

bulletin de psychologie

In memoriam Robert Mallet (1919-2006)

• dossier : L'évaluation des psychothérapies

RAOULT Patrick Ange

Pertinence des évaluations des psychothérapies ?

PERRON Roger

Montrer, démontrer : les apories de la conviction

ABELHAUSER Alain

La psychanalyse « inévaluable » ?

THURIN Jean-Michel

Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies

DE ROTEN Yves

Ce qui agit effectivement en psychothérapie : facteurs communs ou agents spécifiques

THURIN Monique,

LAPEYRONNIE-ROBINE Brigitte,

THURIN Jean-Michel

Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique

• autres travaux

DRESSAIRE Déborah,

BROUILLET Denis

Effets de la vie en institution des personnes âgées sur leurs stratégies de faire face et sur leur difficulté à verbaliser leurs émotions (alexithymie)

TOSTAIN Manuel,

LEBREUILLY Joëlle

Liens entre flexibilité des rôles de sexe et explications de l'origine des différences entre sexes : études chez des enfants de 5 à 11 ans et des adultes

• actualité de la psychologie

DARGENTAS Magdalini

Psychologie de la religion. Conférence de l'IAPR, 27-31 août 2006

• à travers les livres • à travers les revues • à nos lecteurs • remerciements • résumés des articles

THURIN Monique*
 LAPEYRONNIE-ROBINE Brigitte**
 THURIN Jean-Michel***

Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique

Cet article présente une étude pilote ¹ dont les premiers résultats (à un an) ont été exposés ² en juin 2005. Le premier objet de cette étude est de montrer la faisabilité d'une recherche naturaliste répondant aux critères actuels de qualité méthodologique. Son intérêt principal est la dynamique qu'offre une telle étude, pour le clinicien-psychothérapeute, de participer avec des collègues (groupe de pairs) à une réflexion sérieuse à partir de son exercice quotidien et de la base théorique à laquelle il se réfère. Au delà, c'est mettre en place un processus d'évaluation des psychothérapies. C'est la démarche que les auteurs de cet article ont suivie et qu'ils vont détailler maintenant.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les psychothérapies tiennent une place très importante dans le soin des troubles psychiques. L'expérience clinique et des centaines d'études ont démontré leur efficacité. La recherche a ainsi spécifié : qu'elles ont plus de puissance que les systèmes de soutien informel et de placebo ; que leurs résultats sont substantiels, qu'ils soient évalués par les soignants, les amis, la famille ou les employeurs ; que leurs effets tendent à se maintenir ; que leur durée doit être suffisante (Lambert, 2004).

Ces éléments sont, néanmoins, loin de répondre à toutes les questions. En particulier, alors que les études pré-post et les essais contrôlés randomisés (ECR) sont respectivement utiles pour montrer l'efficacité réelle et potentielle des interventions thérapeutiques (Thurin, Briffault, 2006), ces types d'études apportent peu d'information sur les conditions du changement au cours des traitements.

Les études approfondies qui ont suivi la grande étude multi-centrique du NIMH ³ sur la dépression ont démontré la nécessité d'aller au-delà d'un premier niveau de recherche concernant le résultat de l'application d'un traitement défini à un trouble défini, et de prendre en compte la variabilité

concernant les facteurs liés au thérapeute, au patient et à leur interaction (Elkin, Gibbons et coll., 1996 ; Barber, Muenz, 1996 ; Blatt, Zuroff, 2005).

L'objectif d'associer aux études de résultats une analyse des facteurs de processus et de changement nécessite : 1° soit de reprendre les corpus existants d'études de groupes lorsqu'elles ont été l'objet de multiples mesures comme dans l'étude du NIMH, en utilisant les instruments qui permettent de cerner plus précisément les caractéristiques des patients, des thérapeutes et de l'alliance thérapeutique ; 2° soit de transposer à des cas isolés l'organisation « contrôlée » que l'on retrouve dans les ECR et d'utiliser des instruments validés à forte capacité discriminative. Il s'agit là de soumettre cette organisation à des corpus recueillis de façon extensive et cotés par des juges multiples, et, pour une part au moins, aveugles au traitement.

Le contexte de l'étude que nous présentons se situant au niveau des conditions cliniques naturelles de la psychothérapie en cabinet, issue d'une demande de soin et prodiguée dans ce cadre, nous avons opté pour la seconde solution. Notre cahier des charges s'est organisé autour des éléments suivants : la conception méthodologique pour chaque cas est celle d'une étude longitudinale et prospective portant sur l'évaluation des processus et des résultats de psychothérapies psychodynamiques ; elle associe les dimensions qualitative et

* Psycholinguiste, psychothérapeute, 9 rue Brantôme, 75003 Paris <mthurin@internet-medical.com>.

** Psychiatre, psychothérapeute <b.lapeyronnie@wanadoo.fr> (Bordeaux).

*** Psychiatre, psychanalyste <jmthurin@internet-medical.com> (Paris).

1. Elle est menée dans le cadre de l'École de psychosomatique en relation avec son site internet dédié à ce thème <www.techniques-psychotherapiques.org>.

2. Ces résultats ont été présentés lors du colloque organisé par le Centre d'études et de recherches psychothérapeutiques, à Chambéry, les 18 et 19 juin 2005.

3. NIMH : National Institute of Mental Health.

quantitative, dans une perspective dimensionnelle plutôt que catégorielle (qui n'est cependant pas exclue, de façon à ouvrir la recherche à cette approche, et dans la perspective d'une base de données à plusieurs entrées). Les indices de changement sont adaptés à une conception dynamique et fonctionnelle de la psychothérapie. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont précisés et ouvrent à une randomisation *de facto*. Le diagnostic est établi suivant les règles de l'art, le traitement est décrit de façon claire et suffisamment précise pour que l'on puisse se représenter la démarche et l'évolution du processus. La structuration de l'ensemble doit permettre, dans un deuxième temps, de réunir les cas dans une base de données et d'opérer des comparaisons avec des sujets appariés suivant des types de cas et/ou des conditions analogues.

Le protocole de cette étude a été pensé pour atteindre, dans des conditions naturelles, un niveau de preuve équivalent à celui des études de groupes en laboratoire, suivant les critères que propose Leichsenring (2004, voir tableau en annexe). Il nous semble également important de rappeler que l'APA⁴, dès 1998, a prévu que les études de cas isolés, « de bonne conception expérimentale et offrant des possibilités de comparaison d'interventions à celles d'un autre traitement », participent à la définition des traitements validés empiriquement (Chambless, Ollendick, 2001).

La démarche est clinique et centrée sur la pratique. C'est une étude pragmatique de cas. Nous entendons le terme « pragmatique » comme qualifiant le cas en situation clinique effective visant des objectifs réalisables. Cette étude rend compte de séances de psychothérapie d'un patient « réel » en situation naturelle avec son psychothérapeute.

PROBLÉMATIQUE ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Le mouvement de la médecine fondée sur des preuves (EBM) (Thurin, 2004, a, b, c) et le contexte d'attribution des crédits de soin aux thérapeutiques qui ont fait la preuve de leur efficacité posent un problème très difficile au champ des psychothérapies portant sur des troubles complexes. Un article associé (Thurin, 2006)⁵, a fait le point sur les solutions méthodologiques proposées actuellement

4. APA : Association américaine de psychologie. Critères du groupe de travail de la division 12 pour l'identification des traitements soutenus empiriquement de groupe A (1995).

