

Les facteurs communs en thérapie conjugale et familiale

ROBERT PAUZÉ, directeur scientifique
GENEVIÈVE CHANTAL HÉBERT, traductrice

Dans une récente méta-analyse intitulée « Common Factors in Couple and Family Therapy : Must All Have Prizes ? », Sparks et Duncan (2010) se penchent sur la question de l'efficacité des thérapies conjugale et familiale (TCF). Ils se demandent si le verdict du dodo¹ se confirme dans le cas des différentes approches en TCF. Autrement dit, est-ce que les différentes approches en TCF produisent des effets similaires ?

❖ *L'efficacité absolue et relative des TCF*

Le terme « efficacité absolue » fait référence à l'efficacité d'un traitement par rapport à l'absence d'un traitement. Dans le cas de la TCF, les données de recherche indiquent que cette forme d'intervention est plus efficace que l'absence de traitement notamment dans les cas de consommation de drogues, de troubles de comportement, de délinquance, d'alcoolisme, de difficultés conjugales et de schizophrénie. Selon les résultats de méta-analyses, la taille de l'effet de la thérapie familiale (TF) est évaluée à 0,58 (ce qui correspond à une ampleur modérée) et celle de la thérapie conjugale (TC) à 0,84 (ce qui correspond à une ampleur élevée selon Cohen, 1988). Ainsi, peu importe l'approche préconisée, les TCF sont plus efficaces pour atténuer un éventail de problèmes, comparativement à l'absence de traitement. À cet égard, Lambert et Ogles (2004) observent qu'en moyenne, n'importe quel traitement effectué de façon systématique est quatre fois plus efficace que l'absence de traitement. Malgré les effets positifs maintes fois observés de la TCF, il importe de souligner que près de

la moitié des clients ne progressent pas vers un fonctionnement non clinique. Autrement dit, certains problèmes persistent après la fin de l'intervention malgré une certaine évolution.

Le terme « efficacité relative » fait référence aux effets comparatifs de deux formes de thérapies. Selon les résultats de différentes méta-analyses, il appert que les TCF ne sont pas supérieures aux thérapies individuelles et que les différentes formes de thérapie familiale (Shadish et al., 1993 ; Shadish et al., 2002) et conjugale (Christensen et al., 2004) s'équivalent.

❖ *Importance de porter un regard critique*

Certains chercheurs dans le domaine de l'évaluation des thérapies nous invitent à avoir un regard critique sur les résultats des études comparatives puisque différents facteurs peuvent influencer les résultats de ces études, notamment l'allégeance du chercheur pour une des approches comparées et le fait de réaliser des études dans des conditions de comparaison non équivalentes.

❖ *L'allégeance du thérapeute*

Le terme « allégeance » réfère aux croyances du chercheur et son engagement à une approche particulière. Selon Sparks et Duncan (2010), l'allégeance du chercheur à une approche peut introduire un biais lors de la présentation de résultats de recherches comparatives. À cet égard, Luborsky et al. (1999) observent que l'allégeance du

¹ Le terme « verdict du dodo » a été utilisé pour la première fois en 1936 par Paul Rosensweig dans un article consacré à l'efficacité comparée des psychothérapies. S'inspirant de l'oiseau d'*Alice au pays des merveilles*, le dodo, qui proclame après une course où chacun part et arrive d'endroits différents qu'au final, « tout le monde a gagné! ». Rosensweig soutient que les facteurs communs aux psychothérapies comptent plus que la démarche elle-même. Selon lui, il n'existe pas de différences majeures entre les thérapies et qu'elles s'équivalent toutes.

chercheur à une école de pensée, à une approche ou à une méthode peut expliquer jusqu'à 69 % des variations dans les résultats d'études comparatives. En conséquence, les études comparatives visant à évaluer l'efficacité d'une approche par rapport à une autre devraient idéalement être faites par des chercheurs neutres.

