



**HAL**  
open science

## Un essai clinique randomisé sur la psychothérapie des adolescents dépendants au cannabis

O. Phan, J. Jouanne, S. Monge

► **To cite this version:**

O. Phan, J. Jouanne, S. Monge. Un essai clinique randomisé sur la psychothérapie des adolescents dépendants au cannabis. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (2), pp.145. 10.1016/j.amp.2009.12.013 . hal-00617376

**HAL Id: hal-00617376**

**<https://hal.science/hal-00617376>**

Submitted on 28 Aug 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## Accepted Manuscript

Title: Un essai clinique randomisé sur la psychothérapie des adolescents dépendants au cannabis

Authors: O. Phan, J. Jouanne, S. Monge

PII: S0003-4487(09)00374-6  
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.12.013  
Reference: AMEPSY 1113

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Phan O, Jouanne J, Monge S, Un essai clinique randomisé sur la psychothérapie des adolescents dépendants au cannabis, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.12.013

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Un essai clinique randomisé sur la psychothérapie des adolescents dépendants au cannabis****A random clinical trial concerning the psychotherapy of adolescents addicted to cannabis****O. Phan, J. Jouanne, S. Monge***Centre Émergence, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France*

Auteur correspondant : Docteur Olivier Phan, Centre Émergence, Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France

Adresse e-mail : olivier.phan@imm.fr

**Résumé**

La recherche INCANT (*International Cannabis Need of Treatment*) a pour but d'étudier l'intérêt d'une thérapie spécifique, la Thérapie Familiale Multidimensionnelle (*Multidimensional Family Therapy: MDFT*) dans la prise en charge des adolescents abuseurs ou dépendants au cannabis. Cette méthode est développée par le CTRADA (*Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse*) de la faculté de médecine de l'université de Miami. Ainsi, cinq pays européens (Belgique, France, Hollande, Allemagne, Suisse) comparent la MDFT à la prise en charge habituellement pratiquée dans leur pays respectif. Le protocole se veut le plus rigoureux possible afin de tirer le maximum d'informations valides.

*Mots clés* : Adolescent ; Cannabis ; Essai clinique ; Famille ; Thérapie

**Abstract**

The Incant (*International Cannabis Need of Treatment*) project start a few years ago on the initiative of five european countries including Belgium, Germany, France, the Netherland and Switzerland. The purpose of this randomized controlled trial is to compare a new family based treatment (*Multidimensional Family Therapy: MDFT* developed by Pr Liddle and al of the CTRADA of Miami ) to the european usual treatment. In France, the

treatment as usual had to be formalized to seal what the MDFT had to be compared to. The protocole had to be as strict as possible to make results as valid as possible.

*Keywords:* Adolescent; Cannabis; Clinical trial; Family; Therapy

## 1. Introduction

En avril 2003, les représentants des ministères de la Santé français, belge, allemand, hollandais et suisse ont constitué un Comité de Direction : l'APCR (*Action Plan for Cannabis Research*). Ce comité conclut qu'il manquait, au niveau européen, de protocoles thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité sur la consommation problématique de cannabis à l'adolescence. Outre-Atlantique, de nombreuses thérapies avaient fait l'objet de publications. Parmi celles-ci, la Thérapie Familiale Multidimensionnelle (*Multidimensional Family Therapy*, MDFT), développée par le *Center for Treatment Research on Adolescence Drug Abuse* (CTRADA) de la faculté de médecine de l'Université de Miami, s'avérait particulièrement intéressante. Cette méthode a fait l'objet de nombreuses évaluations, notamment celle réalisée dans le cadre du programme CYT (*Cannabis Youth Treatment*).

Le comité de l'APCR décida d'expérimenter cette méthode en Europe dans le cadre d'un essai clinique contrôlé randomisé réunissant les cinq pays. Le projet européen fut appelé *INCANT* (*INternational Cannabis Need of Treatment*).

## 2. Le projet

L'objectif principal de cette étude est de comparer, dans le cadre d'un essai thérapeutique standardisé, randomisé et longitudinal, l'efficacité d'une méthode thérapeutique (*Multi Dimensional Family Therapy*, MDFT) par rapport à la thérapie habituelle (TAU) dans la réduction de la consommation de cannabis chez des adolescents présentant un usage abusif et/ou une dépendance à cette substance.