5. L'article est publié dans ce même fascicule : Thurin (Jean-Michel).— Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies.

pour réduire le fossé entre le nombre important d'études qui portent sur des troubles uniques et circonscrits, étudiés en situation de laboratoire sur une durée brève, et le faible nombre de celles qui intéressent les troubles multiples auxquels, pourtant, la pratique psychothérapique en cabinet se confronte en permanence. Il nous semble tout à fait essentiel qu'une tentative d'associer ces dernières à la recherche soit menée.

Nous partons de la perspective théorique suivante : une psychothérapie est un soin dont l'objectif est d'améliorer la santé psychique et, quelquefois, somatique d'un patient, à partir de moyens verbaux. Parmi les facteurs impliqués dans ce changement, ceux qui concernent le patient, le thérapeute et sa technique, et leur interaction dans la situation thérapeutique sont essentiels.

Les trois hypothèses suivantes positionnent le cadre de cette recherche :

1. Il est possible de conduire une recherche évaluative, dans les conditions cliniques naturelles de la pratique en cabinet, suivant une méthodologie répondant aux meilleurs critères de qualité actuels.

2. Les critères d'amélioration du patient ne se limitent pas à la réduction ou à la distanciation de ses symptômes initiaux, mais concernent également ses aptitudes fonctionnelles telles que la gestion des difficultés, l'autonomie, les relations interpersonnelles et sentimentales, l'utilisation des capacités et les sources d'intérêt, qu'il est possible de mesurer.

3. Les thérapeutes adaptent leurs techniques psychothérapiques aux particularités du patient et aux étapes de la thérapie. Sa configuration, à un moment donné, peut être repérée et décrite à partir des principaux éléments qui la caractérisent. L'analyse du processus à différentes phases de la thérapie apporte des informations sur le changement et les facteurs qui y contribuent.

MÉTHODOLOGIE

Cadre thérapeutique

La sélection des patients entrés dans le protocole est aléatoire. Elle s'effectue suivant leur ordre d'arrivée dans la file active de chacun des thérapeutes, à partir du moment de leur adhésion au protocole. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas liés au diagnostic nosologique, mais à l'existence d'une demande de psychothérapie *a priori* recevable par le thérapeute. Le choix du praticien par le patient se fait suivant les critères habituels dans ce domaine : conseil d'un médecin, d'un ami, ou proximité.

Les thérapeutes ont une formation et une expérience approfondie. Les patients sont reçus en

face-à-face ou allongés, selon une fréquence qui est déterminée avec leur thérapeute.

Les premiers entretiens font l'objet d'une prise de notes aussi complète que possible. Des enregistrements audio sont réalisés chaque fois que possible.

Durant l'étude pilote, six patients sont entrés dans le protocole : deux hommes et quatre femmes. Ils relevaient tous d'un diagnostic de troubles complexes. Leur âge se situait entre 25 et 55 ans. Trois d'entre eux étaient dans une situation de précarité professionnelle au moment du début de leur psychothérapie.

Procédure

La procédure s'est effectuée autour de plusieurs évaluations : l'évaluation initiale, les évaluations intermédiaires et l'évaluation à un an.

Tous les instruments utilisés sont des instruments déjà validés et reconnus pour leur fiabilité. Cela permet, d'une part, de ne pas avoir besoin de prouver leur validité et leur fiabilité, et, d'autre part, de réaliser des études comparatives avec des recherches à un niveau international. Ils ont été utilisés, pour la plupart, avec différentes approches psychothérapeutiques. Le protocole est reproductible. Ainsi un réseau de groupes de pairs peut facilement se mettre en place.

Évaluation initiale

L'évaluation initiale, qui conditionne la qualité de la recherche, porte sur les trois premiers entretiens. Elle réunit les données démographiques, quantitatives et qualitatives, qui permettent d'appréhender la situation générale du patient à son entrée, de préciser son état psychopathologique et fonctionnel, et de poser un diagnostic catégoriel.

Elle s'effectue chronologiquement en trois temps, et sa formulation constitue la ligne de base du protocole.

– Le *premier temps* est celui du recueil de données. Les trois premières séances sont prises en note par le thérapeute. Ces notes sont aussi complètes que possible. Elles contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce qu'il pense pendant la séance, son atmosphère (Klumpner, Frank, 1991). Les enregistrements audio, lorsqu'ils sont possibles, complètent l'observation de la rencontre thérapeutique (les interactions et leur style). Elles sont envoyées, séance par séance, par courriel aux autres cotuteurs (non présents durant la séance).

À partir de ces données, l'essentiel du travail de l'équipe se fait à distance, par informatique. Le thérapeute et les cotuteurs répondent chacun aux trois questions suivantes, pour chacune des

séances, et les envoient à l'animateur du groupe de pairs :

– Quel diagnostic peut-on poser ou quels sont les éléments diagnostiques repérables ?

– Quel est ou quels sont les objectifs que l'on peut envisager ?

– Quelle est, à ce stade, la meilleure stratégie à mettre en place ?

À l'issue de ce premier travail, une discussion entre les participants a lieu par vidéoconférence.

– Le *deuxième temps* est celui de la formulation du cas. Une fois les trois premières séances analysées, le thérapeute établit une synthèse des données et des avis recueillis, en les organisant suivant six registres diagnostiques : symptômes et problèmes ; événements stressants et précipitants, contexte ; événements de vie ou stress prédisposants ; développement et conflits ; mécanismes de défense. Ce diagnostic est complété par un axe thérapeutique comprenant les objectifs du traitement et les stratégies envisagées pour les atteindre. L'ensemble constitue la formulation du cas. Cette formulation est la conclusion d'une démarche qualitative qui ouvre à la définition « d'une série d'hypothèses sur les causes, les facteurs précipitants et ceux qui maintiennent les problèmes psychologiques, interpersonnels et comportementaux d'une personne » (Eells, 2002).

– Cette démarche qualitative est complétée par une démarche quantitative et catégorielle, ce qui constitue le *troisième temps* de l'évaluation initiale. Elle repose sur l'utilisation d'instruments standardisés et applicables à tout type de thérapie : l'Échelle santé-maladie (ESM) pour son approche analogique-dimensionnelle et le DSM pour sa perspective catégorielle.

L'ESM (Luborsky, 1962, 1971, 1975) est un instrument d'évaluation globale, c'est-à-dire qu'il mesure le niveau de santé et de handicap fonctionnel de la personne (alors que les échelles d'anxiété, de dépression objectivent l'existence d'un trouble et, éventuellement, sa sévérité). Elle se compose d'une échelle principale, globale et de sept sous-échelles évaluant des critères de santé plus particuliers. Ces échelles sont dites visuelles analogiques car l'évaluation est située sur une ligne continue allant de 0 à 100 (maladie à santé) en référence à 34 vignettes cliniques illustrant les niveaux suivant un intervalle de 5 points. Chaque description de cas-type comprend des informations sur chacun des sept critères : autonomie, gravité des symptômes, malaise ou détresse, effets sur l'entourage, utilisation des capacités, relations interpersonnelles, sources d'intérêt.

Elle est facile à utiliser et a démontré une valeur prédictive du résultat de la psychothérapie,

notamment dans la psychose et la toxicomanie, plus importante que celle liée à la sévérité de l'affection (Luborsky, Diguier et coll., 1993). Elle donne de très bons repères de résultat, mais nécessite d'être complétée par un instrument plus spécifique aux psychothérapies psychodynamiques.

