de la catamnèse, un an après l'arrêt du traitement. Malheureusement, de nombreux patients dont les cas ont été présentés dans le rapport final de 2013 (p. 22) sont sortis de la base de calcul par rapport à l'évolution pré- et post-thérapie, car aucune donnée catamnésique n'a été disponible pour eux un an après l'arrêt de la thérapie (les données manquent pour 105 des 121 patients concernés par la comparaison pré- et post-thérapie).

On constate en tout cas une amélioration moyenne très significative de l'état du patient entre le début de la thérapie et un an après l'arrêt de celle-ci chez les 143 des 146 patients pour lesquels existaient des valeurs complètes issues des quatre procédures de test. Les effets constatés ont été cohérents et bien supérieurs aux effets thérapeutiques observés dans l'échantillon de patients (voir Rapport final de 2013, p. 22).

| Effets de la thérapie | VM    | N   | s     | Valeur T | p      | ES   |
|-----------------------|-------|-----|-------|----------|--------|------|
| BSI-GSI pré           | 0,78  | 146 | 0,51  | 12,08    | 0,0001 | 1,00 |
| BSI-GSI cat.          | 0,31  | 146 | 0,33  |          |        |      |
| OQ-45 pré             | 59,13 | 145 | 20,79 | 12,67    | 0,0001 | 1,05 |
| OQ-45 cat.            | 36,81 | 145 | 18,95 |          |        |      |
| GAF pré               | 64,62 | 144 | 13,59 | -13,41   | 0,0001 | 1,12 |
| GAF cat.              | 81,61 | 144 | 12,37 |          |        |      |
| BDI pré               | 13,61 | 143 | 9,29  | 12,34    | 0,0001 | 1,03 |
| BDI cat.              | 4,61  | 143 | 5,81  |          |        |      |

**Tableau 1:** Valeur pré-catamnèse pour les quatre tests de résultats et les 4 intensités d'effets (N = 143 - 146)

Ces résultats indiquent que les patients - en tout cas 143 des 146 pour qui les valeurs étaient complètes aux trois moments où la mesure a été réalisée - ont obtenu une stabilisation significative, voire une amélioration de leur état une fois la psychothérapie terminée, ainsi qu'en témoigne l'intensité nettement plus élevée des effets pour les quatre tests (calcul de l'intensité de l'effet [d de Cohen] par rapport à avant la thérapie et un an après l'arrêt de celle-ci).

### b. Comparaison avec la phase post-suivi

Le tableau 2 présente d'autres évolutions entre la fin de la thérapie et le suivi d'un an après l'arrêt de la thérapie. L'intensité des effets est comparativement faible, même si elle établit l'existence d'effets positifs se poursuivant après l'arrêt de la thérapie. Des effets même très significatifs dans le cas de l'évaluation clinique par des experts indépendants (*GAF*) et des symptômes (*BSI*), et significatifs dans le cas de la mesure de la dépression (*BDI*). Cette stabilisation, voire cette légère amélioration, s'applique à l'ensemble de l'échantillon en moyenne.

| Effets de la thérapie | VM    | N   | s     | Valeur T | p      | ES   |
|-----------------------|-------|-----|-------|----------|--------|------|
| BSI-GSI post          | 0,37  | 145 | 0,36  | 2,65     | 0,009  | 0,22 |
| BSI-GSI cat.          | 0,31  | 145 | 0,32  |          |        |      |
| OQ-45 post            | 37,89 | 144 | 20,02 | 1,10     | 0,272  | 0,09 |
| OQ-45 cat.            | 36,45 | 144 | 18,50 |          |        |      |
| GAF post              | 78,20 | 143 | 12,75 | -3,59    | 0,0001 | 0,30 |
| GAF cat.              | 81,69 | 143 | 12,38 |          |        |      |
| BDI post              | 5,77  | 142 | 6,50  | 2,46     | 0,015  | 0,21 |
| BDI cat.              | 4,48  | 142 | 5,62  |          |        |      |

**Tableau 2:** valeurs post-catamnèse aux quatre tests de résultats et intensité des effets (N = 142 - 145)

Il convient de distinguer les « bénéficiaires » de ceux qui n'enregistrent pas d'amélioration, voire constatent une légère dégradation de leur état au moment du suivi (voir ci-dessous). Ceci a permis de constater qu'une psychothérapie sérieuse, pratiquée par des psychothérapeutes expérimentés auprès de « véritables » patients pouvait permettre d'obtenir des effets bénéfiques très significatifs, et durables, dans une configuration ambulatoire quotidienne. Voilà qui confirme d'importantes méta-analyses relayées dans les publications de recherche qui indiquent que la majorité des patients suivant une psychothérapie obtient des effets bénéfiques et significatifs au plan clinique, qui restent stables, voire continuent de s'améliorer chez la majorité des patients une fois la thérapie finie [26].

#### 4. Pourquoi autant de perte de suivi?

Pour savoir quels sont les effets qu'il est possible de viser avec la psychothérapie, il faut également y intégrer la notion de stabilité de l'effet obtenu. Pour mieux cerner cette question, les études recourent à plusieurs périodes de suivi après la fin des traitements. Elles vont généralement de un an à deux ou trois ans, voire durent jusqu'à cinq ou dix ans dans des cas beaucoup plus rares. La difficulté tient au fait que la plupart des projets se déroulent sur des périodes plutôt courtes et que personne n'est plus payé ensuite pour mener d'autres investigations ultérieures, que les patients sont de moins en moins prêts, d'après tous les retours d'expérience, à participer à ces suivis à mesure que la période de traitement s'éloigne dans le temps. Ce à quoi il faut ajouter que les patients dont les résultats thérapeutiques sont peu favorables sont significativement moins enclins à coopérer que ceux qui prennent plaisir à se souvenir d'une expérience favorable puisque la psychothérapie a donné de bons résultats.

Le nombre de résultats manquants au moment de la catamnèse réalisée dans le cadre de l'étude *PAP-S* soulève les mêmes interrogations. Sur 241 patients, de 143 à 146 ont passé les tests ou ont été interrogés par les experts indépendants (pour le test *GAF*). En d'autres mots, l'évolution de la situation après la fin de la thérapie a pu être analysée chez 60 % de tous les patients environ.

Les deux groupes de patients - les observants et les autres – ont été comparés entre eux concernant diverses variables afin d'identifier d'éventuelles raisons expliquant l'absence de participation aux examens de suivi.

Le nombre de séances thérapeutiques prises en compte pour les deux groupes varie fortement (tableau 3).

|  | N   | VM   | s    | Diff. moyenne | p      |
|--|-----|------|------|---------------|--------|
| Patients avec amélioration par rapport à la pré-thérapie ou sans changement par rapport à la post-thérapie | 119 | 39,3 | 33,0 | 21,59         | 0,0001 |
| Patients manquants   | 93  | 60,9 | 41,3 |               |        |

**Tableau 3:** nombre de séances de thérapie pour les différents sous-groupes (ANOVA; test de Scheffé)

Les patients qui sont absents de nos examens de suivi catamnésique ont suivi un nombre de séances significativement plus élevé que les patients pour lesquels nous disposons de données de test complètes. Cette situation s'explique sans doute par le fait que certains des patients qui n'ont pas participé au suivi étaient encore sous traitement psychothérapeutique. Ce groupe a bénéficié en moyenne de 61 séances environ (ils ont donc été probablement traités pendant 20 semaines, voire

plus), contre 39 séances environ pour l'autre groupe qui a pu faire l'objet d'un suivi catamnésique. Cela signifie que certains patients sont restés plus longtemps que d'autres en thérapie et n'ont pas pu être intégrés dans le suivi catamnésique.

Cette raison ne peut, en tout cas, pas être la seule pour expliquer ce taux d'abandon relativement élevé. Nous avons étudié de plus près les patients pour connaître leur réponse au traitement psychothérapeutique en nous intéressant à l'ampleur de l'évolution chronique de leurs problèmes psychiques, à leur âge, à l'âge des thérapeutes, à l'expérience professionnelle des thérapeutes, à la nature du diagnostic selon l'ICD-10, ainsi qu'à la qualité de la relation thérapeutique. En tout cas, aucune des variables citées n'a joué de rôle et ne peut expliquer pourquoi un groupe a participé au suivi et l'autre non.

La réactivité différentielle des groupes au traitement psychothérapeutique apparaît très clairement lorsque les valeurs des tests obtenus aux trois instants de mesure sont comparés entre elles.

