

Expertise collective Inserm sur les psychothérapies

contexte, déroulement, enseignements et perspectives

Dr Jean-Michel THURIN

L'expertise collective de l'Inserm sur les psychothérapies s'inscrit dans un contexte général scientifique, de politique de santé et professionnel particuliers. L'approche finalement adoptée, de type « *evidence based medicine* », a abouti à privilégier sur des critères méthodologiques déterminés les études *ad hoc* centrées sur la réduction de symptômes et de troubles isolés ou les acquisitions simples. Ce choix s'est fait aux dépens d'études portant sur les fonctionnements mentaux et le développement de la personne impliqués dans le cadre de pathologies complexes, ainsi que sur les processus de changement. Le premier résultat de l'expertise a ainsi été celui d'une communication effrénée des « gagnants » sur la base d'une généralisation abusive de résultats partiels. Les choses ne sont pas cependant aussi simples. L'analyse des résultats des psychothérapies psychanalytiques fait certes apparaître de façon impressionnante le très petit nombre d'études répondant aux critères de « l'étalon or » des méthodologies actuelles. Mais il faut aussi considérer leurs aspects très stimulants : forte représentativité clinique, présentation et implication des modèles théoriques dans la mise en œuvre et les critères de jugement, définition associée des objectifs et des aspects techniques particuliers, mise en place d'instruments de mesure adaptés. Ces particularités, qui s'appuient sur 50 ans de recherche d'équipes motivées, notamment dans le domaine des troubles de la personnalité borderline, ouvrent la perspective d'un renouvellement de la recherche clinique en psychanalyse. Elle concernera les approches et les modalités particulières d'intervention aux cours des différentes phases de la psychothérapie, adaptées aux constatations psychopathologiques et aux objectifs spécifiques qu'elles déterminent. Elle se centrera sur les processus de changement dans une configuration impliquant non seulement la pathologie, mais aussi la santé, et les différents acteurs et facteurs qui y participent. Cette autre façon de concevoir l'évaluation, très proche des conditions naturelles, est actuellement largement sollicitée. Complémentaire plutôt qu'antagoniste des études expérimentales contrôlées, ses bénéfices attendus tant au niveau de la connaissance générale, que de son utilité pour les patients, les cliniciens et les décideurs en santé, devraient constituer un puissant stimulant pour son développement.

Mots-clés : évaluation psychothérapies , études de résultats, processus de changements, evidence based medicine, efficacité potentielle, efficacité réelle, psychanalyse, psychothérapies psychanalytiques, expertise collective Inserm, méthodologies, psychopathologie, classifications

Expertise collective Inserm sur les psychothérapies

contexte, déroulement, enseignements et perspectives

Dr Jean-Michel THURIN¹

I. Contextes et déroulement de l'expertise

A. Contexte général

La psychothérapie a existé de tout temps, elle est pratiquée dans le champ de la psychiatrie en France sur une large échelle depuis une trentaine d'années. Et pourtant, l'intérêt des pouvoirs publics à son sujet n'est finalement que très récent. Il me semble donc important d'abord d'essayer de situer le contexte général dans lequel cette expertise sur les psychothérapies a eu lieu. Quatre éléments méritent d'être soulignés.

l'évolution des connaissances scientifiques sur la santé mentale et ses conditions modifie complètement les représentations les plus classiques de la psychiatrie biologique ; elle soutient une bonne partie des principes généraux sur lesquels repose la psychanalyse et légitime l'approche psychothérapique

- La santé mentale est aujourd'hui reconnue comme un élément majeur de la santé (OMS, 2001) et réciproquement, la souffrance mentale (en particulier, quand elle est relative au stress) est appréhendée comme un facteur de risque de maladie mentale et physique (McEwen, 1999, 2003 ; Heim et Némeroff, 1999). De ce double fait, la santé mentale est devenue un concept concret et une priorité de santé publique. En outre, parmi tous les facteurs étudiés, il est apparu que le « soutien social », version minimale de la psychothérapie, était un facteur de réduction du risque tout à fait essentiel (Maunsell et coll., 1995 ; Leserman et coll., 1998).
- Le paradigme central de la biologie, organisé sur la base d'un déterminisme génétique « pur » initialement fixé chez l'individu à partir de son code génétique, est en pleine mutation. L'interaction complexe entre facteurs génétiques et psychosociaux est aujourd'hui démontrée, y compris au niveau moléculaire. De nombreux travaux organisés par le concept de stress se développent sur les interactions entre le bébé et son entourage au cours des phases précoces de la vie (impliquant même l'influence phases prénatales (Francis et coll, 1999)). Ils étudient leurs conséquences sur le développement de l'esprit , de la sociabilité (Kandel, 2002 (1999, 2000)) et les relations psychosomatiques (Thurin et Baumann, 2003). Les traumatismes durant l'enfance entrent dans le processus du développement dont chaque étape constitue le socle de la suivante. Les expériences précoces défavorables constituent ainsi un facteur de risque ultérieur de difficultés sociales, émotionnelles et