Le DSM offre une perspective essentiellement catégorielle qui repose sur un modèle médical de diagnostic. Le DSM IV-TR commence, cependant, à tenir compte de la primauté du jugement clinique. Les signes et les symptômes ne peuvent accéder au rang de critères que si, non seulement, ils sont sans ambiguïtés mais, aussi, responsables d'une souffrance de l'individu « cliniquement significative » et d'une « altération » ou d'une « déficience » du fonctionnement dans plusieurs domaines importants, comme le domaine social et professionnel. Cinq dimensions sont ainsi désormais prises en compte : les troubles cliniques, les troubles de la personnalité, les affections médicales générales, les problèmes psychosociaux et environnementaux et l'évaluation globale de fonctionnement.

Notre choix d'utiliser le DSM s'est fondé sur la possibilité de suivre l'évolution symptomatique et d'avoir des comparaisons d'études, puisqu'il constitue une référence incontournable dans toutes les études internationales. Il ne permet pas, cependant, de tenir compte de la singularité de la personne, de sa complexité ni de son organisation dynamique, même s'il existe, dans ses annexes, une échelle de mécanismes de défense.

Évaluations intermédiaires

Les évaluations intermédiaires se situent à 2 et 6 mois de thérapie. Elles affinent le fonctionnement psychodynamique de la personne (échelles de Hoglend) et caractérisent le processus de la psychothérapie (PQS).

Les Échelles de changements dans les psychothérapies dynamiques (Hoglend, Bogwald, et coll., 2000) décrivent des dispositions internes, des ressources psychologiques, des capacités ou des aptitudes qui peuvent être mobilisées par la personne, et participent à son adaptation et à sa qualité de vie. Il est de constatation clinique courante que certains patients peuvent obtenir une disparition du symptôme par des restrictions de vie, alors qu'il n'existe que peu d'amélioration de leur fonctionnement interpersonnel ou de leur tolérance affective dans la vie quotidienne. Ces échelles sont suffisamment sensibles pour éviter ce biais et décrire les progrès comme les régressions.

Plus spécifiques aux psychothérapies psychodynamiques, elles explorent cinq dimensions ⁶ :

relations interpersonnelles familiales et amicales ; relations sentimentales et sexuelles ; tolérance aux affects, capacité d'insight ; capacités d'adaptation et de résolution des problèmes. Chaque dimension est cotée de 1 à 100, avec une description des critères de cotation de 10 en 10, suffisamment explicite pour que les cotateurs rapprochent au plus près leur description du cas qu'ils ont à évaluer.

Le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) (Jones, 2000) ⁷ est un instrument d'évaluation du processus psychothérapeutique. Il comporte 100 items décrivant les attitudes, les tendances et le vécu du patient ; les actions et les attitudes du thérapeute ; la nature de leurs interactions ; les ingrédients et l'ambiance générale de la thérapie. Il a été mis au point et utilisé pour appréhender les processus de différentes techniques (psychodynamique, TCC, familiale, Gestalt...), qu'elles soient utilisées isolément ou de façon intégratrice (Ablon, Jones, 2002). Le manuel de codage présente ces items et leurs définitions avec des exemples.

Les séances entières servent de support à l'évaluation, ce qui offre une plus grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer les effets dans le processus de la thérapie. Chacun des 100 items doit être classé par le cotateur dans l'une des 9 catégories qui le placent du plus caractéristique (+4) au moins caractéristique (-4) au cours de la séance. Au centre, une catégorie neutre permet de classer les items que l'on ne retrouve pas dans la séance. Une courbe de répartition définit le nombre fixe d'items qui doivent être associés à chaque cotation à la fin de l'évaluation.

Le PQS est présenté par ses auteurs comme un instrument quantitatif. Nous pensons que son utilisation conjointe, dans une perspective qualitative, peut être également informative (Lapeyronnie, Thurin, 2005), comme le montre l'exemple suivant : une cotation de +2 à 2 mois et de +4 à 6 mois a été établie pour l'item 87 « le patient exerce un contrôle (sur le déroulement de la séance) ». D'un point de vue quantitatif, la variation des mesures est peu intéressante (il serait abusif d'en déduire que son contrôle s'est accru). En revanche, d'un point de vue qualitatif, la persistance d'un score positif peut attirer l'attention sur la dimension de « contrôle » qui spécifie la personnalité et le type d'attitude dans la psychothérapie de certains types de patients déprimés, comme l'a souligné Blatt (Blatt, Zuroff et coll., 1996). Ces caractéristiques peuvent influencer les résultats si elles ne sont pas repérées. De ce point de vue, on peut établir ce

6. Les auteurs ont corrigé récemment leur instrument et ont séparé « les relations interpersonnelles familiales »

des « relations interpersonnelles amicales » ; ces échelles proposent donc, maintenant, 6 dimensions.

7. Traduction française de M. Thurin, B. Lapeyronnie, J.-M. Thurin, J. S. Ablon.

critère comme intégré dans la séance et dont le psychothérapeute doit tout à fait tenir compte.

D'un point de vue pratique, une cotation individuelle pour ces deux instruments est réalisée par chaque membre du groupe de pairs, elles sont adressées et réunies par voie électronique. L'ensemble fait l'objet d'une réunion de validation (avec discussion des écarts) par vidéoconférence (deux heures environ pour chaque évaluation d'une séance).

Évaluation à un an

L'évaluation à un an associe la cotation de l'ESM, des échelles de Hoglend, du PQS et du DSM-IV-TR. L'ensemble des évaluations est récapitulé dans le tableau 1.

Évaluation initiale 3 ^{es} séances	Évaluation intermédiaire Deux mois	Évaluation intermédiaire Six mois	Évaluation Un an
Formulation de cas ESM DSM-IV-TR	Hoglend PQS	Hoglend PQS	ESM DSM-IV-TR Hoglend PQS Formulation de cas

Tableau 1. Tableau récapitulatif du suivi longitudinal.

RÉSULTATS

Faisabilité de la recherche

La possibilité que la recherche soit réalisée en conditions naturelles et organisée en groupes de pairs selon le protocole décrit ci-dessus, nous semble acquise. Cette faisabilité implique des moyens informatiques (traitement de texte, Internet, *e.mail*, *e.chat*) dont l'usage est de plus en plus courant ou dont l'apprentissage est aisé pour les plus récents. Le temps pour mener l'étude n'est pas excessif (20 h environ sur un an/participant/cas). Il s'y ajoute celui d'une formation à l'usage des différents instruments. Dès à présent, une présentation commentée est accessible sur notre site Internet⁸, qui devrait réduire au minimum les déplacements nécessaires.

Possibilité d'objectiver et de mesurer de façon fiable des changements, et de décrire les principaux éléments de la psychothérapie

Pour en illustrer concrètement le déroulement et les résultats qu'elle est susceptible de produire à un

an, nous présenterons le cas de Madame S, la première patiente entrée dans le protocole.

Le corpus repose ici sur une prise de notes ; il n'y a pas d'enregistrements audio. La psychothérapie, effectuée par un psychiatre-psychanalyste se déroule à la fréquence d'une séance par semaine, en face à face. Leur durée est de trente minutes.

L'évaluation initiale, centrée sur le diagnostic

– Plusieurs éléments apparaissent, issus des trois premières séances. Il existe un accord concernant le diagnostic entre le thérapeute et les deux autres cotateurs, ainsi que pour les objectifs immédiats et la stratégie pour les atteindre. L'extraction des éléments essentiels montre à la fois une unité des réponses et une complémentarité. Cet aspect est important à souligner car il objective la valeur de l'analyse clinique (et, donc, de la formation) dans un groupe « hétérogène », tant du point de vue des formations que géographiquement. C'est un point qui est évidemment à vérifier à une échelle plus large.