L'objectif secondaire de ce projet est d'évaluer l'impact de ces deux types de thérapie sur les facteurs de risques ou de pérennisation de la conduite addictive, comme les troubles psychiatriques, le fonctionnement familial, le comportement social, les performances scolaires, et la régulation émotionnelle.

En France, deux centres prenaient part à l'étude, le Centre Emergence, sous la responsabilité du département de pédopsychiatrie de l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, dirigé pendant l'étude tout d'abord par le Pr. Jeammet, puis par le Pr. Corcos, et le CEDAT de Mantes-la-Jolie.

### 3. Les stratégies thérapeutiques (tableau 1)

Définir une TAU qui puisse servir d'élément de comparaison fiable est primordial. Pour la recherche, il était donc nécessaire de formaliser cette TAU, c'est-à-dire d'écrire un protocole de référence ainsi que d'organiser une supervision des pratiques cliniques TAU. Cependant, en imposant cela, on s'éloignait de la TAU telle qu'elle est pratiquée sur le terrain, c'est-à-dire sans formalisation préalable ni supervision avec contrôle de la méthode.

De plus, il était important d'être sûr que les éventuelles différences d'efficacité entre les thérapies soient bien le fait de la pratique clinique utilisée, et non celles de l'intensité de la supervision (pratiquée dans la MDFT) ou de la fréquence des entretiens.

Pour faire face à ces problèmes, en France, la MDFT est comparée à deux types de TAU :

- une TAU classique telle qu'elle peut être pratiquée dans un centre de soins disposant de moyens standards minimums, c'est-à-dire avec une fréquence d'entretien standard (pas plus d'un entretien par semaine), sans formalisation préalable ni supervision centrée sur l'adhérence à la méthode ;
- une TAU dite TAU<sup>E</sup> (*Thérapie As Usual Explicitée*), intensive (autant d'entretiens que nécessaire), formalisée au moyen d'un protocole préalablement rédigé, avec contrôle strict de l'adhérence au modèle théorique au moyen de supervisions.

#### 3.1. La *Thérapie as usual*: TAU

Dans chaque pays, les modalités de prise en charge étaient différentes. Par exemple, alors que pour la Hollande la TAU était largement inspirée par les techniques cognitivo-comportementales, pour l'Allemagne, elle était plutôt inspirée des thérapies individuelles avec « drug counselling ». Il a donc été décidé que chaque pays comparerait la MDFT à sa TAU.

Pour définir la TAU, il faut donc se référer à ce qui se fait habituellement dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie. Après une réunion dirigée par J.-P. Couteron,

directeur du CEDAT de Mantes-la-Jolie et président de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, il en ressort les éléments suivants :

- les modes de prises en charges sont hétérogènes ;
- cependant, il existe un certain nombre de points communs, à savoir :
  - la notion de bilan complet, celui-ci pouvant s'avérer en lui-même thérapeutique ;
  - les thérapies s'inspirant des modèles motivationnels et analytiques.

La TAU reflète la pratique classique minimale dans les centres de soins spécialisés en toxicomanie. En pratique, l'équipe des thérapeutes TAU se compose de deux psychothérapeutes : un au centre de Mantes-la-Jolie, l'autre au centre Emergence, qui font comme d'habitude, sans modifier leur pratique.

### **3.2. La Thérapie as usual explicitée : TAU<sup>E</sup>**

La TAU<sup>E</sup> se voulait être la plus explicite et précise possible. Pour ce faire, trois mesures ont été mises en place :

- la rédaction d'un protocole de TAU<sup>E</sup> ;
- l'organisation de la supervision des pratiques ;
- le contrôle via enregistrement vidéo des séances de TAU<sup>E</sup>.

#### *3.2.1. La rédaction du protocole*

La rédaction du manuel s'inspire de huit interviews enregistrées et retranscrites de collègues exerçant dans d'autres centres dans toute la France. Ces thérapeutes ont été choisis en fonction de leur réputation, d'une part, et de l'importance de leur activité, d'autre part (l'activité a été mesurée en collaboration avec l'Observatoire français des Drogues et des Toxicomanies qui nous a fourni les résultats de son étude nationale des centres ayant demandé le label « consultation cannabis »).