Le Tableau 4 compare le groupe de patients qui a vu son état s'améliorer nettement lors du suivi par rapport à avant la thérapie et chez qui cet effet thérapeutique n'a pas disparu lors de l'examen catamnésique, même par rapport à la mesure post-thérapie, au groupe de patients dont l'état s'est dégradé par rapport à la mesure initiale (pré-thérapie) et/ou la mesure réalisée à la fin de la thérapie (post-thérapie) pour les différents tests (groupe des non répondants) et à celui des non participants aux examens de suivi catamnésique.

|   | <b>N</b> | <b>Pré</b> | <b>Post</b> |                     | <b>Catamnèse</b> |                         |
|---|----------|------------|-------------|---------------------|------------------|-------------------------|
| <b>BSI</b>  |          | <b>VM</b>  | <b>VM</b>   | <b>p</b>            | <b>VM</b>        | <b>p</b>                |
| Patients avec amélioration par rapport à la pré-thérapie ou sans changement par rapport à la post-thérapie ( <b>A</b> ) | 119      | 0,75       | 0,38        | <b>0,059*</b> (A/B) | 0,24             | <b>0,0001****</b> (A/C) |
| Patients manquants lors de la catamnèse ( <b>B</b> )  | 97       | 0,86       | 0,50        |                     |                  |                         |
| Patients dont l'état s'est dégradé vs. pré- ou post-thérapie ( <b>C</b> )   | 25       | 0,88       | 0,34        |                     | 0,62             |                         |
| <b>OQ-45</b>  |          | <b>VM</b>  | <b>VM</b>   | <b>p</b>            | <b>VM</b>        | <b>p</b>                |

|  | N   | Pré   | Post  | Catamnèse       |  |
|--|-----|-------|-------|-----------------|--|
| Patients avec amélioration par rapport à la pré-thérapie ou sans changement par rapport à la post-thérapie (A) | 119 | 58,43 | 38,49 | 0,018** (A/B)   |  |
| Patients manquants lors de la catamnèse (B)  | 97  | 66,17 | 47,03 | 0,001**** (A/C) |  |
| Patients dont l'état s'est dégradé vs. pré- ou post-thérapie (C)   | 25  | 61,88 | 35,38 | 49,00           |  |

|  | N   | Pré   | Post  | Catamnèse       |    |
|--|-----|-------|-------|-----------------|----|
| GAF  |     | VM    | VM    | p               | VM |
| Patients avec amélioration par rapport à la pré-thérapie ou sans changement par rapport à la post-thérapie (A) | 119 | 64,88 | 77,82 | 0,342 (A/B)     |    |
| Patients manquants lors de la catamnèse (B)  | 97  | 63,24 | 75,18 | 0,005**** (A/C) |    |
| Patients dont l'état s'est dégradé vs. pré- ou post-thérapie (C)   | 25  | 64,92 | 80,56 | 74,29           |    |

|  | N   | Pré   | Post | Catamnèse        |    |
|--|-----|-------|------|------------------|----|
| BDI  |     | VM    | VM   | p                | VM |
| Patients avec amélioration par rapport à la pré-thérapie ou sans changement par rapport à la post-thérapie (A) | 119 | 13,41 | 6,12 | 0,067* (A/B)     |    |
| Patients manquants lors de la catamnèse (B)  | 97  | 16,08 | 8,70 | 0,0001**** (A/C) |    |
| Patients dont l'état s'est dégradé vs. pré- ou post-thérapie (C)   | 25  | 13,52 | 3,68 | 9,24             |    |

**Tableau 4:** charges psychiques et efficacité dans les différents sous-groupes de patients  
 \* p < 0,10    \*\* p < 0,05    \*\*\* p < 0,01    \*\*\*\* p < 0,001

Ce qui ressort prioritairement, c'est que les patients qui sont absents du suivi présentaient au début de la thérapie (pré-thérapie) des valeurs légèrement plus mauvaises pour les trois autres mesures, ce qui indique une charge psychique initiale plus lourde, même si la différence n'est pas significative - seule exception: les ratings des experts pour la mesure *GAF*. À la fin de la thérapie (post-thérapie), ce groupe obtient des résultats significativement plus mauvais ou une tendance en

ce sens par rapport aux patients présentant de bons résultats thérapeutiques (tendance pour BSI, BDI et significatif pour OQ-45) et même par rapport au groupe de patients dont le bénéfice thérapeutique a fondu un an après à la post-thérapie (période de suivi) ou s'est dégradé par rapport au début de la thérapie (à nouveau à l'exception des valeurs de GAF; tendance pour BSI et OQ-45 et significatif pour BDI).

Il semble que la charge psychique présente une tendance plus lourde dans le groupe des patients ayant abandonné l'étude au moment de la catamnèse. Ces patients ont des valeurs nettement plus mauvaises au début de la thérapie (tendance ou significatif) que les patients examinés lors du suivi, que ces derniers aient été traités avec succès ou ne connaissent qu'une amélioration passagère (en post-thérapie) et que leur bénéfice thérapeutique s'érode plus ou moins.

Pour résumer, il est donc possible de considérer que ce sous-groupe englobe environ 40 % de patients qui n'ont pas participé au suivi catamnésique d'un an parce qu'il s'agit de patients dont la charge psychique est plus lourde et qui, du fait probablement de leur mauvais résultat thérapeutique dès la fin de la thérapie - et de la dégradation qui a pu se poursuivre pendant l'année qui a suivi - ne sont pas prêts ou pas en mesure de participer aux examens. Une partie de ces patients a probablement continué à suivre une psychothérapie, expliquant qu'ils n'ont pas intégré la procédure catamnésique d'un an. Ce constat confirme le résultat d'études catamnésiques: ce sont en particulier les patients obtenant de mauvais résultats thérapeutiques qui sont moins, voire pas disposés à participer aux examens de suivi, ce qui forcément biaise le résultat global des études sur les thérapies.

Par ailleurs, les diagnostics psychiatriques formels (ICD-10) n'ont joué aucun rôle dans l'évaluation de la gravité de la charge psychique. Celle-ci n'a été faite que sur la base des tests d'outcome.

## 5. Évolution chronique et résultats à long terme

L'influence possible de la durée des problèmes psychiques des patients sur le résultat thérapeutique a été étudiée. Nous disposons d'informations pour 223 des 241 patients. Le spectre est très large avec une survenue aiguë (0 année depuis la survenue du problème) et un début des symptômes qui date de 48 années à l'autre extrémité.

Il faut préciser que les cas extrêmes sont rares. Seuls 14 patients présentent des problèmes psychiques dont la survenue initiale se situe entre 30 et 48 ans plus tôt (c'est-à-dire seulement 5,8 % des patients) - étant entendu que le délai court à compter du premier contact avec un ou des thérapeutes. Les patients sont 41,3 % à venir consulter au cours de la première année suivant l'apparition du problème et commencent donc rapidement une thérapie. Le pourcentage s'élève à 62,3 % en prenant pour critère les patients qui débutent une thérapie dans les quatre années qui suivent l'apparition du problème. Mais il faut relever et insister sur le fait que 148 des 220 patients (soit 67,3 %) ont déjà suivi un ou plusieurs traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques (ambulatoire, en hospitalisation ou les deux) et qu'ils peuvent être qualifiés de malades chroniques. La durée des problèmes varie de 0 à 48 ans, 50 % de l'échantillon se concentrant entre 0 et 2 ans et environ 20 % entre 10 et 48 ans.

Sur les 220 patients, 72 (soit 32,7 %) n'ont suivi aucun traitement psychiatrique ni psychothérapeutique au cours des deux années précédant la première prise de contact. Les problèmes psychiques de ce groupe sont intervenus récemment de façon aiguë ou, à l'autre extrémité, 37 ans auparavant. Environ 20 % des patients se répartissent entre 10 et 37 ans à compter de la survenue initiale du problème, tandis que presque 50 % de ce groupe ne souffre de problèmes psychiques que depuis deux ans maximum.