– *Les éléments diagnostiques* se regroupent autour de la dépression, de la somatisation et des troubles de la personnalité. Les objectifs correspondant sont de réduire la dépression et de travailler à la construction de l'identité de cette personne. Enfin, les stratégies font ressortir l'importance d'établir un cadre pour cette patiente et une attitude de présence du thérapeute.

– *La formulation de cas* est la suivante :

Symptômes et problèmes : tristesse de l'humeur, troubles somatiques et neurovégétatifs, anxiété généralisée, troubles sexuels, relations interpersonnelles perturbées, insécurité dans tous les domaines de sa vie, difficultés à construire un lien durable, culpabilité.

Événements stressants et événements précipitants, contexte : chômage récent, risque d'être sans ressources financières aucune, plusieurs décès dans sa famille au cours de l'année écoulée. A fait déjà plusieurs psychothérapies. Est sous traitement antidépresseur.

Événements de vie ou stress prédisposant : séparation précoce d'avec ses parents quand elle était bébé, divorce des parents, abus sexuel, suicide d'un grand-parent, autre grand-père décédé en camp de concentration, scolarité chaotique, pas de relations stables.

Développement et conflits : angoisse d'abandon qu'elle peut anticiper en brisant elle-même le lien ou par des passages à l'acte. Conflit entre le désir de plaire (peur de décevoir et d'être abandonnée) et le désir de contrôler le lien (peur d'être dévorée).

Mécanismes de défense : évitement, éventuellement de façon active par mise en place d'une situation de rupture.

8. <<http://www.techniques-psychotherapiques.org/outils/ESM/>> et <<http://www.techniques-psychotherapiques.org/Recherches/Methodes/Instruments1/pqs/PQS.htm>>.

Buts du traitement : réduire la dépression, établir des repères vers une structuration du moi, construction de l'identité, travailler les imagos (gentille-méchante), la terreur, les séparations, les relations affect-sentiment-séparation.

Stratégies thérapeutiques : établir le cadre, attitude de présence ferme du thérapeute (*handling-holding*), utilisation de techniques de soutien et d'expression, interprétations dans la situation.

– *Le score global à l'ESM* est de 50. Il situe cette patiente entre « névrose sévère » et « état limite ». Les scores pour les sept dimensions associées sont les suivants : autonomie : 50 ; gravité des symptômes : 40 ; malaise subjectif : 40 ; effets sur l'entourage : 50 ; utilisation des capacités : 60 ; relations interpersonnelles : 40 et sources d'intérêt : 45.

– *Le diagnostic catégoriel DSM* complète les éléments qualitatifs et quantitatifs précédents :

Axe I : Trouble de l'adaptation avec dépression + anxiété, F43,22 [309,28] (chronique) ⁹

Axe II. Personnalité évitante F60,6 [301,82] ¹⁰

Axe III. Fibromyalgies + Troubles neurovégétatifs

Axe IV. Stress psychosociaux extrêmes l'année précédente

Axe V. Évaluation globale de fonctionnement : EGF= 31-40 (Rappel ESM 50) : existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication ou déficience majeure dans plusieurs domaines.

Les évaluations à 2 mois, 6 mois et 1 an, centrées sur le fonctionnement psychodynamique et le processus de la psychothérapie

– *Relativement au fonctionnement psychodynamique* (échelles de Hoglend), les relations amicales et familiales de M^{me} S se sont nettement améliorées (50-41 – 70-61 – 70-61). Toutefois, bien que M^{me} S s'approche de l'autre avec moins de crainte, ses relations avec ses proches n'ont pas encore atteint une qualité confiante.

Les relations sentimentales ont fait un saut quantitatif (50-41 – 60-51 – 60-51) et qualitatif non négligeable puisqu'elle est capable d'établir une relation durable. Il reste que cette relation n'est pas très satisfaisante au niveau sexuel.

La tolérance affective (40-31 – 60-51 – 50-41) reste marquée par des passages à l'acte dans la première et dernière évaluation pour éviter de se confronter à l'autre comme à elle-même, la seconde évaluation montre aussi un évitement caractérisant cette patiente.

La capacité d'*insight* (70-61 – 80-71 – 70-61) est cotée assez haut dès la première évaluation et persiste tout au cours des trois évaluations.

La résolution des problèmes et la capacité adaptative marquent une amélioration importante.

– *Pour le processus*, les évaluations avec le PQS font ressortir que les 3 passations de l'instrument (à 2 mois, 6 mois et 12 mois) permettent d'établir une « photographie en relief » différentielle de la psychothérapie à ces trois moments, photographie qui permet de caractériser son déroulement général et d'éventuels traits particuliers la concernant ou concernant les protagonistes.

Notre attention s'est donc portée sur les items stables et les items changeant qui pouvaient nous renseigner sur des spécificités patient, thérapeute, déroulement de la psychothérapie et thèmes abordés ¹¹.

• Éléments stables

– Le patient est engagé dans la thérapie, en comprend la nature. Il est en confiance dans sa thérapie, n'est pas sur ses gardes, n'est pas dans une position défensive, n'exerce pas de contrôle sur le déroulement de la séance. Il ne rejette pas les commentaires de son thérapeute et comprend ce qu'il lui dit. Il est actif dans sa thérapie, n'a pas de difficulté à commencer la séance et à en amorcer les thèmes. Il est dans l'introspection, aborde des questions et du matériel significatifs, explore aisément des pensées et des sentiments internes. Il peut vivre un affect désagréable et rechercher l'approbation ou l'affection du thérapeute.

– Le thérapeute est sensible aux sentiments du patient, empathique. Il n'est pas distant, n'amène pas ses propres conflits, ne manque pas de tact et n'est

9. Sur l'axe I, nous avons coté un trouble de l'adaptation chronique avec dépression et anxiété. C'est l'importance des facteurs de stress dans les mois qui ont précédé, et l'altération significative du fonctionnement social qui nous ont permis de différencier ce diagnostic de celui de troubles de l'humeur. De même, ces symptômes ne semblaient pas être le « simple » résultat d'un trouble de la personnalité.

10. Sur l'axe II, nous avons hésité entre une personnalité état limite et une personnalité évitante. C'est ce dernier diagnostic que nous avons retenu devant l'inhibition sociale, les sentiments de ne pas être à la hauteur, l'hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

11. Les éléments rapportés ici sont donc issus des 100 items du PQS qui proposent des questions permettant d'identifier le déroulement de tout type de psychothérapie (psychodynamique, TCC, familiale...). Certains items, comme « le thérapeute n'amène pas ses propres conflits », peuvent donc choquer un psychothérapeute d'obédience psychanalytique, par exemple. En effet, les items n'ont aucune valeur d'évaluation lorsqu'ils sont pris indépendamment, c'est, au contraire, lorsqu'il est possible de repérer des regroupements que les résultats peuvent être significatifs.

pas en concurrence avec son patient. Ses interventions ont pour objectif de faciliter la parole du patient, de clarifier ou de reformuler. Il communique avec son patient dans un style clair et cohérent. Concernant sa technique, il n'est pas directement rassurant, n'agit pas pour renforcer les défenses. Il n'y a pas discussion sur les horaires, honoraires et rendez-vous, ou de tâches programmées.