En fonction des résultats et de l'expérience des thérapeutes exerçant dans les centres participant à l'étude, un protocole a été rédigé. Il insiste beaucoup sur le côté pratique, c'est-à-dire :

- la fréquence des consultations ;
- le temps de chacune d'entre elles ;
- la supervision du thérapeute ;
- les thématiques devant être abordées ;

- le temps et la fréquence des entretiens familiaux (pour qu'il y ait une différence avec la MDFT, les entretiens familiaux sont limités à un entretien par mois, et dans le seul objectif de tenir informer la famille du développement de la thérapie).

### 3.2.2. *La supervision*

Il était important pour la TAU<sup>E</sup> d'instituer une supervision individuelle hebdomadaire centrée sur les cas. L'idée est de donner à la TAU<sup>E</sup> les mêmes conditions de supervision en termes d'intensité et de fréquence que dans la MDFT. De plus, il était important de vérifier la concordance des pratiques des thérapeutes au manuel TAU<sup>E</sup>. Une supervision hebdomadaire a donc été mise en place.

### 3.2.3. *Modèle théorique de la TAU<sup>E</sup>*

Au niveau théorique, les modèles utilisés sont issus des entretiens motivationnels et des thérapies d'inspiration analytique. Néanmoins, comme les traitements standardisés ne constituent pas la norme en France, il nous est apparu nécessaire d'être au plus proche du terrain, d'être très descriptif plutôt que d'aborder la question théorique. Souvent, il existe des différences entre les pratiques des thérapeutes et leur réflexion au niveau théorique.

### 3.2.4. *Supervision recherche : entretien TAU<sup>E</sup> filmé*

Pour compléter le dispositif, un certain nombre de séances (50 au total) ont été filmées, cotées, et comparées au manuel de référence de la TAU<sup>E</sup>. L'objectif était d'évaluer l'adhérence à la méthode TAU<sup>E</sup>.

## 3.3. *La thérapie MDFT*

### 3.3.1. *MDFT définition*

La thérapie multidimensionnelle a été développée pour les problèmes relatifs à la consommation de cannabis, dans le cadre d'une approche familiale largement d'inspiration systémique (*Multi Dimensional Family Therapy*) [1].

L'approche MDFT est un protocole de soins fondé sur l'hypothèse selon laquelle la prise de drogue chez l'adolescent est un phénomène multidimensionnel. Il inclut un certain nombre de variables comme la personnalité de l'adolescent, la famille, l'environnement, ainsi que les interactions entre ces différentes variables.

En prenant en compte cette notion de facteurs déclenchants et de facteurs protecteurs, cette thérapie va se centrer sur quatre composantes :

- les caractéristiques personnelles de l'adolescent, et notamment son positionnement par rapport aux produits (perception de la dangerosité, vécu émotionnel, comportement vis-à-vis des consommations) ;
- les parents (représentation des drogues, mesures prises à l'encontre de la consommation) ;
- les interactions familiales ;
- les autres sources d'influence telles que le milieu scolaire, éventuellement le système judiciaire.

La thérapie se déroule en trois étapes : la construction des fondations du processus thérapeutique, la demande de changements, et enfin la consolidation des progrès. L'idée principale est d'avoir un impact direct sur les facteurs de risque et de protection pour parvenir à un arrêt des consommations. L'adolescent doit acquérir un certain nombre de compétences comme repérer, voire éviter, tout ce qui conduit à la consommation, et développer des activités en dehors du contexte d'usage, essayer de gérer ses émotions. Vis-à-vis des parents, l'objectif est de les soutenir face aux démarches qu'ils auront à faire pour soutenir leur enfant. Il s'agit aussi d'obtenir une alliance thérapeutique avec les parents. Au niveau des relations intrafamiliales, la prise en charge consiste dans le repérage des attitudes dysfonctionnelles pour pouvoir les aborder et éventuellement les traiter.