Le tableau 5 présente la charge psychique des patients qui n'ont pas suivi de traitement psychiatrique ni psychothérapeutique au cours des deux années précédentes pour les quatre tests d'outcome comparés au groupe de patients qui ont reçu un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique ou les deux durant cette période.

| Traitement psychiatrique-<br>psychothérapeutique au cours<br>des deux années précédentes |  | N   | VM    | s     | F      | p                 |
|--|--|-----|-------|-------|--------|-------------------|
| <b>BSI – pré</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 166 | 0,75  | 0,51  | 5,178  | <b>0,024**</b>    |
| non  |  | 77  | 0,91  | 0,50  |        |                   |
| <b>BSI – post</b>  |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 0,36  | 0,34  | 12,705 | <b>0,0001****</b> |
| non  |  | 76  | 0,57  | 0,57  |        |                   |
| <b>BSI - Catamnèse</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 102 | 0,29  | 0,30  | 1,855  | 0,175             |
| non  |  | 43  | 0,37  | 0,40  |        |                   |
| <b>OQ-45 pré</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 59,78 | 21,58 | 4,433  | <b>0,036**</b>    |
| non  |  | 77  | 66,06 | 21,36 |        |                   |
| <b>OQ-45 post</b>  |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 38,79 | 20,29 | 7,364  | <b>0,007***</b>   |
| non  |  | 76  | 47,11 | 25,27 |        |                   |
| <b>OQ-45 - Catamnèse</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 101 | 36,10 | 18,64 | 0,563  | 0,454             |
| non  |  | 43  | 38,70 | 19,91 |        |                   |
| <b>GAF – pré</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 65,50 | 13,87 | 3,644  | <b>0,057*</b>     |
| non  |  | 77  | 61,86 | 13,51 |        |                   |
| <b>GAF – post</b>  |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 78,61 | 12,21 | 6,925  | <b>0,009***</b>   |
| non  |  | 76  | 73,83 | 14,67 |        |                   |
| <b>GAF – Catamnèse</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 100 | 82,97 | 11,29 | 3,918  | <b>0,050**</b>    |
| non  |  | 77  | 78,53 | 14,37 |        |                   |
| <b>BDI – pré</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 13,84 | 0,75  | 3,018  | <b>0,084*</b>     |
| non  |  | 77  | 16,13 | 1,09  |        |                   |
| <b>BDI – post</b>  |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 160 | 6,07  | 7,34  | 4,801  | <b>0,029**</b>    |
| non  |  | 76  | 8,55  | 9,61  |        |                   |
| <b>BDI – Catamnèse</b>   |  |     |       |       |        |                   |
| oui  |  | 99  | 4,10  | 5,47  | 2,552  | 0,112             |
| non  |  | 43  | 5,79  | 6,51  |        |                   |

**Tableau 5:** charge psychique et efficacité chez les patients avec (oui) ou sans (non) traitement psychiatrique ou psychothérapeutique au cours des deux années précédant le début de la thérapie

\* p &lt; 0,10

\*\* p &lt; 0,05

\*\*\* p &lt; 0,01

\*\*\*\* p &lt; 0,001

Au premier abord, il est surprenant de constater que les patients ayant suivi un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique au cours des deux années précédant le début de leur nouvelle thérapie présentent une charge psychique plus légère que les patients n'ayant suivi aucun traitement psychiatrique/psychothérapeutique au cours des deux années précédant le début de leur thérapie. Leurs symptômes sont significativement moins marqués (*BSI*) et leur charge significative-ment plus faible dans l'*OQ-45* qui mélange des symptômes psychiques, le fonctionnement interpersonnel et les compétences sociales. Ce groupe de patients présente, par ailleurs, une tendance moins marquée aux symptômes dépressifs (*BDI*) et un niveau fonctionnel psychiatrique plus élevé (rating *GAF* par des experts indépendants).

Comment expliquer ces résultats? L'hypothèse selon laquelle les patients ayant déjà suivi un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique au cours des deux années précédant la nouvelle thérapie avaient une charge plus chronique - et donc, à ce titre, étaient déjà sous traitement - que le groupe des patients n'ayant jamais été traités auparavant, ne se vérifie pas au regard des résultats. Les charges les plus lourdes au début de la thérapie correspondent clairement aux patients n'ayant reçu aucun traitement au cours des deux années précédentes. Cela signifie-t-il que les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques administrés dans ce court laps de deux ans précédant la thérapie, faisant l'objet de la présente étude, ont déjà donné de bons résultats préliminaires sur lesquels les patients peuvent s'appuyer pour les traitements prodigués dans l'étude *PAP-S*? Cela n'explique pas toutefois pourquoi les patients sans traitement préalable enregistrent après leur thérapie de tels progrès, importants et plus marqués que le groupe ayant suivi préalablement un traitement - sans même continuer à suivre un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. L'importante souffrance des malades aigus sans traitement préalable se traduit éventuellement par des valeurs de charge psychologique légèrement plus élevées lors des tests, ce qui engendre généralement une motivation plus grande à suivre un traitement, donc aboutit à son tour à un meilleur pronostic.

Nos résultats ne trouvent pas pour le moment d'explication univoque et nécessitent d'autres investigations. Ce qu'il est possible de constater en revanche, c'est que des échantillons en moyenne plus grands permettent d'observer objectivement des consolidations significatives des effets, voire une amélioration apportée par les traitements psychothérapeutiques antérieurs.

## 6. Résultats thérapeutiques par groupes diagnostiques

Les trois principaux groupes diagnostiques selon l'ICD-10, c'est-à-dire ceux qui reviennent le plus souvent, ont été étudiés dans une autre phase de l'évaluation afin de connaître la durée des effets obtenus au cours du traitement.

Le tableau 6 résume les effets à long terme de la classe 3 des troubles ICD-10 (troubles affectifs).

Les patients atteints d'un trouble affectif représentent une grosse part des patients de la *Charte* [25]. Ils représentent plus de 50 % du groupe de patients pour lesquels nous disposons de valeurs de suivi.

La puissance de l'effet se situe dans une plage élevée, ce qui veut dire que les évolutions durables (pré-catamnèse) - mesurées un an après la fin de la thérapie - peuvent être qualifiées de très bonnes. Elle est supérieure à la comparaison pré-/post-thérapie et se traduit par des effets très significatifs au plan clinique en plus de l'aspect statistique, pour les quatre mesures d'outcome.

Des stabilisations cliniques, voire des améliorations, ont été constatées lors de la période d'un an suivant la fin de la psychothérapie (post-catamnèse), même si ces évolutions ne sont pas significatives au plan statistique.

| <b>Effets de la thérapie en cas de troubles affectifs</b> | <b>N</b> | <b>VM</b> | <b>s</b> | <b>ES pré-cat.</b> | <b>ES post-cat.</b> |
|---|----------|-----------|----------|--------------------|---------------------|
| BSI – pré   | 67       | 0,86      | 0,52     |                    |                     |
| BSI – post  | 67       | 0,45      | 0,43     | 0,96               | 0,16                |
| BSI - Catamnèse   | 67       | 0,39      | 0,39     |                    |                     |
| OQ-45 pré   | 67       | 62,62     | 19,40    |                    |                     |
| OQ-45 post  | 67       | 42,35     | 20,20    | 1,07               | 0,15                |
| OQ-45 - Catamnèse   | 67       | 39,72     | 19,27    |                    |                     |
| GAF – pré   | 65       | 61,60     | 13,46    |                    |                     |
| GAF – post  | 65       | 77,17     | 12,25    | 1,07               | 0,23                |
| GAF – Catamnèse   | 65       | 79,95     | 12,90    |                    |                     |
| BDI – pré   | 65       | 15,25     | 9,66     |                    |                     |
| BDI – post  | 65       | 7,35      | 7,87     | 1,04               | 0,17                |
| BDI – Catamnèse   | 65       | 6,05      | 6,84     |                    |                     |

**Tableau 6:** valeurs pré-post-catamnèse pour les quatre tests de résultats et les intensités d'effets (ES) dans les troubles affectifs (N= 65 - 67)

Le deuxième groupe de patients le plus important traité dans l'étude PAP-S est celui des troubles anxieux et des problèmes d'adaptation - la classe 4 de l'ICD-10. Le tableau 7 présente les valeurs des quatre tests d'outcome aux trois points de mesure et l'intensité de leurs effets.