¹ - Psychiatre - psychanalyste (Paris). 9 rue Brantôme 75003 Paris. jmthurin@techniques-psychotherapiques.org Membre de l'expertise chargé spécifiquement de l'approche psychodynamique (psychanalytique) ». Ecole de psychosomatique. Rédacteur en chef de *Pour la recherche*. Membre des comités d'interface Inserm/Psychiatrie, Inserm/Neurosciences. Membre du conseil scientifique santé mentale de la Mire. www.techniques-psychotherapiques.org

cognitives, et finalement de pathologies et de décès (Felitti, 1998). Réciproquement, le fait de favoriser de « bonnes relations » entre le bébé et ses partenaires et d'intervenir aussi précocement que possible si elles sont atteintes, voire menacées, s'impose. Les interventions psychologiques entrent dans le registre non plus seulement de la cure des troubles, mais d'une promotion de la santé.

- Le facteur curatif de l'intervention psychologique se trouve lui-même justifié d'un point de vue biologique à partir du moment où il est également prouvé aujourd'hui que le cerveau est, et reste la vie durant, une structure en évolution permanente, notamment en ce qui concerne les différents systèmes de la mémoire. Il devient même concevable d'en suivre les évolutions fonctionnelles avec l'imagerie cérébrale.

➔ *En résumé*, la possibilité de changements fonctionnels et structurels dans le contexte d'une relation psychothérapique est reposée dans une perspective concordante avec les acquis de la recherche en neurosciences. Ce constat renforce les perspectives de soin et de prévention ; il réactualise l'importance des approches psychosociales, et notamment celle de la psychothérapie. *Remarquons néanmoins que ce modèle biológico-social méconnaît l'aspect individuel de l'économie psychique.*

les modalités de structuration des connaissances en médecine sont en pleine évolution, avec une importance accrue accordée aux données de la recherche structurée et à la rationalité

L'evidence based medicine (médecine factuelle, basée sur la preuve, sur des faits démontrés, ...) est un concept jeune : il n'a guère plus de dix ans d'existence (Sackett et coll., 1996). Mais son développement est considérable et il semble devenir une référence incontournable dans la délimitation du soin, de l'efficacité thérapeutique (...et du remboursement).

Dans la classification des niveaux de preuve qui l'accompagnent, les croyances communes, l'intuition, le jugement spontané deviennent éminemment suspects.

Les psychothérapies, qui occupent une place importante dans le dispositif de soin en psychiatrie et plus généralement dans le champ médico-social, n'échappent pas à ce mouvement (voir *Pour la recherche*, 2004, consacré à ce sujet)

Les « usagers » deviennent des acteurs à part entière dans le soin et leur droit d'être informés est réaffirmé.

De consommateur passif, « l'utilisateur » voit son rôle s'affirmer et devenir progressivement celui d'un acteur informé. Les conséquences de ce changement de statut prennent une signification particulière dans le cadre des psychothérapies qui impliquent généralement une réévaluation permanente de « l'état des lieux » et des perspectives. Parallèlement, de nombreuses études montrent que « l'alliance thérapeutique » intervient comme un facteur favorable de leurs résultats. Evidemment, cette notion d'alliance thérapeutique ne recouvre que très imparfaitement la place de la demande, de la confiance, de l'ajustement implicite dans la relation entre le psychanalyste et l'analysant et du différentiel des références (déchiffrement de l'inconscient) par rapport à la lecture de la signification d'un symptôme, par exemple, dans les psychothérapies psychanalytiques). Mais ce concept, qui représente une simplification extrême de la relation psychothérapeute patient n'en reste pas moins un élément de base de l'appareil psychothérapique.