– La psychothérapie s'est déroulée dans une ambiance relativement sereine : pas de provocation du patient envers le thérapeute, ni de mobilisation particulière de l'expression des sentiments de sa part. La patiente n'était pas sur ses gardes et n'a pas lutté pour contrôler des sentiments ou des impulsions.

– Les thèmes abordés concernent : les fonctions corporelles, les symptômes physiques, l'image de soi, les aspirations et les ambitions, les relations interpersonnelles, la situation récente ou actuelle du patient. Le thème de la séparation ou d'être indépendant n'est pas abordé. On ne retrouve pas en revanche d'analyse des rêves.

- Éléments changeants

– Le thérapeute adopte une légère attitude de soutien dans la première séance, alors que dans les deux autres évaluations cet item est coté dans les moins. À un an, il exerce un contrôle actif sur l'interaction, pointe l'utilisation des mécanismes de défense, identifie un thème récurrent, discute des objectifs du traitement.

– Au niveau des symptômes, on retrouve chez le patient, dans la première séance et à un degré réduit dans la seconde, un état d'anxiété, un sentiment de tristesse et de dépression, une auto-accusation. La culpabilité disparaît dès la seconde évaluation alors qu'apparaît chez le patient une animation et une excitation.

Évaluation à un an de thérapie

– L'évaluation à l'Échelle santé maladie à un an de psychothérapie psychanalytique, fait ressortir un score global à 60, qui se rapproche des situations plus clairement névrotiques (estimées à 65). Plus précisément, les scores de M^{me} S se sont élevés dans les différentes sous-échelles, exceptée l'utilisation des capacités qui est restée cotée à 60 (malgré, rappelons-le une compétence forte). La gravité des symptômes montre une amélioration de 20 %, le malaise subjectif et les relations interpersonnelles s'élèvent de 37,5 %.

Ces résultats discriminants montrent combien il est important d'être attentif aux différentes dimensions. En particulier, un travail important reste à faire afin que la personne utilise mieux ses capacités, ce qui serait d'ailleurs sans doute associé à une remontée du score d'autonomie qui n'a bougé que de 10 %.

– Les Échelles de Hoglend ont confirmé le diagnostic de personnalité évitante, qui évolue dans des relations plus confiantes, avec même la possibilité de lier une relation à long terme. Au niveau de la tolérance affective, il n'existe que peu d'amélioration, la possibilité de passages à l'acte visant une réduction des tensions narcissiques et interpersonnelles reste présente. La capacité d'*insight* reste un atout pour cette patiente, sa capacité adaptative évolue et elle peut davantage résoudre certains de ses problèmes, notamment solliciter du travail.

On trouve une concordance entre l'ESM et les échelles de Hoglend quant aux relations interpersonnelles qui s'améliorent.

– Avec le PQS, une certaine évaluation qualitative des séances de psychothérapies de cette personne a été rendue possible et l'on a pu cerner, notamment, son engagement dans sa psychothérapie, les thèmes principaux abordés et leur évolution, et amorcer une mise en perspective des résultats avec les processus de la thérapie. Si la patiente est très dépressive au début de sa thérapie, avec de forts sentiments d'auto-accusation, elle fait aussi preuve de capacités introspectives importantes. Celles-ci vont se maintenir et permettre l'application progressive de techniques d'expression (confrontation, travail sur les mécanismes de défense) après une approche initiale de contenance et de soutien. Parallèlement, l'état dépressif s'amenuise, les sentiments d'auto-accusation aussi. Le travail sur l'image de soi reste central.

– Le diagnostic DSM-IV-TR de M^{me} S fait apparaître une amélioration très nette au niveau de l'axe I, des troubles somatiques associés, des capacités d'adaptation et du fonctionnement global. Le trouble de la personnalité reste présent.

Cette personne ne présente plus, à un an, les symptômes du diagnostic à l'Axe I qu'elle présentait initialement (trouble de l'adaptation avec dépression + anxiété : F 43,22 [309,28] (chronique).

L'Axe II persiste. Personnalité évitante : F60,6 [301,82]

Sur l'Axe III, les fibromyalgies ont disparu. Les troubles neurovégétatifs se sont considérablement réduits, le traitement antidépresseur est arrêté ainsi qu'un traitement très ancien (et lourd) pour rhinite chronique qui n'avait pas été mentionnée au départ.

Axe IV. M^{me} S avait subi des stress psychosociaux extrêmes l'année précédente. Il est à noter que les signes associés (anxiété, dépression) ont disparu et surtout que, bien que M^{me} S ait subi des stress importants dans l'année, elle y a fait face sans décompensation et même avec succès.

Axe V. Évaluation globale de fonctionnement (EGF : de 31-40, elle passe à 60).

DISCUSSION

Cette étude menée par un groupe de pairs, exerçant en cabinet et suivant le protocole décrit ci-dessus, montre qu'il est possible d'évaluer des psychothérapies dans un cadre de conditions cliniques naturelles.

La recherche est longitudinale (nous en sommes à un an) et prospective. L'évaluation de chaque psychothérapie porte sur son processus et ses résultats. Nous pensons que ces deux types d'évaluation sont nécessaires car complémentaires, ce qui a été souligné depuis longtemps (par exemple, Kazdin, 1994) et plus récemment reconnu par le NIMH (2002)¹². Cependant, peu de consensus existe quant aux mesures précises à utiliser, multipliant ainsi leurs types et rendant les comparaisons entre études difficiles (Fonagy, 2000 ; Hill, Lambert, 2004).

Nous avons donc sélectionné des outils existant suivant deux critères : 1° qu'ils soient déjà largement utilisés dans la recherche, adaptés à une perspective fonctionnelle et dimensionnelle des troubles, et, pour les processus, permettant de caractériser la psychothérapie à partir de ses principaux ingrédients et des interactions de ses acteurs ; 2° qu'ils soient utilisables dans des conditions cliniques quasi-naturelles, c'est-à-dire en analyse secondaire d'un corpus recueilli au cours des séances.

Ces instruments nous semblent, en effet, bien adaptés aux critères cliniques et de recherche envisagés, à savoir permettre l'évaluation à la fois globale et précise des symptômes et des différentes fonctionnalités de la personne. Outre le fait que ces différents critères soient ceux qui sont visés par la psychothérapie psychodynamique, ils sont aussi établis comme des caractéristiques fondamentales de la santé mentale (OMS, 2001). Il convient de noter qu'ils nécessitent un apprentissage. Le DSM-IV-TR est de pratique usuelle. L'ESM et les échelles de Hoglend sont rapidement maîtrisées. Le PQS est un instrument plus complexe dans la mesure où chacun des 100 items est affecté à des éléments extrêmement précis de la séance. Le temps nécessaire pour se l'approprier est relativement long (nous avons eu l'instrument en main au bout de l'analyse de trois séances). Cet apprentissage à l'utilisation des instruments est déjà une formation non négligeable pour les membres du

groupe de pairs pour l'appréhension des données et la compréhension même du cas clinique.

La question de la fidélité inter-juges, centrale en raison de la composante multicentrique de l'étude, a pu recevoir une première réponse. La procédure d'accord inter-juges a été conçue en deux étapes. La première étape est celle d'une cotation individuelle, par chaque juge, à partir d'instruments validés. La seconde est une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global. Nous avons pu ainsi procéder, pour chaque instrument, à un calcul d'écart et élucider les raisons de divergences éventuelles, individuelles ou liées au maniement des instruments. Cette procédure fera partie intégrante du dispositif mis en place pour chaque groupe de pairs, ce qui *a priori* devrait garantir la reproductibilité du processus, mais sera évidemment contrôlé dans l'étape suivante, par une démarche multicentrique.