Cette intensité peut être qualifiée d'extraordinairement élevée dans les quatre tests de résultats (comparaison pré-catamnèse) (tableau 7). Cela signifie donc que les traitements psychothérapeutiques contre les problèmes d'anxiété et d'adaptation ne permettent pas seulement d'obtenir de très bons effets en cours de thérapie [25, p. 22] mais qu'ils aboutissent aussi à des améliorations considérables une fois le traitement terminé. Des effets d'une intensité impressionnante, établis entre 0,12 et 0,57 en témoignent, alors même qu'aucun traitement psychothérapeutique n'a été poursuivi ensuite - critère applicable à la grande majorité des patients.

| <b>Effets de la thérapie en cas de troubles anxieux et de l'adaptation</b> | <b>N</b> | <b>VM</b> | <b>s</b> | <b>ES pré-cat.</b> | <b>ES post-cat.</b> |
|--|----------|-----------|----------|--------------------|---------------------|
| BSI – pré  | 43       | 0,76      | 0,51     |                    |                     |
| BSI – post   | 43       | 0,36      | 0,30     | 1,15               | 0,50                |
| BSI - Catamnèse  | 43       | 0,25      | 0,24     |                    |                     |
| OQ-45 pré  | 42       | 56,79     | 21,74    |                    |                     |
| OQ-45 post   | 42       | 35,12     | 19,33    | 1,15               | 0,12                |
| OQ-45 - Catamnèse  | 42       | 33,84     | 17,48    |                    |                     |
| GAF – pré  | 43       | 66,35     | 12,84    |                    |                     |
| GAF – post   | 43       | 79,26     | 11,81    | 1,64               | 0,57                |
| GAF – Catamnèse  | 43       | 85,42     | 8,95     |                    |                     |
| BDI – pré  | 43       | 12,86     | 8,70     |                    |                     |
| BDI – post   | 43       | 5,19      | 5,05     | 1,09               | 0,36                |
| BDI – Catamnèse  | 43       | 3,41      | 4,21     |                    |                     |

**Tableau 7:** valeurs pré-post-catamnèse pour les quatre tests de résultats et les intensités d'effets (ES) dans les troubles de l'anxiété et de l'adaptation (N = 42 - 43)

Les effets du traitement des troubles anxieux et de l'adaptation sont encore plus élevés que dans le cas des troubles affectifs. Cette affirmation ne s'applique naturellement qu'aux patients de l'étude pour qui nous disposons de valeurs complètes relatives au suivi. Rien ne peut donc être affirmé pour les 97 patients pour lesquels les tests de suivi manquent.

Il existe aussi une comparaison des effets à long terme chez des patients présentant différents troubles relevant d'un diagnostic de trouble de la personnalité (classe 6 de l'ICD-10).

Le tableau 8 présente l'importance de la charge psychique pour les quatre procédures d'outcome aux trois moments de mesure.

Nous disposons de données catamnésiques pour 21 à 22 des 27 patients chez qui un trouble de la personnalité a été diagnostiqué.

| <b>Effets de la thérapie en cas de troubles de la personnalité</b> | <b>N</b> | <b>VM</b> | <b>s</b> | <b>ES pré-cat.</b> | <b>ES post-cat.</b> |
|--|----------|-----------|----------|--------------------|---------------------|
| BSI – pré  | 22       | 0,59      | 0,48     |                    |                     |
| BSI – post   | 22       | 0,22      | 0,19     | 0,90               | 0,06                |
| BSI - Catamnèse  | 22       | 0,21      | 0,18     |                    |                     |
| OQ-45 pré  | 22       | 51,75     | 20,49    |                    |                     |
| OQ-45 post   | 22       | 31,60     | 19,78    | 0,97               | 0,05                |
| OQ-45 - Catamnèse  | 22       | 30,73     | 20,52    |                    |                     |
| GAF – pré  | 22       | 67,86     | 13,71    |                    |                     |
| GAF – post   | 22       | 78,86     | 14,24    | 0,99               | 0,31                |
| GAF – Catamnèse  | 22       | 82,00     | 13,51    |                    |                     |
| BDI – pré  | 21       | 10,43     | 7,97     |                    |                     |
| BDI – post   | 21       | 3,19      | 4,39     | 1,07               | 0,04                |
| BDI – Catamnèse  | 21       | 3,00      | 3,21     |                    |                     |

**Tableau 8:** valeurs pré-post-catamnèse pour les quatre tests de résultats et les intensités d'effets dans les troubles de la personnalité (N = 21-22)

Le premier fait notable est que les valeurs de charge symptomatique de ce groupe de patients sont bien plus faibles au début du traitement psychothérapeutique que dans les autres groupes diagnostiques (*BSI*, *OQ-45*, *BDI*). Cela peut tenir à la symptomatique habituellement plus légère des patients atteints de troubles de la personnalité (à l'exception de *GAF*, les trois autres tests évaluent la charge symptomatique dans différents domaines).

L'effet constaté pour ce groupe de patients est plus intense que la moyenne lors de la phase pré-catamnèse si on le compare à l'intensité de l'effet de la psychothérapie en général [26; p. 170]. Cela peut être considéré comme très satisfaisant pour ce groupe de patients. Parallèlement, on observe que les patients chez qui un trouble de la personnalité a été diagnostiqué obtiennent un

effet thérapeutique plus limité que les patients chez qui un diagnostic de dépression, de trouble anxieux ou de l'adaptation a été posé.

Le tableau 8 indique que, contrairement aux patients atteints de troubles anxieux et de l'adaptation, les patients chez qui un trouble de la personnalité a été diagnostiqué n'enregistrent presque pas d'amélioration supplémentaire un an après la fin de la thérapie (à l'exception de l'évaluation faite par les experts indépendants pour la mesure GAF) comme en témoigne l'intensité des effets correspondant à la période post-catamnèse. Sans poursuite du traitement, aucun processus psychique important, susceptible d'entraîner une amélioration thérapeutique, n'a manifestement plus lieu. Ce qui est obtenu à la fin du traitement psychothérapeutique reste acquis - pour la moyenne de l'échantillon - de façon au moins stable, sans s'éroder.

## 7. Résumé des examens catamnésiques

Les taux d'amélioration observés dans l'étude PAP-S sont plutôt élevés comparés aux taux évoqués dans les études internationales. À l'issue d'une revue récente de milliers d'études de recherche et de centaines de méta-analyses, Lambert mentionne qu'environ 65 % de tous les patients suivant un traitement psychothérapeutique obtiennent des effets positifs [26], en précisant que l'intensité moyenne des effets varie de 0,40 à 0,80 (valeur moyenne de 0,60). L'intensité des effets observés à partir des cas de l'étude PAP-S va au-delà de celle de la majorité des cas cités dans la littérature spécialisée: l'effet thérapeutique obtenu pour les cas traités dans l'étude PAP-S est en moyenne supérieur à celui décrit dans la littérature. Ce constat s'applique aussi bien aux effets pré-post-thérapie mentionnés dans le rapport final de 2013 [25] qu'aux effets à long terme présentés ici en intégrant le suivi à un an après la fin du traitement.

Il a été démontré, pour les cas pour lesquels nous disposons de données catamnésiques et que nous pouvons détailler sur la base d'un échantillon de 146 personnes avec divers diagnostics et niveaux d'évolution chronique, que les effets thérapeutiques favorables moyens obtenus durant la période de suivi catamnésique d'un an après la fin du traitement étaient stables, mais qu'en plus leur amélioration se poursuivait.

Il est prouvé que la psychothérapie est efficace lorsqu'elle est pratiquée par des professionnels formés et expérimentés auprès de «véritables» patients, même lorsque les problèmes psychiques ont évolué depuis longtemps vers une forme chronique. Au regard de l'intensité élevée des effets rapportés ici puisque  $> 1,00$  (voire  $> 0,90$  pour les troubles de la personnalité) lorsque l'on compare l'état du patient avant le début de la thérapie et son état un an après la fin de la thérapie (1,04 en moyenne en cas de troubles affectifs, 1,26 en cas de troubles anxieux et de l'adaptation, 0,98 en cas de trouble de la personnalité) et de l'évolution chronique marquée des problèmes, on est obligé de partir du principe d'une très forte efficacité des traitements psychothérapeutiques étudiés - à plus forte raison parce que cette intensité est manifeste encore un an après le traitement, sans même généralement que le traitement ait été poursuivi.

Une comparaison pour mieux illustrer ce propos: l'intensité des effets de la psychothérapie - établie en général par la méta-analyse de Smith et al. qui fait référence [27] et dans laquelle la psychothérapie atteint une intensité d'effet de 0,85 - est considéré comme étant quatorze fois supérieure à la puissance d'effet, par exemple, de mesures médicamenteuses reconnues utilisée en prévention de l'infarctus du myocarde [28]. La puissance de l'effet constaté pour l'un des médicaments a été de 0,04 [29], tandis que l'autre - l'aspirine - a réduit le risque d'infarctus du myocarde avec une puissance de 0,034 [30]. Grawe et al. ont déduit de ces résultats qu'un tel médicament - à considérer qu'il n'ait même une puissance que de 0,03 à 0,04 - ferait la différence pour

trois à quatre patients sur 100, ce qui est jugé comme suffisant. Une psychothérapie réussie peut, dans certaines circonstances, sauver une vie. Autre exemple: un programme d'apprentissage intense destiné à des élèves rencontrant des difficultés de lecture et d'orthographe et mené pendant des semaines, voire des mois, a abouti à une puissance d'effet de 0,40 à 0,60 environ. Il convient donc d'interpréter les analyses de puissance d'effet dans leur contexte relatif afin d'évaluer l'efficacité véritable du facteur étudié.