❖ *Des comparaisons non équivalentes*

La non-équivalence des conditions dans lesquels des traitements sont comparés peut également influencer les résultats des études comparatives entre deux traitements. Par exemple lorsque l'on compare une intervention multisystémique (une intervention brève, intensive, dans la communauté du jeune, impliquant les parents et les autres systèmes fréquentés par le jeune et dirigée par un thérapeute qui a une charge de cas limitée et qui est supervisée 2,5 heures par semaines par le concepteur de l'approche) à une intervention individuelle auprès d'un jeune (dirigée par un thérapeute qui ne bénéficie pas de supervision particulière et qui a une charge de cas complète), il ne faut pas s'étonner que les résultats vont dans le sens que l'approche multisystémique est supérieure. Cela va de soi (Sparks et Duncan, 2010). Les comparaisons entre les différents types d'intervention devraient toujours se faire à partir de conditions équivalentes.

❖ *Les facteurs communs des diverses approches*

L'absence de différences significatives entre les approches des TCF suggère qu'elles possèdent des facteurs communs. La majorité d'entre eux sont attribuables au client (facteurs extra-thérapeutiques) tandis que d'autres découlent directement de l'intervention (Wampold, 2001).

Selon ce chercheur, les facteurs extra-thérapeutiques comptent pour 87 % des

facteurs qui influencent les résultats de la thérapie. Ces facteurs incluent notamment la volonté de changement des clients, la qualité des relations interpersonnelles entretenues par les clients, la discipline individuelle des clients pour se fixer des objectifs, les ressources préexistantes des clients ou le fait d'avoir effectué des changements avant le début du traitement. Par exemple, les clients qui ont effectué des changements avant le début du traitement avaient une probabilité quatre fois plus élevée de terminer le traitement avec des résultats positifs alors que les clients qui n'en effectuaient pas étaient plus sujets à terminer la thérapie plus précocement (Beyebach et al, 1996).

Par ailleurs, il apparaît que 13 % des facteurs qui influencent les résultats de la thérapie soient attribuables à la thérapie comme telle (Wampold, 2001). De ce pourcentage, 6 à 9 % sont directement liés au thérapeute comme individu (Wampold et Brown, 2005), lequel constitue un élément prédictif important pour les résultats, même si ce facteur n'a été que très peu étudié de façon isolée. Ainsi, les interventions menées par des thérapeutes faisant preuve d'empathie, de chaleur humaine, de compassion et de sensibilité sont plus concluantes (Green et Herget, 1991 ; Bischoff et McBride, 1996). À cet égard, les recherches tendent à démontrer qu'une alliance favorable entre le client et le thérapeute est le meilleur indicateur des résultats en psychothérapie. Les conclusions qui se dégagent de la littérature actuelle sur les TCF suggèrent que l'alliance thérapeutique est une variable prédictive importante sur le succès d'une intervention.

Enfin, les modèles et les techniques utilisés par les thérapeutes ont aussi des effets généraux et spécifiques sur la réussite d'une thérapie. Même s'ils diffèrent de l'un à l'autre dans leur contenu, ils possèdent tous une logique intrinsèque, une explication des difficultés du client, un rituel et des stratégies

à suivre pour les résoudre (Frank et Frank, 1991). Ainsi, peu importe la technique employée, les thérapeutes s'engagent tous à aider le client. Il est également prouvé, en médecine et en psychothérapie, que lorsque le placebo ou la condition techniquement inerte sont offerts dans un contexte qui génère des attentes optimistes, ils produisent des effets fiables presque aussi grands ou aussi grands que le traitement en tant que tel. Si l'approche importe peu, le degré d'allégeance du thérapeute à une approche contribue à ce que le client croit aussi au traitement. L'allégeance et les attentes agissent tels des miroirs avec le degré de croyance du thérapeute et du client relativement à la thérapie et à ses rituels. Cette conviction est donc déterminante pour les résultats. Dans cette optique, le clinicien doit avoir un modèle dans lequel placer sa foi. Il doit aussi adopter une certaine logique pour que le client le perçoive comme un professionnel crédible. Les facteurs placebo peuvent aussi être alimentés par le thérapeute.