L'économie impose la dimension de l'efficacité (la productivité) dans le champ de la santé

La maîtrise des dépenses de soin est devenue un enjeu économique majeur. Elle se traduit actuellement dans de nombreux pays par une réduction des moyens et par des redéploiements de la politique de santé sur les actions de réduction des risques. Les soins au meilleur coût ainsi les implications personnelles de l'individu et du médecin dans le dépistage et la réduction des risques sont mis au premier plan. Les psychothérapies se trouvent ainsi concernées à la fois par l'extension potentielle de leur champ (le soin, mais également la prévention du déclenchement des troubles, ainsi que de leurs conséquences possibles sur les proches) et leur coût.

Les quatre grands facteurs que nous venons de présenter participent à une transformation profonde des représentations scientifiques et sociales où il est souvent difficile de repérer ce qui correspond à une avancée, à une régression et à une perte de liberté.

B. Contexte spécifique

L'expertise sur les psychothérapies a été commandée à l'Inserm par la Direction Générale de la Santé (DGS). Dans quelles conditions ?

- Il faut d'abord rappeler il y a dix ans l'intervention des psychothérapeutes (FFdP) qui ont sollicité un avis de l'AFNOR pour savoir si certains éléments concernant les psychothérapies pouvaient être codifiés. L'AFNOR a interrogé les associations d'usagers, de psychanalystes, de psychiatres, de psychologues et les pouvoirs publics et a rendu un rapport en 1999, qui mettait en lumière la question des psychothérapies. Dès cette période, les questions de la garantie des usagers, notamment vis à vis des sectes, s'est trouvée posée. La Direction générale de la santé s'est ainsi trouvée impliquée et les psychothérapies sont rentrées dans le champ des préoccupations-de la santé mentale.
- J'ai expliqué précédemment les bases parallèles du développement de la santé mentale. Cette expertise s'inscrit dans le Plan gouvernemental santé mentale de B. Kouchner (2001) dont les objectifs principaux peuvent être résumés comme une « *nécessaire évolution des pratiques professionnelles afin de permettre une adaptation de l'offre de soins aux différents besoins des patients ainsi que la diversification des modes de prise en charge prenant en compte tant l'abord biomédical, que **psychothérapie** et social* ».

Un chapitre spécifique de ce plan concerne le développement de la recherche épidémiologique, fondamentale et clinique en santé mentale. Il inclut l'approfondissement de la recherche thérapeutique sur les psychothérapies et l'ouverture d'un programme pluriannuel de recherche clinique et d'évaluation des stratégies thérapeutiques. Ce projet était prévu en lien avec la fédération française de psychiatrie, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'INSERM et l'ANAES.

➡ La psychothérapie, cherchant à se faire reconnaître par les psychothérapeutes s'est trouvée parallèlement reconnue comme un des trois principaux abords de la pathologie mentale. Elle est ainsi devenue simultanément un enjeu majeur en terme de politique de soin et de recherche thérapeutique.

Un point important est à rappeler, qui a d'ailleurs été souligné par le directeur général de la santé au cours de sa présentation à la presse : il n'était pas prévu que cette expertise (du moins initialement) intervienne dans la question du statut de psychothérapeute.

C. Déroulement

Point de départ

Le thème de départ est très général « Évaluation des psychothérapies ». Il s'agit de dresser un état des lieux de la littérature internationale sur les aspects évaluatifs des différentes approches psychothérapeutiques. Cette évaluation sera abordée dans le double registre des dimensions qualitative (processus) et quantitative (résultats)². Elle devrait permettre à terme aux professionnels développant cette prise en charge d'intégrer l'évaluation dans leur pratique de la psychothérapie. Il ne s'agit en aucun cas d'aboutir à une validation des méthodes (cet aspect relève du consensus professionnel sur les pratiques).

Mise en œuvre

Les experts ayant été choisis par l'Inserm suivant une procédure qui lui est propre, le travail a pu commencer. Une remarque à ce sujet : ayant participé au comité d'organisation de cinq conférences de consensus organisées suivant la méthodologie de l'ANAES (et été le président de l'une d'entre elles), je ne puis que remarquer l'absence d'une méthodologie explicite de l'expertise collective concernant non seulement le choix des experts, mais la procédure d'accord sur le contenu publié. Le caractère « collectif » est finalement plutôt théorique dans la mesure où c'est la direction de l'expertise qui tient la plume et où une majorité de tendance va naturellement influencer le cours et la conclusion des débats. L'analyse de la littérature (dont chaque expert ne possède qu'une partie) est difficilement contradictoire sur des bases strictement scientifiques, du fait même de l'étendue et de la complexité du sujet. L'expertise s'est déroulée de mai 2002 à février 2004 et a impliqué 11 journées à l'Inserm durant lesquelles les experts présentaient leur travail qui était discuté de façon collective. L'ambiance initialement assez cordiale s'est progressivement détériorée et a donné lieu à des affrontements d'une étonnante violence.