### *3.3.2. Efficacité de la MDFT*

Les différentes études démontrent que la MDFT est significativement plus efficace que les autres traitements étudiés (e.g. thérapie de groupe, thérapie cognitivo-comportementale, prévention, traitement à domicile...) en ce qui concerne quatre axes principaux qui sont : la consommation de substances, les troubles du comportement, le fonctionnement familial, et l'adhérence thérapeutique [1].

Concernant la consommation de substances, la MDFT diminue la quantité de drogues consommées (cannabis, alcool, drogues dures) mieux que n'importe quel autre traitement (de 41 % à 82 % de la prise de départ). Ces bénéfices du traitement restent stables, et augmentent même un an après [1].

La MDFT est plus efficace que les autres traitements concernant le changement des troubles associés à la consommation de cannabis chez l'adolescent. Elle améliore de façon



plus significative les performances scolaires, les comorbidités psychiatriques et les troubles du comportement. Ces résultats sont toujours significatifs une année après [1].

La MDFT améliore les conduites parentales et les interactions familiales [1,2], et suscite moins d'abandon que les autres thérapies. Une recherche [1] a montré que 85 % des adolescents consultants et leurs parents ont assisté à au moins 60 % des sessions de MDFT, ce qui est un taux élevé si l'on se réfère à la littérature sur les traitements d'addiction.

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des thérapies :

	TAU	TAU <sup>E</sup>	MDFT
	<i>Thérapie As Usual</i>	<i>Thérapie As Usual</i> <i>Explicitée</i>	<i>MultiDimensional</i> <i>Family Therapy</i>
	Représentative de la pratique courante	Représentative de la pratique courante	Méthode spécifique à tester
Manuel	NON	OUI	OUI
Formation initiale des thérapeutes spécifique à l'étude	NON	OUI	OUI
Bilan de consommation de substances	OUI	OUI	OUI
Réunions institutionnelles	OUI	OUI	OUI
Supervision clinique différée	NON	OUI	OUI
Supervision en directe	NON	NON	OUI
Rythme des consultations	Représentatif, fixé à 1 fois/semaine	Au moins une fois par semaine, ou plus si besoin	1 fois/semaine
Appels téléphoniques	Libre appréciation du thérapeute	NON	2 fois/semaine

## 4. Méthodologie

### 4.1. Critères d'inclusion des patients

- Cent dix adolescents, consultants au centre Emergence ou au CEDAT ;
- âgés de 13 à 18 ans ;
- présentant un diagnostic d'abus ou dépendance au cannabis, selon le DSM-IV-TR ;
- consultant dans un des centres recruteurs : Emergence ou CEDAT ;
- ayant au moins un parent (ou représentant légal) acceptant de participer à la thérapie et à l'étude ;
- l'abus d'autres substances, les troubles des conduites et/ou les troubles psychiatriques, souvent associés à la consommation de cannabis, ne constituent pas un critère d'exclusion.

### 4.2. Critères de non-inclusion des patients

- Refus de la part de l'adolescent et/ou de ses deux parents de participer à l'étude ;
- parents non joignables ou non mobilisables ;
- inclusion du patient dans une autre étude ;
- patient ou parent(s) ne comprenant pas le français ;
- patient en état de crises aiguës, rendant la participation à l'étude impossible (états psychiatriques aigus : état maniaque aigu, épisode dépressif majeur...).

### 4.3. Instruments d'évaluation (schéma 1)

Les instruments d'évaluation sont communs aux cinq pays européens participant à ce projet. La partie régulation émotionnelle et attachement est spécifique à la France. Pour cette partie, la plus longue, les questionnaires étaient donnés aux patients pour qu'ils les remplissent chez eux. La batterie INCANT était passée sur le centre.

#### 4.3.1. Évaluation des addictions

##### 4.3.1.1. ADI-Light

L'*Adolescent Diagnostic Interview-Light* (Winters, Henly, 1993) est un entretien structuré évaluant les consommations de substances à l'adolescence, en fonction des critères DSM-IV-TR.

#### 4.3.1.2. *Intake Interview*

Cet hétéroquestionnaire, d'une vingtaine de minutes, permet de recueillir des données sociodémographiques.

#### 4.3.1.3. *Timeline Follow-Back method (TLFB)*

Le *Timeline Follow-Back method* est un entretien structuré permettant de mesurer l'évolution de la consommation du jeune dans le temps. Il recueille des informations sur les substances consommées et la quantité utilisée au jour le jour, concernant le cannabis et l'alcool.