Nous avons choisi de présenter les résultats de l'évaluation processus-résultats à partir d'un cas, le nombre de patients suivis et leur hétérogénéité ne permettant pas actuellement d'étude comparative autre que celle du déroulement général de la recherche. Le déroulement a été similaire chez les six patients suivis. Il a beaucoup apporté à chacun des cliniciens, tant du point de vue de l'intérêt d'un suivi des résultats que de celui de la description du processus de la psychothérapie.

Les mesures de résultats et de processus ont permis de repérer des changements symptomatiques et fonctionnels significatifs de M^{me} S, à différentes phases de la thérapie, et, donc, dont elle est son propre témoin. Les critères d'amélioration ne se sont pas limités aux symptômes anxieux et dépressifs de la patiente. Ils ont traduit une meilleure gestion des difficultés, une autonomie accrue, une amélioration des relations interpersonnelles et une meilleure utilisation des capacités.

Les améliorations ne sont cependant pas homogènes dans tous les domaines : M^{me} S est toujours considérée (à un an) comme une personne évitante, l'utilisation de ses capacités pourrait être encore accrue, ainsi que son autonomie. En cela, la méthodologie utilisée montre tout son intérêt pour le clinicien dans le suivi de son travail psychothérapeutique avec son patient.

Nous avons vu, également, que la technique utilisée par le thérapeute était psychanalytique. Cependant, confortant notre troisième hypothèse (suivant les particularités du patient et le moment de la thérapie, la technique utilisée ne relève pas d'une théorie figée), nous avons pu montrer que « le thérapeute adopte une légère attitude de soutien » dans la première séance, alors qu'« il exerce un contrôle actif sur l'interaction » à un an. Ces éléments, rapprochés de ceux relatifs aux

12. NIMH, Psychotherapeutic interventions : how and why they work, 2002. <<http://www.nimh.nih.gov/scientificmeetings/interventions.cfm>>.

interactions et au contenu, pourraient confirmer, dans un cadre plus large, que, dans le cadre d'une psychothérapie psychodynamique d'une patiente dépressive avec troubles de la personnalité et modalités défensives évitantes, il convient de mettre en attente l'interprétation ou de ne pas trop mobiliser, initialement, les défenses.

Ce travail conforte plusieurs études qui ont montré que les psychothérapeutes, pratiquant une méthode de psychothérapie, pouvaient en fait utiliser différentes techniques issues d'autres méthodes (Howard et coll., 1994 ; Ablon, Jones, 1998 ; Kramer, De Roten, Desplands, 2005).

En ce qui a trait aux réponses données aux trois questions posées, après chacune des trois premières

séances, les similitudes ont été frappantes, malgré des parcours de formation différents des psychothérapeutes. Tous les éléments de réponse ont été discutés. La discussion s'est révélée très fructueuse quant à la compréhension même des patients.

Ci-dessous, un exemple de la première séance montre (tableau 2), de façon synthétique, les principaux éléments relevés. Ce tableau ne rend pas la richesse des échanges, dans le groupe de pairs, qui ne se limitent pas à un répertoire nosographique classique. Il y a eu, par exemple, un long commentaire sur les troubles somatiques mis en rapport à un stress permanent, le fait que cette femme paraît subir sa vie, qu'elle semble sans repères stables, etc.

Séance 1	Thérapeute	Cotateur 1	Cotateur 2
Diagnostic	Dépression Somatisation Troubles de la personnalité BL	Dépression Troubles somatiques	Dépression Troubles narcissiques
Objectif	Réduire la dépression Structuration du Moi	Construire une image d'elle, une identité	Réduire la dépression Construction de l'identité
Stratégie	Établir un cadre Attitude de présence	Organiser un cadre temporel Intervention du thérapeute	Permanence du thérapeute Présence

Tableau 2. Principales réponses résumées, données aux trois questions après la première séance de M^{me} S.

Bien qu'en l'absence de groupe de contrôle nous ne puissions le démontrer, il nous semble très probable qu'un impact s'est produit sur le suivi des personnes étudiées et, donc, sur les résultats. On peut inférer que cela représente plutôt un bénéfice pour le patient, ainsi que pour le thérapeute.

La mise en place de cette première étude a posé différentes questions sur les perspectives et sa reproduction par d'autres groupes de pairs.

– *Communication et échanges.* Nous avons pu tester et améliorer nos outils de travail à l'intérieur de notre groupe de pairs. Nous avons très rapidement mis en place une plate-forme *e.chat* et video conférences. D'un autre côté, nous avons élaboré des outils logiciels très performants permettant un travail par base de données facilitant les recherches dans les corpus établis.

– *Recueil des données.* Nous avons testé les enregistrements audio pour les évaluations intermédiaires et de processus, ce que nous ne faisons pas pour nos premiers patients. Même s'ils ne sont pas systématiques, à chaque fois que cela a été possible, ces enregistrements n'ont posé aucun problème ni au patient ni au thérapeute. Ils constituent une source non négligeable d'apport fiable des données de la psychothérapie.

– *Outils.* Nous pensons qu'un instrument d'auto-évaluation par le patient serait pertinent. De nombreuses recherches en effet mettent l'accent sur cette nécessité de l'évaluation du patient dans le suivi de sa psychothérapie à mettre en relation avec celle du thérapeute et celle des juges. Nous avons testé le *Clinical Outcomes for Routine Evaluation (CORE)*. Cet instrument nécessite peu de temps, il peut être intéressant dans l'évaluation des facteurs de risque pour le patient et, donc, servir d'avertisseur pour le clinicien. Mais ces items semblent restreints en comparaison à d'autres. Le choix de l'auto-questionnaire reste donc encore à apprécier.

Cette étude pourrait être enrichie, également, par une analyse conversationnelle permettant de cerner l'organisation des interactions verbales dans la relation thérapeutique et leur effet. L'analyse conversationnelle¹³ permet, en effet, d'approfondir la question de l'action des acteurs dans une « conversation » telle qu'elle se pose dans les séances de psychothérapie. Delattre et Widlocher (2003) ont travaillé ce concept et rappelaient que Freud (1913) définissait lui-même la psychanalyse comme « une conversation ordinaire pas tout à fait

13. Notamment, Blanchet et coll., 2005.

ordinaire ». Une étude de Jones utilisant le PQS a été réalisée dans cette perspective (Jones, 1993).

Cette analyse des micro processus permettrait de compléter la connaissance de ce qui se passe en pratique réelle, et des mécanismes de l'action thérapeutique pour des personnes ayant des troubles complexes. Notre étude se situe à un niveau plus général de caractérisation de la psychothérapie.

– *Temps nécessaire pour les participants à la recherche.* Il a été d'une vingtaine d'heures sur une année ; un peu plus pour le clinicien qui a en charge le patient dont il doit rédiger les notes. Finalement, cela fait à peine deux heures par mois.

– *Reproductibilité dans d'autres groupes de pairs.* Elle est en cours ; une formation au protocole est mise en place dans le cadre de l'École de psychosomatique. Le fonctionnement est encourageant mais demande à être confirmé dans le temps.