Replacées dans leur contexte, les puissances d'effets obtenus dans cette étude peuvent et doivent donc être considérées comme particulièrement bonnes sur la base du suivi catamnésique. Cela se vérifie pour différentes familles de troubles tels que les troubles affectifs, les troubles anxieux et de l'adaptation et les troubles de la personnalité, même s'il existe de petites différences dans ces trois catégories. Les meilleures performances sont affichées par les troubles anxieux et de l'adaptation. L'amélioration constatée pour ce groupe de patients est énorme et se poursuit bien au-delà de la durée de la thérapie. Les patients atteints de troubles affectifs en tirent également un très bon parti. Le constat qui est également fait pour eux est que les effets obtenus pendant la durée de la thérapie continuent de s'améliorer une fois le traitement terminé.

Les patients chez qui un diagnostic de trouble de la personnalité a été posé, qu'il s'agisse du trouble principal ou d'un diagnostic secondaire, retirent aussi un bénéfice énorme du traitement psychothérapeutique. Toutefois, l'état de ces patients ne s'améliore généralement pas après la fin du traitement. Les recherches ont fait ressortir maintes fois que les troubles de la personnalité sont particulièrement associés à un risque très élevé de récurrence. Ainsi, une étude portant sur des patients atteints de troubles affectifs avec diagnostic complémentaire relevant de l'axe II dans le DSM-III (soit un diagnostic de trouble de la personnalité selon l'ICD-10) a révélé un risque de récurrence multiplié par 7,4 [31]. Au vu de ces résultats d'études, les effets obtenus auprès de ce groupe de patients doivent être considérés comme excellents, même si aucune dégradation des valeurs de test n'a pu être observée dans l'échantillon étudié lors de la période de suivi catamnésique.

Pourtant les diagnostics psychiatriques formels ne semblent pas majoritairement judicieux d'un point de vue pronostique. L'importance de la charge psychique avant le début de la thérapie et d'autres caractéristiques liés aux patients et aux thérapeutes semblent bien plus déterminantes pour la réussite des traitements psychothérapeutiques. C'est la raison pour laquelle le projet PAPS entend mener des recherches détaillées sur les résultats des processus. Les premiers résultats ont déjà fait l'objet de publications internationales [32].

Reste à élucider le nombre si important d'abandons lors du suivi.

L'une des raisons possibles est que certains patients poursuivaient encore leur psychothérapie ou que le délai depuis la mesure post-thérapie n'atteignait pas encore un an, faisant automatiquement sortir ces patients des tests de suivi.

Une autre explication pourrait tenir au fait qu'il s'agit d'un groupe de patients qui ne sont pas parvenus à stabiliser ou à améliorer leur état pendant la période de catamnèse et qui, de ce fait, se sont soustraits aux examens de suivi. Nous avons pu malgré tout constater de bons effets pour 251 à 264 patients en moyenne lors des mesures pré-/post-thérapie [24; p. 22], avec une puissance d'effet variant de 0,78 à 0,99. Il est donc difficile globalement de prendre un échec thérapeutique comme hypothèse. La puissance des effets (pour la période pré-/post-thérapie, c'est-à-dire t1 et t2 dans cette comparaison) est en moyenne plus faible que la puissance des effets présentés dans ce rapport sur la catamnèse, constatés entre les tests pratiqués au début (t1) et les tests catamnésiques (t3). Il est possible d'en tirer deux conclusions: soit les effets obtenus lors du traitement se consolident voire s'améliorent en moyenne en phase post-thérapeutique sans que les patients poursuivent de thérapie, soit les patients qui se soumettent volontiers au suivi catamnésique sont ceux qui ont tiré un meilleur profit de leur traitement psychothérapeutique et qui se montrent donc plus coopératifs. Cette dernière hypothèse impliquerait que les patients moins coopératifs qui ont refusé de participer au suivi ont enregistré de moins bons résultats pendant leur traitement ou lors de la phase post-thérapeutique, voire dont l'état s'est légèrement dégradé.

La taille trop réduite des échantillons ne permet pas d'interpréter les comparaisons entre les instituts ou les procédés psychothérapeutiques employés. Tous instituts et concepts confondus, on constate objectivement un taux de réussite d'environ 50 % et un taux d'échec d'environ 10 % pour la phase de catamnèse. On retrouve également ces pourcentages dans un débat international sur les possibilités psychothérapeutiques: des dégradations ou l'absence de progrès mesurable sont constatées chez 5-10 % des patients environ, tandis qu'ils sont 60 % à présenter des améliorations grâce à la psychothérapie, comme cela est déjà mentionné ci-dessus.

La présentation de nos résultats adopte une approche très prudente et ne prend pas en compte le fait que, parmi les 97 patients qui n'ont pas pris part à la catamnèse du fait de données manquantes dans la phase précédente, se trouve probablement toute une série de patients chez qui le traitement a réussi.

## C Interventions thérapeutiques et fidélité au concept (treatment adherence)

### 1. Remarques en préambule

#### a. Principes de l'examen

L'ensemble des informations de base et des détails concernant l'étude de ce rapport final consacré aux interventions des thérapeutes fait référence au principal rapport [25] «*Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S)*», publié en février 2013 et distribué à tous les instituts participants.

Ce rapport final (partiel) concernant le projet PAP-S ne traite que des ratings de séances ayant fait l'objet d'un enregistrement audio lors de traitements psychothérapeutiques et transmis dans le cadre de l'étude par des thérapeutes rattachés à des instituts participant à l'étude PAP-S. Les thérapeutes participant à l'étude ont été priés au début de celle-ci d'enregistrer régulièrement les cas qu'ils étaient prêts à intégrer à l'étude - sur autorisation des patients concernés - c'est-à-dire toutes les séances dans la mesure du possible. Ils ont reçu à cette fin des conseils techniques (enregistrement numérique, appareils adaptés, distances des micros, etc.). La consigne était, si possible, que toutes les séances soient enregistrées pour chaque psychothérapie.

Les principes du rating des séances thérapeutiques enregistrées doivent s'appuyer sur les questions fondamentales de la psychothérapie et de la recherche en psychothérapie. La psychothérapie est une mesure invasive qui entre dans la personnalité de celui qui se soumet à un traitement psychothérapeutique avec pour objectif de modifier des parties essentielles de la personnalité, du vécu ou du comportement de la personne concernée. La psychothérapie professionnelle et sérieuse est une discipline reconnue au sein du système des services de santé et repose, en tant que telle, sur des contenus et théories pouvant être enseignés et appris, dont sont dérivés des techniques d'intervention psychothérapeutiques qui doivent être, à leur tour, contrôlées dans leurs effets (mot-clé: *evidenced-based medicine*) afin de figurer dans le catalogue de prestations des caisses maladie. La psychothérapie aux fondements scientifiques - c'est-à-dire factuelle - fait partie du système des soins médicaux de nos sociétés occidentales et doit se soumettre à l'examen objectif et permanent de son efficacité générale ou de son efficacité dans certains domaines, pour se distinguer des pratiques ésotériques, chamaniques ou peu sérieuses.

Cela implique que le concept thérapeutique utilisé par les psychothérapeutes constitue un paradigme fondamental de la compréhension du psychisme humain dans son élaboration et ses conditions de manifestation, son évolution normale, mais aussi aberrante qui sert de base au développement de techniques d'intervention capables de corriger des dérives liées à la personnalité ou au comportement. Bien d'autres disciplines de la médecine ont besoin de paradigmes de base pour définir les interventions thérapeutiques propres à leur sous-discipline. C'est, par exemple, le cas

de la médecine interne avec les principes de génétique, métabolisme, mutations cellulaires et apoptose qui lui permettent d'utiliser des mesures thérapeutiques qui en sont dérivées (par ex. des traitements médicamenteux, de la chirurgie, de la chimiothérapie ou de la radiothérapie en médecine interne ou des techniques kinésithérapeutiques, médicamenteuses, chiropraxiques ou opératoires, par ex. pour des prothèses orthopédiques). De la même façon, des zones cérébrales sont impliquées dans les aspects cognitifs majeurs et les émotions par le biais de la parole, du langage et des rapports humains et c'est sur ces zones qu'entendent agir les procédés psychothérapeutiques par l'intermédiaire d'expériences psychologiques correctives souhaitables au plan clinique qui doivent, en dernier ressort, modifier durablement les structures neuronales.