❖ *Un nouveau facteur commun : la rétroaction*

Peu importe la référence théorique du clinicien, la rétroaction (le fait de mesurer fréquemment l'évolution et les comportements du client) accroît de façon significative l'efficacité des interventions. Même si certains considèrent que cela fait partie du travail quotidien souvent effectué de façon informelle, la rétroaction peut véritablement être considérée comme un facteur commun de changement. Selon les études de Lambert (2007), les thérapeutes qui reçoivent une brève rétroaction sur une base hebdomadaire améliorent de façon significative leur efficacité thérapeutique et réduisent le taux de détérioration de leur patient. Une recherche menée auprès de 205 couples en thérapie qui fournissaient une rétroaction régulière à leur

thérapeute a permis d'observer une différence dans les résultats allant jusqu'à 10 % de la variance des changements (Anker et al., 2009). C'est donc dire que les éléments influençant de façon positive les résultats d'une intervention ne peuvent être trouvés qu'avec la collaboration des clients, par leur rétroaction par rapport à leur progrès dans la thérapie et grâce à la qualité de l'alliance thérapeutique. Cela permet au thérapeute de mieux s'arrimer aux besoins spécifiques d'un client au fur et à mesure du suivi.

❖ *Conclusion*

Les études sur les facteurs communs des thérapies permettent d'identifier des balises qui contribuent à augmenter les résultats des interventions. Par ailleurs, la prise en compte des rétroactions des clients permet d'individualiser et d'ajuster les interventions. Selon Sparks et Duncan (2010), le thérapeute n'a pas besoin de savoir quelle approche est la meilleure pour tel problème mais plutôt de proposer une intervention qui présente un bon ajustement aux besoins du client dans le moment.

❖ *Références*

- ANKER, M. • B. DUNCAN • J. SPARKS (2009). "Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes : A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.
- BISCHOFF, R.J. • A. MCBRIDE (1996). "Client Perceptions of Couple and Family Therapy". *American Journal of Family Therapy*, 24, 117-128.
- BEYEBACH, M. • A.R. MOREJON • D.L. PALENZUELA • J.-L. RODRIGUEZ-ARIAS (1996). Research on the process of solution-focused brief therapy. In : S. MILLER, M. HUBBLE et B. DUCAN (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 299-334). San Francisco : Jossey-Bass.
- CHRISTENSEN, A. • D.C. ATKINS • S. BERNIS • J. WHEELER • D. BAUCOM • L.E. SIMPSON. (2004). "Traditional Versus

Integrative Behavioral Couple Therapy for Significantly and Chronically Distress Married Couples". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.

FRANK, J.-D. • J.-B. FRANK (1991). *Persuasion and healing* (3rd ed.). Baltimore : Johns-Hopkins University Press.

GREEN, R.J. • M. HERGET (1991). "Outcomes of Systemic/Strategic Team Consultation: II. The Importance of Therapist Warmth and Active Structuring". *Family Process*, 30, 321-336.

LAMBERT, M.J. (2007). "Presidential Address : What Have we Learned from a Decade of Research at Improving Psychotherapy Outcome in Routine Care". *Psychotherapy research*, 17, 1-14.

LAMBERT, M. • B. OGLES (2004). "The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy". Dans: M.-J LAMBERT (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5e ed., pp. 139-193). New York : Wiley.

LUBORSKY, L. • L. DIGUER • D.A. SELIGMAN • R. ROSENTHAL • E.-D. KRAUSE • S. JOHNSON et al. (1999). "The Researcher's Own Therapy Alliance : A "Wild Card" In: Comparaison Of Treatment Efficacy. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 6, 95-106.

SHADISH, W.R. • S.A. BALDWIN (2002). Meta-Analysis of MFT interventions. Dans : D.H. SPRENKLE (Ed.), *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 339-379). Alexandria, VA : American Association of Marriage and Family Therapy.

SPARKS, J.A. • D.L. DUNCAN (2010). Common Factors in Couple and Family Therapy : Must All Have Prizes ? Dans : DUNCAN, MILLER, WAMPOLD, HUBBLE (Eds). *The Heart and Soul of Change, Second Edition : Delivering What Works in Therapy* (pp.357-391). Washington : American Psychological Association.

WAMPOLD, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.

WAMPOLD, B.E. • G. BROWN (2005). "Estimating Therapist Variability in Outcomes Attributable to Therapists : A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914-923.

Les facteurs communs en thérapie conjugale et familiale

ROBERT PAUZÉ, directeur scientifique
GENEVIÈVE CHANTAL HÉBERT, traductrice

Ce texte présente les résultats d'une méta-analyse sur l'efficacité des thérapies conjugale et familiale (TCF) ainsi que sur les facteurs communs des différentes