#### 4.3.1.4. *Analyse d'urine*

Des échantillons d'urine sont analysés pour vérifier la présence de cannabis. Une analyse semi-quantitative de cannabis dans les urines est aussi réalisée à l'inclusion, et à six et douze mois.

### 4.3.2. *Évaluation des facteurs de risque ou de pérennisation de la conduite*

#### 4.3.2.1. *Évaluation du comportement social et scolaire*

L'inventaire des expériences personnelles (PEI [Winters, Henly, 1989]) est un autoquestionnaire qui évalue la sévérité de la consommation de drogues et les problèmes qui y sont associés.

Le *Youth Self Report (YSR)* est un autoquestionnaire abrégé qui permet à l'adolescent de faire le point sur les troubles du comportement et les éventuels troubles psychotiques.

Le *Child Behavioral Checklist (CBCL* [Achenbach et al., 1983]) est la version « parent » du YSR. Il permet de mettre en évidence les éventuelles troubles du comportement et des compétences sociales chez l'adolescent.

Les résultats scolaires, le comportement à l'école et les bulletins scolaires seront demandés à l'adolescent. En l'absence de ces bulletins, la partie relative à l'école de l'*Intake Interview* sera administrée.

#### 4.3.2.2. Évaluation des comorbidités psychiatriques

- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)* ;
- *Adolescent Depression Rating Scale (ADRS)* ;
- Échelle de dépression de Hamilton (HDRS) ;
- Inventaire abrégé de Dépression de Beck à 13 items (BDI).

#### 4.3.2.3. Évaluation du fonctionnement familial

- Échelle d'Environnement Familial (FES) ;
- le *Five Minute Speech Sample (FMSS)*.

Le FMSS est un enregistrement audio d'un discours de cinq minutes qui permet l'évaluation de l'émotion exprimée. Le membre de la famille doit parler librement de ce qu'il pense du patient et de ses relations avec ce dernier.

#### 4.3.2.4. Évaluation de l'attachement

Le *Parental Bonding Instrument (PBI)* est un autoquestionnaire de 25 items qui évalue la perception des attitudes et des comportements de chacun des deux parents envers le patient durant ses 16 premières années de vie.

Les *Relationship Questionnaire (RQ/RSQ)* sont deux autoquestionnaires qui mesurent le style d'attachement, et dont découlent des travaux de Bowlby. Ils définissent quatre styles d'attachement (sécurisé, indifférent ou détaché, craintif ou préoccupé) selon la combinaison de deux facteurs : image de soi (positive ou négative), et image des autres (positive ou négative).

#### 4.3.2.5. Évaluation de la régulation émotionnelle

- *Observer Alexithymia Scale (OAS)* ;
- questionnaire d'Alexithymie de Bermond et Vorst (BVAQ) ;
- questionnaire d'Alexithymie de Toronto à 20 items (TAS-20) ;
- questionnaire d'Anhédonie Physique et Sociale (PAS & SAS) ;
- questionnaire d'Anxiété Trait-État de Spielberger à 40 items (STAI-T & STAI-E).

#### 4.3.3. Évaluation relative à la satisfaction de la thérapie

L'échelle de satisfaction (SS) sera proposée à l'évaluation à six mois pour évaluer la satisfaction de l'adolescent, du parent et du thérapeute quant aux résultats du traitement.

#### 4.3.4. Échelles d'évaluation de la thérapie dispensée

Ces deux échelles seront traduites et validées en français, et permettront, lors des supervisions, de catégoriser les interventions thérapeutiques utilisées. Elles permettront en outre de s'assurer que les thérapeutes MDFT délivrent bien la thérapie selon les instructions données dans le manuel.