Toute forme de psychothérapie est donc centrée sur une théorie originale dont découlent des techniques d'intervention thérapeutiques dont l'efficacité peut être évaluée objectivement. Les différents procédés psychothérapeutiques trouvent leur raison d'être dans ces théories, dans la conception de l'homme qui les sous-tend et dans les techniques d'intervention thérapeutiques qui en dérivent. Ils doivent donc, à ce titre, apporter la preuve de l'efficacité de leur concept spécifique illustré par les techniques d'intervention qu'ils utilisent.

C'est le fondement des études psychothérapeutiques comparatives des dernières décennies. Le début des années 1990 a marqué l'avènement du paradigme de l'*evidence-based medicine* (EBM) (ou médecine factuelle) aux États-Unis, motivée par le désir croissant de faire des économies en médecine [33]. Ce paradigme de recherche, devenu dominant dans notre pays, a également influencé défavorablement la psychothérapie dans la mesure où le principe des études randomisées contrôlées (*RCT*), inhérent à l'EBM, a nourri tout une série d'études dans lesquelles un procédé a été testé par rapport à un autre ou par rapport à un groupe témoin, prenant comme hypothèse probable que la procédure utilisée dans la thérapie du groupe de traitement était supérieure à celle du groupe témoin. La psychothérapie s'est ainsi trouvée réduite au concept qui la sous-tend, écartant toute une série de variables impliquées telles que la relation thérapeutique, la personnalité du patient, son trouble, l'évolution chronique éventuelle du trouble, son contexte parfois pathologique, la personnalité du thérapeute, etc.

Le consensus général au sujet de l'état actuel des recherches en psychothérapie suppose d'accorder une importance bien moindre au concept thérapeutique – donc aux techniques d'intervention spécifiques - que ne le font généralement les courants thérapeutiques [34 - 37]. Une publication récente consacrée aux résultats préliminaires de l'étude PAP-S - englobant les patients et les thérapeutes de ladite étude - confirme les résultats d'autres études, à savoir que le concept thérapeutique n'a pas d'impact direct sur l'effet thérapeutique obtenu [32]. Ce concept semble plutôt jouer un rôle indirect et plus subtil. Nous reviendrons par la suite en détail sur notre position à ce sujet.

Il n'existe pas de psychothérapie sans concept et ça ne sera jamais envisageable. Il s'agirait, dans ce cas, d'une mise en relation sans spécificité (parce que non guidée par un concept) et d'une intervention du psychothérapeute auprès de son patient et il faudrait alors s'interroger sur les objectifs que poursuivrait un tel thérapeute.

L'étude PAP-S inclut dans son analyse scientifique des séances de psychothérapie entièrement ou partiellement enregistrées pour les raisons précédemment citées. Ce cadre doit permettre d'analyser la valeur des concepts thérapeutiques et des techniques d'intervention employés par les thérapeutes et qui en découlent. L'analyse précise du contenu des séances de thérapie a été jugée pertinente pour une autre raison: la création de la Charte suisse pour la psychothérapie, en tant qu'organisation faitière rassemblant de nombreuses méthodes et de nombreux procédés, repose sur le principe scientifique commun qui veut que les concepts psychothérapeutiques doivent apporter la preuve de leur efficacité. Mais les instituts étaient et sont toujours intéressés par l'idée de prouver leur efficacité et de tester si leurs méthodes permettent d'obtenir des effets comparables aux autres orientations conceptuelles.

#### **b. Instituts participants et approches thérapeutiques**

Comme le rapport final global le précise, dix instituts de la *Charte suisse pour la psychothérapie* ont participé à l'étude PAP-S. Les thérapeutes - aux effectifs variables (voir ci-dessous) - rattachés à ces instituts se sont donc engagés à demander à de nouveaux patients de donner volontairement leur accord pour que leur traitement psychothérapeutique soit intégré à l'étude PAP-S. Ce qui sous-entend de se soumettre à des tests psychologiques, dès le début du traitement, à sa fin puis pendant un an (catamnèse), mais aussi de participer à des relevés réguliers de variables liés aux processus thérapeutiques (relation thérapeutique, plus un questionnaire d'outcome). Il a, par ailleurs, été demandé aux thérapeutes coopérant au projet de bien vouloir enregistrer leurs séances de façon régulière et continue, en plus de participer eux-mêmes aux tests régulièrement pratiqués sur leurs patients et aux relevés relatifs aux processus (relation thérapeutique et évaluation subjective de l'importance de leurs interventions thérapeutiques spécifiques, fidèles au concept).

Voici la liste des dix instituts et méthodes participant au projet:

- ASAT/SGTA (Association Suisse d' Analyse Transactionnelle/Schweizer Gesellschaft für Transaktionsanalyse)
- EGIS (Psychothérapie par l'art et l'expression)
- GES (Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz)
- IBP (Institut de psychothérapie intégrative par le corps)
- IPA (Institut für Prozessanalyse)
- ILE (Institut de logothérapie et analyse existentielle)
- Psa (Psychoanalyse)
- SSPA (Société suisse de psychologie analytique)
- SSATB/DÖK (Société Suisse d'Analyse et Thérapie Bioénergétiques/Österreichische Gesellschaft für körperbezogene Psychotherapie – analyse bioénergétique)
- SVG (Schweizer Verein für Gestalttherapie und Integrative Therapie)

Certains courants majeurs de la psychothérapie tels que la psychothérapie centrée sur le client, la thérapie systémique et la thérapie du comportement n'ont pas souhaité participer à l'étude, malgré les efforts intensifs engagés en ce sens.

## 2. Ensemble de l'échantillon

### a. Thérapeutes et patients

Au total, l'étude PAP-S a rassemblé 81 thérapeutes actifs rattachés aux dix instituts ou concepts impliqués, et a intégré 379 patients amenés par ceux-ci. Le nombre de cas transmis par chaque thérapeute a varié de un à douze. Sur les 81 thérapeutes, 25 (30,9 %) n'ont enregistré aucune séance avec leurs patients, ce qui signifie, en d'autres mots, que 56 des thérapeutes participants (69,1 %) ont fourni des enregistrements audio de leurs séances avec les patients, chiffre remarquablement élevé. Sur les 379 thérapies intégrées à l'étude, 231 ont fait l'objet d'au moins 3 séances enregistrées (60,9 %). En résumé, la majeure partie des thérapeutes coopérant à l'étude ont enregistré au moins trois séances pour chacune des thérapies incluses dans l'étude.

| <b>Nombre de séances par cas</b> | <b>N</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------------------------|----------|--------------------|
| Pas d'enregistrement             | 111      | 29,3               |
| 1 enregistrement                 | 2        | 0,5                |
| 2 enregistrements                | 5        | 1,3                |
| 3 enregistrements                | 113      | 29,8               |
| 4 enregistrements                | 15       | 4,0                |
| 5 enregistrements                | 6        | 1,6                |
| 6 enregistrements                | 13       | 3,4                |
| 7 enregistrements                | 6        | 1,6                |
| 8 enregistrements                | 4        | 1,1                |
| 9 enregistrements                | 4        | 1,1                |
| 10 enregistrements               | 4        | 1,1                |
| > 10 enregistrements             | 66       | 17,4               |
| Informations manquantes          | 30       | 7,9                |
| Total                            | 379      | 100,1              |

**Tableau 1:** nombre de séances enregistrées par cas  
(81 thérapeutes, 349 cas, 243 thérapies enregistrées,  
dont 231 thérapies avec  $\geq 3$  séances)

Le tableau 1 présente le nombre total de cas inclus dans l'étude, tous instituts et méthodes impliqués confondus, ainsi que le nombre de thérapies poursuivies et évaluées et le nombre de séances enregistrées par thérapie.

Les instituts et thérapeutes disposés à coopérer ont été priés d'enregistrer, sur support numérique, si possible toutes les thérapies intégrées à l'étude. La direction de l'étude a fait part aux thérapeutes de son souhait de voir enregistrées, si possible, toutes les séances relatives à une thérapie car il était ensuite prévu que les chercheurs choisissent 3 séances par cas ,en aveugle, en vue des ratings (si possible, une séance du premier tiers, une autre du deuxième tiers et, enfin, une du troisième tiers de la thérapie). Cette façon de faire garantit que les thérapeutes ignorent lesquelles de leurs séances feront l'objet d'une analyse objective, ne laissant ainsi de place à aucune erreur systématique, née par exemple du fait que les thérapeutes auraient pu n'enregistrer que certaines séances et ne se seraient pas sentis inconsciemment aussi libres en sachant que telle ou telle séance donnerait lieu à une évaluation, ce qui n'aurait pas permis d'écarter une influence ponctuelle sur leur comportement.