Les articles réunis par une documentaliste de l'Inserm ont été répartis entre les experts. Ils étaient séparés par domaines : généralités ; schizophrénie ; troubles dépressifs ; troubles anxieux ; troubles du comportement alimentaire ; troubles de la personnalité. Dans chacun de ces chapitres, étaient distinguées les méta-analyses, les revues systématiques, les études contrôlées et les autres études. Cette bibliographie a pu être complétée à la demande des experts.

Point d'arrivée

La dimension qualitative (processus et agents spécifiques) a été abandonnée. Les méta-analyses et les études contrôlées randomisées (RCT)³, sont devenues la référence quasi-exclusive à la fin de l'expertise et notamment dans la synthèse (écrite pour l'essentiel par la direction de l'expertise).

Les études qui deviennent ainsi la référence des résultats représentaient initialement 11 articles sur 124 (68 pour « généralités ») de la bibliographie des psychothérapies psychodynamiques. Les études en population clinique (en particulier les psychothérapies longues) ne portant pas sur des symptômes ou des troubles isolés se sont trouvées exclues *de facto* par les critères

² Il est intéressant à ce sujet de comparer l'introduction de la première synthèse rédigée par la direction de l'expertise en janvier 2003 qui présente ces différents aspects et de la comparer à celle de janvier 2004.

³ RCT (randomized controlled trial) : un traitement standardisé est appliqué à un groupe homogène de patients. Ses résultats sont comparés à l'absence de traitement (ou à un traitement alternatif).

d'inclusion requis par les études « de laboratoire » (absence de troubles associés au trouble étudié, groupe contrôle, brièveté de la psychothérapie, etc.). Considérées comme se situant hors des « critères d'excellence », elles n'ont pas été prises en compte dans les résultats de la synthèse.

➔ Les conclusions semblent démontrer en premier lieu l'efficacité des TCC dans les différentes catégories diagnostiques (sélectionnées), alors que les psychothérapies psychanalytiques n'ont de résultats prouvés que dans les troubles de la personnalité (notamment borderline), le trouble panique et les états de stress post-traumatique, et partiellement sur la réduction des rechutes dans la dépression majeure et la tentative de suicide par empoisonnement. Sur cette base, l'un des experts n'a pas hésité à exiger une modification de l'enseignement en psychologie (aux dépens de l'approche psychanalytique).

II. Un constat, une question et ses implications méthodologiques, une analyse des résultats des psychothérapies psychanalytiques

A. Constat

La facilité a été promue aux dépens de la complexité. L'objectivité formellement identifiable et quantifiable à partir des symptômes est prioritaire sur les évolutions profondes insuffisamment démontrées par les études existantes. Autrement dit, les règles du jeu, y compris le choix des variables mesurées et des instruments pour le faire, qui déterminent grandement les résultats (Shadish et coll., 2000), ont été choisis suivant les lignes de force actuelles et sur la base de la méthode des essais contrôlés randomisés.

B. Question

Nous avons déjà précisé que le choix de la méthode d'analyse et de présentation des résultats suivant les critères de l'EBM (appréhendée dans une perspective limitée aux données d'études non mise en contexte par l'expérience clinique) n'était pas inscrit dans les objectifs de départ de l'expertise qui posait l'analyse de la littérature dans une perspective plus globale.

Était-il justifié par l'état des connaissances et l'agenda de la recherche ?

Un choix d'approche étonnant

Porter l'attention sur l'efficacité globale d'une méthode par rapport à des troubles, sans considérer leurs ingrédients et leurs modalités d'application

Si l'on se réfère à Holmes (BMJ, 1994) et à bien d'autres, la question générale de l'efficacité globale des psychothérapies « sérieuses » est réglée depuis les années 80 (avec une taille d'effet⁴ moyenne de 0.8-1). Le problème de l'intervention respective des facteurs communs et des facteurs spécifiques reste posé (le fameux « Dodo bird verdict »). Les objectifs de la recherche se déplacent sur plusieurs questions : les formes de thérapie qui s'accordent le mieux à des conditions particulières, la « dose » susceptible de produire les plus grands bénéfices, les ingrédients actifs spécifiques et non spécifiques des différents traitements, les

⁴ Taille d'effet : mesure utilisée dans les études d'efficacité qui correspond à la valeur moyenne du groupe traité moins la valeur moyenne du groupe contrôle, divisée par l'écart-type du groupe contrôle

processus de changement.