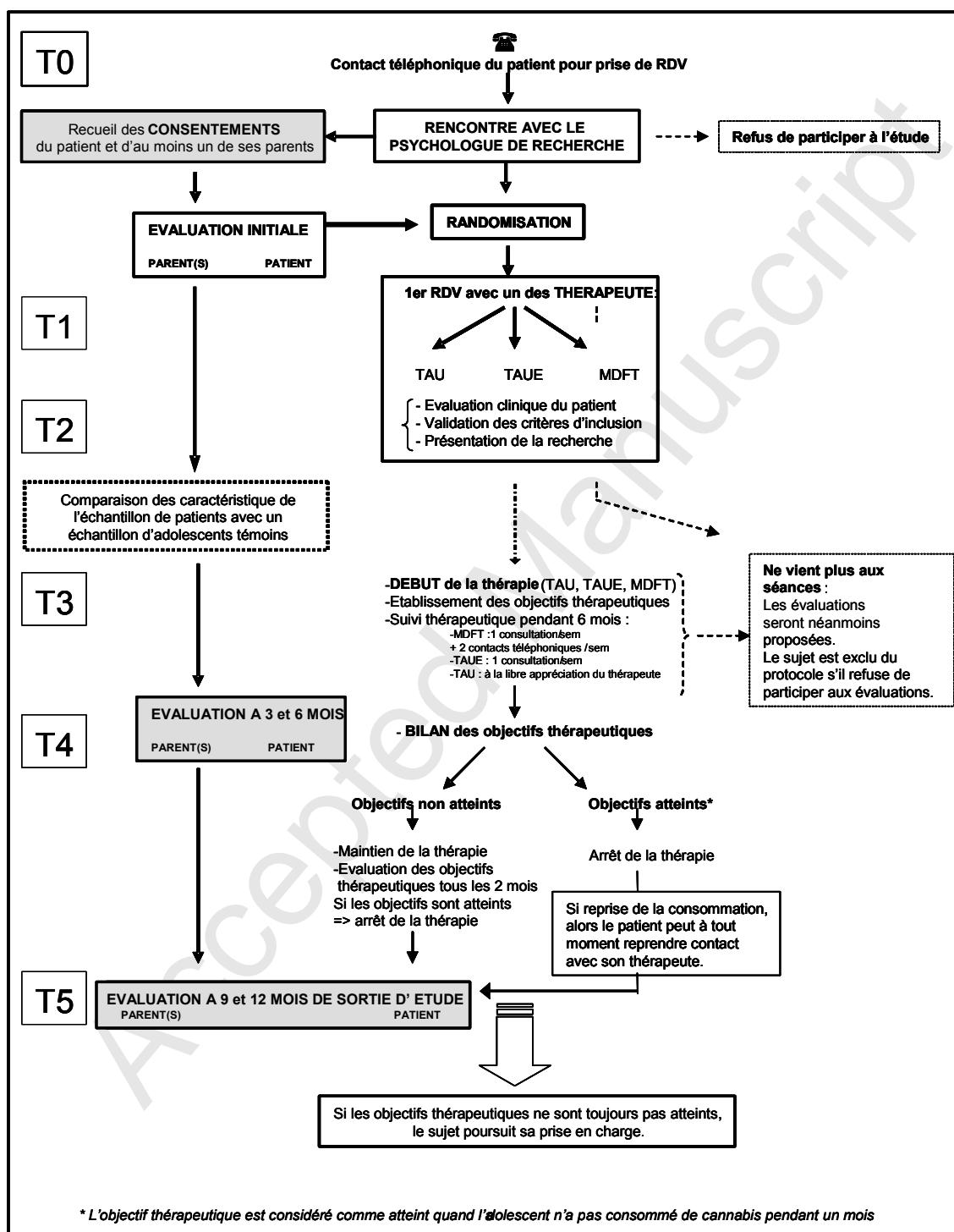
##### 4.3.4.1. L'échelle de conduite thérapeutique (TBRS)

La TBRS est une échelle d'observation des interventions thérapeutiques. Elle se remplit en visionnant des bandes vidéos ou des bandes sonores de séances thérapeutiques. Elle permet d'évaluer quelles interventions ont été utilisées au cours de la séance enregistrée.

##### 4.3.4.2. L'échelle de compétence thérapeutique pour la thérapie familiale multidimensionnelle

Cette échelle est un instrument d'observation qui permet d'évaluer la compétence des thérapeutes à mettre en application les interventions thérapeutiques de la MDFT. L'échelle estime la qualité technique des interventions (habileté) et l'adhésion des patients concernés.