En conclusion

Cette recherche concerne une évaluation pré/pendant/post thérapie sans sujets contrôles, du moins dans la première étape qui est présentée dans cet article. Elle sera complétée par un réseau de recherche, en cours de mise en place, centré sur les pratiques et structuré par des groupes de pairs. Il permettra la comparaison de cas réellement analogues, à partir d'une base de données structurée par un nombre relativement limité de variables « patient », « résultat » « traitement » (Seligman, 2000).

La méthodologie utilisée a été pensée dans le contexte de la nouvelle phase de la recherche évaluative sur les psychothérapies (Thurin, 2004), où les études construites sur le modèle « résultats-technique appliquée » ont atteint leurs limites quant à la preuve d'efficacité. Elle a été conçue en réduisant au maximum les problèmes de validité interne, inhérents à ce type d'études centrées « sur l'efficacité réelle », du fait de nombreuses confusions possibles dans l'explication de la manière dont les résultats de l'étude sont obtenus.

Pour pallier ces problèmes, nous avons tenu compte des recommandations de Kazdin (Kazdin, 1982, 2001) sur plusieurs points :

– Pour les données, nous avons fait le choix d'utiliser des retranscriptions de séance et/ou des enregistrements audio plutôt que des compte rendus. Comme le note Kazdin, le « type de données obtenues dans l'étude de cas, c'est-à-dire information anecdotique ou information objective, est peut-être la condition préalable la plus importante pour tirer des inférences de l'étude de cas ». Ces données ont été la source d'une démarche qualitative et de mesures quantitatives.

– Nous avons évité le problème de l'inclusion de patients selon un diagnostic catégoriel unique (qui ne répond pas aux populations cliniques réelles) en utilisant une procédure diagnostique très poussée qui permet d'associer un diagnostic psychopathologique, un diagnostic santé-maladie et un diagnostic catégoriel.

– Nous avons réalisé une évaluation à l'aide de plusieurs instruments au début de la thérapie, à deux mois, à six mois et à un an. L'évaluation continue permet un renforcement de la validité interne de l'étude de cas. Il est, en effet, reconnu que des mesures uniquement avant et après psychothérapie sont insuffisantes pour tirer des conclusions quant aux changements liés ou non à la psychothérapie.

– Les événements extérieurs à la thérapie (événements de vie, autres traitements, etc.) sont consignés dans le rapport à un an.

– Notre protocole s'applique aux psychothérapies telles qu'elles sont pratiquées dans la réalité quotidienne. Plutôt que l'adhésion à un manuel qui sort des caractéristiques précédentes, le contrôle des paramètres de la variable indépendante (le traitement) a été effectué en spécifiant précisément ses principales caractéristiques (et ses variations éventuelles par rapport à la technique « type » en fonction du moment du traitement) à partir du PQS.

Les études centrées sur l'efficacité réelle ont un haut degré de validité externe car leurs échantillons sont constitués de thérapies telles qu'elles sont pratiquées en situation ; cependant elles nécessitent de garantir la fidélité des mesures dans les différents groupes de pairs, dès que l'on introduit des données comparatives. On retrouve ici un problème majeur des études multicentriques dont l'approche, très stricte, s'est révélée particulièrement bénéfique pour la recherche (Elkin, 1992).

Lors des formations à ce protocole des tests de fidélité inter-juge seront mis en place, tels que ceux réalisés dans cette étude ¹⁴.

Cette étude, même si elle ne répond pas à toutes les questions posées, semble pertinente tant dans sa dimension de recherche répondant aux critères sérieux d'évaluation de la psychothérapie, que dans sa dimension clinique. Le modèle qui la sous-tend devrait permettre aux psychothérapeutes d'approfondir la connaissance de leur pratique professionnelle, à partir de ses éléments discriminants, selon une méthode qui en respecte la perspective générale et la flexibilité. En la décrivant de façon ni

14. Briffault X., Thurin M., Lapeyronnie B., Thurin J.-M., Évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. À paraître dans L'Encéphale (article accepté en septembre 2006).

trop vague, ni trop rigide, le clinicien peut transcender les explications générales, tout en créant de nouvelles interventions qui répondent à de nouvelles demandes et à des complexités non familières (Beutler, 2000).

Sans méconnaître les difficultés inhérentes aux approches multicentriques (Elkin, 1985, 1992) la méthodologie mise en place a visé, à toutes les étapes, un contrôle strict du recueil des données et des procédures de cotation. Les relations avec des chercheurs ont été un guide précieux¹⁵ et vont dans

le sens de l'accent mis actuellement sur l'importance de réduire le fossé entre chercheurs et praticiens (Goldfried, 1998 ; Waldron, 1999 ; Westen 2004). Il s'agit, en effet, de permettre que la recherche ait des effets concrets sur la pratique et que la pratique renseigne bien la recherche. L'une sans l'autre se prive de possibilités d'améliorations ou de changements. L'une avec l'autre potentialise leur valeur respective.

15. Nous remercions particulièrement pour leurs conseils et leur soutien D. Widlöcher et X. Briffault, les

membres du comité d'interface-psychiatrie de l'Inserm auxquels ce projet a été présenté, ainsi que le relecteur anonyme du Bulletin de psychologie pour ses commentaires de cet article.

RÉFÉRENCES

ABLON (John-Stuart), JONES (Enrico E.).— How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy, *Psychotherapy Research*, 8, 1998, p. 71-83.

ABLON (John Stuart), JONES (Enrico E.).— Validity of controlled clinical trials of psychotherapy : findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002, p. 775-783.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.— DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, (Washington, 2000), trad. fr., Guelfi (J. D.) et coll., Paris, Masson, 2004.

BARBER (Jacques P.), MUENZ (Larry R.).— The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy : empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 5, 1996, p. 951-958.

BEUTLER (Larry E.).— Empirically based decision making in clinical practice, *Prevention and Treatment*, 3, 1, 2000.

BLANCHET (Alain), BATT (Martine), TROGNON (Alain), MASSE (Laurence).— The concealed worlds in psychotherapeutic interaction, dans Anolli (L.), Duncan (S.), Magnusson (M.), Riva (G.), *The hidden structure of social interaction. From genomics to culture patterns*, Amsterdam, IOS Press B.V. 2006, p. 139-140.

BLATT (Sydney J.), ZUROFF (David C.), QUINLAN (Donald M.), PILKONIS (Paul A.).— Interpersonal factors in brief treatment of depression : further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 162-171.

BLATT (Sydney J.), ZUROFF (David C.).— Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence

based treatments in mental health, *Clinical Psychology Review*, 25, 4, 2005, p. 459-486.

CHAMBLESS (Dianne L.), OLLENDICK (Thomas H.).— Empirically supported psychological interventions : controversies and evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, p. 685-716.

DELATTRE (Nicole), WIDLÖCHER (Daniel).— *La psychanalyse en dialogue*, Paris, Odile Jacob, 2003.

EELLS (Tracy D.).— Formulation, dans Hersen (M.), Sledge (W.), *The encyclopædia of psychotherapy*, p. 815-822, New York, Academic press, 2002.

ELKIN (Irene).— Études multicentriques : avantages et inconvénients, dans *Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies*, La documentation française, 1992, p. 107-124.

ELKIN (Irene), PARLOFF (Morris B.), HADLEY (Suzanne W.), AUTRY (Joseph H.).— NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Background and research plan, *Archives of General Psychiatry*, 42, 3, 1985, p. 305-316.