Malheureusement, une partie des thérapeutes n'a fait que respecter l'exigence minimale de trois séances enregistrées. Ainsi parmi toutes les thérapies enregistrées, 66 % ne contiennent que trois enregistrements, voire moins. Les thérapeutes participants sont même 31,8 % à avoir refusé le principe même des enregistrements. On ne peut donc exclure une influence systématique exercée par le comportement du thérapeute lors des séances qu'il sait avoir enregistrées en vue d'une future évaluation.

### 3. Résultats relatifs à l'importance de la fidélité au concept dans les interventions thérapeutiques

Il convient de se référer au principal rapport final [25] et au manuel de rating publié plus récemment [8] pour connaître les catégories de rating et la façon dont se déroule la procédure de rating.

Il a été possible de calculer des valeurs moyennes pour neuf des instituts ou approches thérapeutiques conceptuelles. L'*Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE)* (*Institut de logothérapie et analyse existentielle*) n'a malheureusement fourni qu'un seul enregistrement de thérapie alors que les deux thérapeutes qui en relèvent ont pris en charge 12 cas au total dans le cadre de l'étude. Cette thérapie menée par l'*ILE* a donc été mise en commun avec celles du *GES* pour plus de clarté, ainsi que pour des raisons statistiques.

L'institut romand *ASAT* et son équivalent alémanique *SGTA*, appartenant à l'*analyse transactionnelle*, ont été réunis pour les besoins de l'évaluation. Même chose pour les cas de l'institut *SSPA* et des thérapeutes de *psychanalytique* (sans rattachement à un institut), qui ont été regroupés sous l'appellation de « thérapie psychodynamique », car c'était la seule façon d'obtenir une analyse statistique en raison du faible nombre de leurs cas.

Les premiers résultats de cette recherche ont été publiés dans la revue de renommée internationale *Psychotherapy Research* [32]. Ces travaux reposent sur 81 cas de thérapie issus de huit approches conceptuelles différentes. Les valeurs moyennes des interventions spécifiques à un concept s'échelonnent progressivement pour les différentes méthodes de 4,3 % (thérapies IPA) à 27,6 % (thérapies IBP).

Ce document présente ci-après les résultats des ratings pour un total de  $N = 137$  cas de thérapie. Ces 137 patients ont été traités par 51 psychothérapeutes.

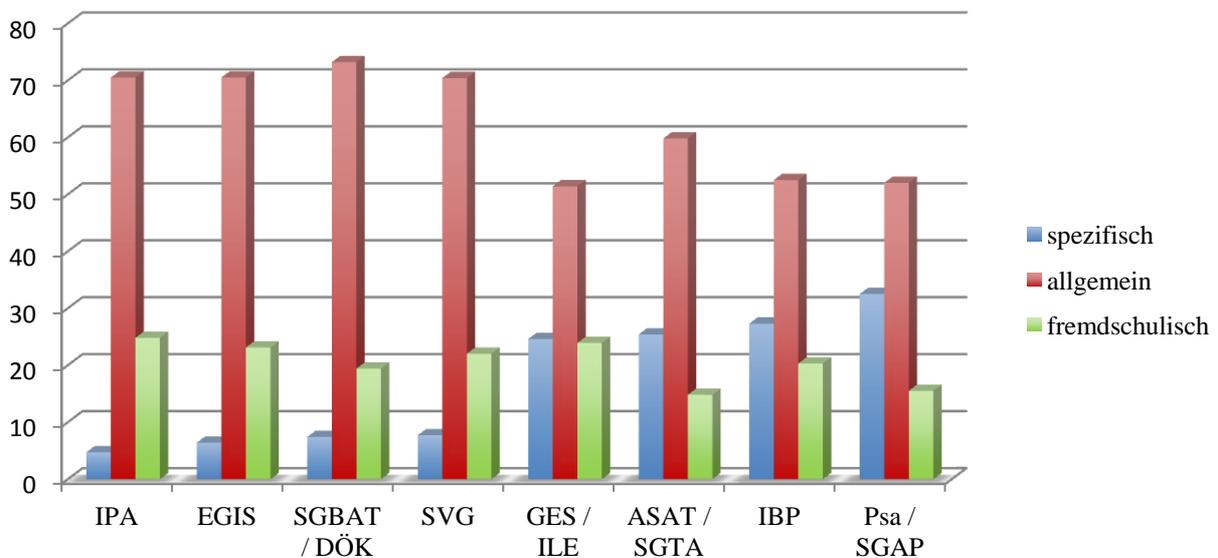
Le tableau 2 nous renseigne sur le nombre de thérapeutes et sur les cas qu'ils ont soumis à évaluation pour chaque concept ou institut.

| Concept/approche  | N<br>Thérapeutes | N<br>Cas de thérapie |
|---|------------------|----------------------|
| Analyse bioénergétique (SSATB/DÖK)  | 6                | 14                   |
| Psychothérapie par l'art et l'expression (EGIS)   | 4                | 12                   |
| Thérapie Gestalt (SVG)  | 9                | 18                   |
| Psychothérapie intégrative par le corps (IBP)   | 7                | 29                   |
| Institut für Prozessanalyse (IPA)   | 7                | 24                   |
| Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz (GES) et Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE) | 5                | 11                   |
| Psychanalyse/psychologie analytique (SSPA)  | 5                | 9                    |
| Analyse transactionnelle (ASAT/SGTA)  | 8                | 20                   |
| Total   | 51               | 137                  |

**Tableau 2:** Nombre de cas de thérapie évalués et de thérapeutes traitants

Le pourcentage d'interventions spécifiques fidèles au concept varie beaucoup d'un concept à l'autre. À l'image des résultats de la première évaluation [32], ce sont les interventions générales et non spécifiques qui dominent nettement.

L'illustration 1 présente la répartition en pourcentages des techniques d'intervention spécifiques, générales ou empruntées à d'autres courants pour chacune des approches conceptuelles.



**Illustration 1:** répartition en pourcentage des interventions thérapeutiques spécifiques, générales et empruntés à d'autres courants pour les concepts étudiés (SSATB avec DÖK; GES avec ILE; SGTA avec ASAT, SSPA avec Psa)

Ce sont les interventions des thérapeutes IPA qui sont les moins spécifiques avec en moyenne 4,7 % d'interventions dérivées de leur concept. La spécificité des travaux des thérapeutes rattachés aux concepts/instituts *EFIS*, *SSATB/DÖK* et aux thérapies *SVG* reste également faible, sous la barre des 10 %. Le travail est nettement plus spécifique pour les thérapeutes des concepts/instituts *GES/ILE* (24,6 %), *ASAT/SGTA* ( 25,4 %), *IBP* (27,3 %) et pour les thérapies psychanalytiques ou la *SSPA* (37,9 %). Les interventions spécifiques et générales présentent une corrélation négative significative. Autrement dit, plus un thérapeute travaille de façon spécifique, plus la part de ses interventions générales, non spécifiques, diminue. Les concepts qui favorisent les travaux spécifiques incluent donc un taux plus faible d'interventions générales. Les thérapeutes des concepts *GES/ILE*, *IBP* et *Psa/SSPA* recourent à environ 50 % de techniques d'intervention générales, non spécifiques, tandis que ce pourcentage atteint 70 % pour les thérapeutes des concepts *IPA*, *EGIS*, *SSATB/DÖK* et des thérapies *SVG*.

De façon globale, il s'avère que les techniques d'intervention générale dominent. Le résultat issu des 81 cas de thérapie ayant fait l'objet de la première publication (voir ci-dessus) est donc largement confirmé sur la base des 137 thérapies finalement évaluées.

Les techniques d'intervention empruntées à d'autres concepts représentent aussi une part importante de l'ensemble des interventions psychothérapeutiques. Elles atteignent de 10,4 % (*Psa/SSPA*) à 24,8 % (*IPA*) du total.

Les traitements psychothérapeutiques ne correspondent donc pas à la transposition pure d'un concept comme cela est souvent insinué, mais qui ne se vérifie pas dans les études pourtant nombreuses [35] - sauf peut-être ici par nature pour les concepts étudiés et un nombre relativement restreint de thérapeutes par institut. Si les psychothérapeutes issus de différents courants recourent de façon comparable à une part élevée d'interventions générales, non spécifiques, il n'est alors pas étonnant de constater dans les études psychothérapeutiques internationales l'existence d'un *paradoxe de l'équivalence* (ou *effet Dodo*), c'est-à-dire une issue thérapeutique comparable quelle que soit l'approche thérapeutique utilisée pour résumer la notion dans ses grandes lignes. [34, 38- 40].