Schéma 1 : Modalités d'évaluation des patients et rythme des évaluations



## 5. Conclusion

Comparer deux modes de psychothérapie n'est pas une chose facile. Cela nécessite un effort considérable de formalisation, de contrôle et de supervision des thérapies à évaluer. Sans cet effort, les résultats seraient ininterprétables.

Le projet INCANT est le fruit d'une coopération exemplaire entre cinq pays d'Europe pour mettre en avant la recherche européenne et trouver des solutions pour venir en aide aux adolescents les plus en souffrance par rapport à la consommation de cannabis.

Démontrer selon les critères scientifiques internationaux, l'intérêt de la formalisation, de la supervision clinique, ne peut avoir que des conséquences positives sur la clinique, en particulier sur son financement.

À ce jour, INCANT a inclu 425 patients en Europe dont 107 en France, le *Follow-up rate*, c'est-à-dire le taux de recueil de données est de plus de 80 %. Les résultats sont en cours d'interprétation. L'expérience des cliniciens et des chercheurs INCANT est extrêmement positive et doit nous faire voir ce type de recherche comme une chance pour les pratiques cliniques.

**Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur**

## Références

- [1] Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond G, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2001;27:651–88.
- [2] Liddle HA, Hogue A. A family-based, developmental-ecological preventive intervention for high-risk adolescents. *J Marital Fam Ther* 2000;26:265–79.
- [3] Phan O, Corcos M, Girardon N, Nezelof S, Jeammet P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. EMC 2004.
- [4] Phan O, Bonnaire C, Bastard N, Jouanne C. Le projet INCANT. *Revue Psychotropes*; 2009.
- [5] Rigter H. Cannabis: prevention and treatment in youth. Utrecht: Trimbos Institute; 2006.

## Discussion

*Dr C. Mirabel-Sarron* – Je vous remercie pour votre présentation très claire et très intéressante, mais ce protocole diffère considérablement de votre pratique clinique et thérapeutique que vous nous aviez exposée ici en février dernier au cours de la journée thématique sur les addictions ; quels enseignements retirez-vous du protocole thérapeutique présenté au cours de vos consultations ?

*Réponse du Rapporteur* – Effectivement, j'avais présenté la thérapie motivationnelle chez l'adolescent. Ici, il s'agit d'une méthode familiale systémique beaucoup plus complète mais nécessitant une mise en œuvre rigoureuse. Chaque thérapie a sa place, les entretiens motivationnels sont faciles à pratiquer et conviennent pour des prises en charges courtes ou comme complément d'autres modalités thérapeutiques. La MDFT est plus intense et nécessite un apprentissage plus important, elle est aussi plus efficace pour des patients plus difficiles.

*Pr M. Bazot* – Vous venez d'employer à trois reprises le terme de persuasion, « persuasion du médecin chargé de la recherche par le superviseur, persuasion des parents par le médecin, persuasion de l'adolescent suicidant par les parents ». À mon sens, la persuasion relève du champ social (publicité par exemple), non de celui de la psychothérapie. Quelle que soit la technique, il s'agit de favoriser chez le patient l'émergence « d'un savoir » sur lui, d'une prise de conscience (condition d'un éventuel changement) dont ne peut forcer l'avènement. Le parent « peut dire » quelque chose à son enfant sur sa conduite seulement quand s'est éclairée sa propre attitude à l'égard de celui-ci, etc.

*Réponse du Rapporteur* – Vous avez raison, il ne s'agit pas de persuasion, mais plutôt d'isomorphisme. Le superviseur doit faire en sorte que le thérapeute puisse faire siens les conseils qu'il lui prodigue. S'il est trop persuasif sans tenir compte de ce qu'est le thérapeute, le conseil ne passera pas. Il en sera de même pour le thérapeute vis-à-vis des parents, et des parents vis-à-vis de leur enfant. En thérapie deux choses sont importantes :

- l'objectif qui doit être le plus clairement défini avec le patient ; il ne s'agit pas de lui vendre quelque chose dont il n'aurait pas besoin ;
- les moyens pour y parvenir ; plus ils seront proches de ce que la personne peut faire, plus grande sera la chance d'y parvenir.