ELKIN (Irene), GIBBONS (Robert D.), SHEA (M. Tracie), SHAW (Brian F.).— Science is not a trial (but it can be a tribulation), *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 92-103.

FONAGY (Peter).— *An open door review of outcome studies in psychoanalysis*, Londres, Association psychanalytique internationale, 2000.

FREUD (Sigmund).— *Le début du traitement, la Technique psychanalytique*, Paris, Presses universitaires de France, 1953.

GOLDFRIED (Marvin R.), WOLFE (Barry E.).— Toward a more clinically valid approach to therapy research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1, 1998, p. 143-150.

HILL (Clara E.), LAMBERT (Michael J.).— Methodological issues in studying psychotherapy processes and

outcomes, dans *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*, New York, John Wiley and Sons, 2004.

HOGLEND (Per), BOGWALD (Kjell-Petter), AMSLO (Svein), HEYERDAHL (Oscar), SORBYE (Oystein), MARBLE (Alice), SJAASTAD (Mary Cosgrove), BENTSEN (Harvard).— Assessment of change in dynamic psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 2000, p. 190-199.

HOWARD (Kenneth I.), ORLINSKY (David E.), LUEGER (Robert J.).— Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician, *British Journal of Psychiatry*, 165, 1994, p. 4-8.

http://ourworld.compuserve.com/homepages/sherwood_waldron/anxiety.htm

JONES (Enrico E.), GHANNAM (Jess H.), NIGG (J.T.), DYER (J. F.).— A paradigm for single-case research : the time series study of a long-term psychotherapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, 1993, p. 381-394.

JONES (Enrico E.).— *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy* (Appendix), Northvale, Jason Aronson Inc., 2000.

KAZDIN (Alan E.).— *Single-Case Research Designs. Methods for clinical and applied settings*, New York, Oxford university press, 1982.

KAZDIN (Alan E.).— Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research, dans Bergin (A. E.), Garfield (S. L.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^e éd., p. 19-71), New York, Wiley, 1994.

KAZDIN (Alan E.).— Bridging the enormous gaps of theory with therapy research and practice, *Journal of Clinical Child Psychotherapy*, 30, 1, 2001, p. 59-66.

KLUMPNER (George H.), FRANK (Alvin).— On methods of reporting clinical material, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 2, 1991, p. 537-551.

KRAMER (Ueli), DE ROTEN (Yves), DESPLANDS (Jean-Nicolas).— Les thérapeutes font-ils ce qu'ils disent faire ? Comparaison entre prototypes idéaux et pratiques réelles pour plusieurs formes de psychothérapies, *Pratiques psychologiques*, 11, 4, 2005, p. 359-370.

LAMBERT (Michael J.).— Updates from the division of psychotherapy (29). The effectiveness of psychotherapy : what has a century of research taught us about the effects of treatment ? 2004, <http://www.divisionofpsychotherapy.org/Lambert.pdf>

LAPEYRONNIE (Brigitte), THURIN (Monique).— Recherche sur les processus : variables et présentation de trois instrument, *Pour la recherche*, 44, 2005, p. 8-10.

LEICHSENRING (Falk).— Randomized controlled vs. naturalistic studies : a new research agenda, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68, 2004, p.115-129.

LUBORSKY (Lester).— Clinician's judgements of mental health : a proposed scale, *Archives of General Psychiatry*, 7, 1962, p. 407-417.

LUBORSKY (Lester).— Clinicians' judgements of mental health : specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 1975, p. 448-480.

LUBORSKY (Lester), CHANDLER (M.), AUERBACH (A. H.), COHEN (J.), BACHRACH (H. M.).— Factors influencing the outcome of psychotherapy : a review of quantitative research, *Psychological Bulletin*, 75, 1971, p. 145-185.

LUBORSKY (Lester), DIGUER (Louis), LUBORSKY (Ellen), McLELLAN (A. Thomas).— Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1993, p. 542-548.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.— Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, *Aide mémoire n° 220*, révisé 2001, <http://www.who.int/inf-fs/fr/am220.html>

SELIGMAN (Martin E. P.).— Comment on Fishman's transcending the efficacy versus effectiveness research debate, *Prevention and Treatment*, 3, 2000, <http://journals.apa.org/prevention>

THURIN (Jean-Michel).— Le changement de paradigme dans la recherche en psychothérapie, *Pour la recherche*, 44, 2004, p. 2-4.

THURIN (Jean-Michel).— La démarche EBM en psychiatrie et santé mentale, *Pour la recherche*, 41, 2004a, p. 8.

THURIN (Jean-Michel).— EBM et psychothérapie, *Pour la recherche*, 41, 2004b, p. 9-11.

THURIN (Jean-Michel).— Recherche qualitative et EBM, *Pour la recherche*, 42, 2004c, p. 9-10.

THURIN (Jean-Michel), BRIFFAULT (Xavier).— Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie, *L'Encéphale*, 32, 4, 2006, p. 402-412.

WALDRON (Sherwood).— Efficacy of psychoanalysis and intensive psychoanalytic therapy for patients with substantial phobias, anxieties and panic states : a comment with new findings from the Menninger Study,

WESTEN (Drew), NOVOTNY (Catherine M.), THOMPSON-BRENNER (Heather).— The next generation of psychotherapy research : reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004), *Psychological Bulletin*, 130, 4, 2004, p. 677-683.

Annexe

Niveau de preuve	Hypothèses se référant aux configurations de laboratoire (études d'efficacité potentielle)	Hypothèses se référant aux études naturalistes (études d'efficacité réelle)
Niveau I	1. RCT prospectif ; 2. comparaison de groupes avec répartition aléatoire, évaluation aveugle, critères clairs d'inclusion et d'exclusion, méthodes diagnostiques suivant l'état de l'art, taille d'échantillon adéquate pour la puissance ; 3. méthodes statistiques clairement décrites.	1. Étude naturaliste prospective quasi-expérimentale ; 2. groupes de comparaison non randomisés, utilisation d'éléments appariés ou stratifiés additionnels à la conception de l'étude, prédiction d'une configuration complexe de résultat, description claire d'un traitement cliniquement représentatif et de l'échantillon, évaluation aveugle, critères d'inclusion et d'exclusion clairs, méthodes de diagnostic suivant les règles de l'art, taille d'échantillon adéquate pour la puissance 3. méthodes statistiques clairement décrites.
Niveau II	Essais cliniques avec quelques traits d'étude de niveau I manquant (par ex. essai sans double aveugle ou répartition de groupe non randomisée).	Essais cliniques avec quelques traits d'étude de niveau I manquant (par ex. absence de groupe de comparaison, non utilisation d'appariement ou de stratification)
Niveau III	1. Études ouvertes de traitement visant l'obtention de données pilotes, ou 2. études de cas contrôlées dans lesquelles l'information sur le traitement a été obtenue rétrospectivement.	Études avec la plupart des traits de niveau I manquant (par ex. pas d'évaluation avant l'étude, pas de groupe de comparaison, et pas d'évaluations en aveugle).
Niveau IV	Revue avec analyses secondaires de données.	Revue avec analyses secondaires de données.
Niveau V	Revue sans analyses secondaires de données.	Revue sans analyses secondaires de données.
Niveau VI	Rapports sous la forme d'études de cas, essais, publications d'opinion.	Rapports sous la forme d'études de cas, essais, publications d'opinion.

Tableau des niveaux de preuve concernant les études se référant à des configurations de laboratoire *versus* naturelles (études d'efficacité potentielle *versus* études d'efficacité réelle).