Des études récentes indiquent que le concept thérapeutique utilisé par le/la thérapeute n'explique pas la variabilité des résultats puisque ledit concept et ses techniques d'intervention ne participeraient qu'à hauteur de 1 à 15 % au résultat [38, 40]. Il semble, d'après les connaissances dont nous disposons désormais, que la personnalité du patient, son contexte social et ce qu'il vit pendant le

traitement psychothérapeutique (env. 40 %), la qualité de la relation thérapeutique (env. 30 %) et des effets placebo (c'est-à-dire des effets non spécifiques tels que l'espoir ou la confiance) (env. 15 %) comptent bien davantage dans la variabilité des résultats.

Par ailleurs, la compétence du/de la thérapeute semble être l'une des clés de la réussite ou de l'insuffisance des résultats de la thérapie [36, 41 - 42].

Le fait qu'il ressorte de nos résultats que la part des interventions techniques spécifiques à un concept utilisées par les psychothérapeutes des différents instituts est comparable et réduite dans l'étude PAP-S ne signifie pas nécessairement qu'une formation spécifique soit superflue ou inutile [43].

Nos résultats nous permettent de constater de fortes variations entre thérapeutes concernant le volume des interventions spécifiques qu'ils utilisent (« within therapist variation »). Il s'avère que l'importance des interventions spécifiques et non spécifiques peut varier extrêmement d'une séance à l'autre pour le même thérapeute au cours d'une même thérapie avec le même patient. La spécificité peut atteindre 100 % pour une séance alors qu'une autre ne reposera sur aucune intervention spécifique à un concept, mais plutôt sur des techniques générales, non spécifiques ou empruntées à d'autres courants.

De plus, le calcul de fréquence purement quantitatif des interventions ne veut pas nécessairement dire que la spécificité de la thérapie n'a joué aucun rôle. Le recours à certaines interventions à un moment favorable peut parfois être plus judicieux qu'une fréquence plus soutenue. Il est possible de relier cet aspect au concept de compétence du thérapeute, aspect auquel il conviendrait de s'intéresser dans l'analyse future des données de l'étude PAP-S.

## Bibliographie

- 1 Beeler Iris und Thomas D. Szucs (2001): Abschlussbericht Psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz, Bundesamt für Sozialversicherung, 3. Mai 2001
- 2 Auer B, Buchmann R, Fischer M, Frauenfelder A, Geiser Juchli C, Holtz N, Hunter HR, Schlegel M (2002) Die Wissenschaftskolloquien der Schweizer Charta für Psychotherapie. Psychotherapie Forum 10: 75-80
- 3 Schlegel M (Hrsg 2002) Menschenbilder, Gesundheits-, Krankheits- und Therapieverständnisse und deren Hintergründe der in der Schweizer Charta für Psychotherapie vereinigten Psychotherapieverfahren: Angaben zu institutionellen Daten und internationalen Vernetzungen. Psychotherapie Forum 10 (2)
- 4 Buchmann R, Schlegel M (2002) Die Entstehung der „Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren“. Psychotherapie Forum 10: 223-227
- 5 Schweizer Charta für Psychotherapie (2002) Deklaration der Schweizer Charta für Psychotherapie zu Begriff und Anforderungen an die Wissenschaftlichkeit der Psychotherapieverfahren. Psychotherapie Forum 10: 228 – 230
- 6 Schlegel M (2006) Ausführungsbestimmungen zur Wirksamkeitsforschung der durch die Schweizer Charta für Psychotherapie akkreditierten Verfahren. Psychotherapie Forum 14: 199 – 205
- 7 Schulthess P., 2006: Praxisstudie, Univeritätslehrgang, Charta-Text. In: Psychotherapie Forum, Supplement vol. 14, No 1/2006
- 8 Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A, Weber R. Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). In: Psychotherapie Forum, Band 17, Heft 4, Wien, Springer
- 9 Tschuschke V, Koemeda-Lutz M, Schlegel M. PAP-S-Rating-Manual (PAPS-RM). Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie, 2014
- 10 Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1980
- 11 Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975
- 12 Franke GH. Brief Symptom Inventory von LR Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Göttingen: Beltz-Test, 2000
- 13 Lambert MJ, Hannover W, Nisslmüller K, Richard M, Kordy H. Fragebogen zum Ergebnis von Psychotherapie. Zur Reliabilität und Validität der deutschen Übersetzung des Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2). Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 2002; 31:40-46
- 14 Hautzinger M, Keller F, Kühner C. Das Beck-Depressionsinventar II. Deutsche Bearbeitung und Handbuch zum BDI-II. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services, 2006
- 15 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV). 4<sup>th</sup> ed.. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000
- 16 Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD 2 – Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber/Hogrefe, 2006
- 17 Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T.(1997). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- 18 Bassler M, Potratz B, Krauthauser H. Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. Psychotherapeut 1995; 40:23-32
- 19 Wiltink J, Edinger J, Haselbacher A, Imruck BH, Beutel ME. Adherence und Competence in der Psychotherapieforschung: Neuere Entwicklungen. Klinik, Diagnostik und Evaluation 2010; 3:76-93

- 20 Schweizer, M, Buchmann, R., Schlegel, M., Schulthess, P., 2002: Struktur und Leistung des Psychotherapieversorgung in der Schweiz. Erhebung der Schweizer Charta für Psychotherapie. In: Psychotherapie Forum vol. 10, no. 3 2002, Springer Wien New York.
- 21 Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorder in Europe: A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 2005; 15:357-376
- 22 Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T.(1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- 23 Grant, Bridget F.; Hasin, Deborah S.; Stinson, Frederick S.; Dawson, Deborah A.; Chou, S. Patricia; Ruan, W. June; Pickering, Roger P.: Prevalence, Correlates, and Disability of Personality Disorders in the United States: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol 65(7), Jul 2004, 948-958.  
<http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v65n0711>
- 24 von Wyl A, Cramer A, Koemeda M, Tschuschke V, Schulthess P: Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S): Studiendesign und Machbarkeit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1-2013, S. 6-22
- 25 Tschuschke V, Cramer A, Koemeda M, Schulthess P, von Wyl A. Abschlussbericht Praxisstudie ambulante Psychotherapie Schweiz (PAP-S) der Institute der Schweizer Charta für Psychotherapie. Zürich: Schweizer Charta für Psychotherapie 2013
- 26 Lambert MJ. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edition. New York, NY: John Wiley & Sons, 2013, S. 169-218
- 27 Smith ML, Glass GV, Miller TC. The benefits of psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980
- 28 Grawe K, Donati R, Bernauer F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 1994
- 29 Kolata GB. Drug found to help heart attack survivors. *Science* 1981; 214: 774-775
- 30 Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Preliminary report: Findings from the aspirin component of the ongoing physician' health study. *New England Journal of Medicine* 1988; 318: 262-264
- 31 Ilardi SS, Craighead WE, Evans DD. Modeling relapse in unipolar depression: Effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997; 65: 381-391
- 32 Tschuschke V, Cramer A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, von Wyl A, Schulthess P, Koemeda-Lutz M. The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>
- 33 Tschuschke V, Freyberger HJ. Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen – eine polemische Analyse der Fakten. *Zeitschrift für Psychosomatik und Psychotherapie* 2014 (zum Druck angenommen)
- 34 Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2001
- 35 Perepletchikova F. Commentary. Treatment integrity and differential treatment effects. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2009; 16: 379-382
- 36 Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects. Findings and methods. In: Lambert MJ (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th edition. New York, NY: John Wiley & Sons, S. 258-297

- 37 Perepletchikova F, Chereji E, Hilt LM, Kazdin AE. Barriers to implementing treatment integrity procedures: Survey of treatment outcome researchers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2010; 77: 210-218
- 38 Köhler M, Tschuschke V. Welche Bedeutung hat das Behandlungskonzept in der Psychotherapie? Zur technischen Interventionsspezifität (treatment adherence) in der Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 2013; 12: 138-147
- 39 Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed.. New York, NY: John Wiley & Sons, 2004: 139-193
- 40 Schüßler G. Everybody has won the prize? Oder die Blinden und der Elefant: Was wirkt in der Psychotherapie? *Psychiatrie & Psychotherapie* 2009; 4: 152-160
- 41 Berglar J, Cramer A, von Wyl A, Koemeda-Lutz M, Köhler M, Staczan P, Schulthess P, Tschuschke V. Effectiveness of psychotherapists in 10 types of psychotherapy: A naturalistic process-outcome study. (Unveröff. Manuskript)
- 42 Saxon D, Barkham M. Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2012; 80: 535-546
- 43 Tschuschke V, von Wyl A, Koemeda-Lutz M, Cramer A, Schlegel M, Schulthess P. Die Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute. Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. (Unveröff. Manuskript)