Barber et Lane (1995), Margison (2000), Holmes (2002) soulignent que le débat portant sur les « marques » de psychothérapie est dépassé. Par ailleurs, la recherche sur l'efficacité des psychothérapies doit se recentrer sur la clinique réelle (*effectiveness studies*) et compléter les études « en laboratoire » (*efficacy studies*).

Ces recommandations se retrouvent dans de très nombreux articles comme par exemple ceux de Matt et Navarro (1997), Fishman (2000) et Leichsenring (2004).

Organiser l'analyse des résultats suivant une définition des troubles selon un diagnostic catégoriel cloisonné

Les populations qui consultent en psychothérapie présentent une pluralité diagnostique (Doidge, 1994 ; Vaughan, 2000, Blomberg, 2001). De façon plus générale l'association anxiété-dépression, et plus généralement l'importance des comorbidités en psychiatrie est aujourd'hui démontrée (Basco, 2003). L'isolement artificiel de certains troubles, réduits mêmes parfois à un symptôme isolé (comme une phobie) n'a donc aucune légitimité de fond. Par ailleurs, on sait bien qu'une étiquette commune peut impliquer un certain degré de sévérité du trouble, mais qu'elle ne rend pas pleinement compte du degré de détresse de la personne, de l'impact de ses symptômes sur sa famille, son travail ou le groupe social (Crowe, 2000 ; Luborsky, 1993). Outre la différence de sévérité des troubles, leur signification à l'intérieur d'une catégorie commune affirmée peut être très différente. De plus, l'approche catégorielle de type DSM élimine la dimension longitudinale (les conditions particulières de l'histoire personnelle, les traumatismes et la vulnérabilité qui leur est associée) dont les conséquences sont aujourd'hui démontrées, tout comme les facteurs de contexte. Tous ces éléments ne peuvent être négligés dans le cadre de pathologies psychiques non réduites à un épisode isolé⁵ car elles participent à la fois de la gravité des troubles et aux conditions de leur traitement. La situation est ainsi différente de celle de la recherche sur l'efficacité des médicaments, qui porte tantôt sur une efficacité « de fond », tantôt sur une efficacité « focale », sans prise en compte du contexte individuel et social. Une approche générale de l'efficacité des psychothérapies pourrait se satisfaire d'un résultat du même ordre que « les antibiotiques ont une action » (Howard, 1994), mais aux dépens de toute spécificité individuelle et technique.

Ne pas prendre en compte la nécessité d'impliquer l'étude des processus dans les résultats et d'associer aux essais contrôlés des études en conditions réelles

Cette nécessité est affirmée dans toutes les analyses secondaires paraissant depuis 20 ans.

➔ En résumé, on remarquera l'absurdité du choix systématique de la segmentation des troubles étudiés. D'ailleurs, le groupe expert du DSM V (en préparation), conscient de façon plus générale des problèmes évoqués travaille sur une approche dimensionnelle. La signification des résultats de l'expertise collective, du fait de ce choix méthodologique, est très réduite.

⁵ L'ANAES a établi des recommandations de pratique clinique sur le traitement de la dépression isolée en en spécifiant les caractéristiques : premier épisode, absence de comorbidité ...

Méconnaître des biais aujourd'hui largement identifiés ou du moins ne pas situer suffisamment les limites de la signification de nombreux résultats d'études et de méta-analyses

L'analyse des études comparatives apporte à ceux qui s'en remettraient aveuglément à la scientificité assurée des recherches publiées une épreuve de réalité assez stimulante. On y trouve en effet la notion d'essais faussement comparatifs où la psychothérapie psychodynamique est utilisée comme groupe de contrôle avec des professionnels non compétents (Crits-Christoph, 1993), où ce sont des psychothérapeutes psychodynamistes qui sont utilisés pour tester l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle (et donc censés rester dans une configuration strictement limitée à l'actuel) (Rounsaville et col., 1986), celle d'essais faussement comparatifs avec des pseudo thérapies non relationnelles ni structurées (p.e. « bibliothérapie », « relaxation de groupe » (Wampold, 2002), l'implication de l'allégeance théorique des chercheurs dans les résultats (Robinson, 1990 ; Matt et Navarro, 1997 ; Luborsky et al., 1999)), des différences considérables dans le recrutement des patients, la disparité et la sévérité des troubles⁶, une proportion très importante d'études issues des services scolaires et universitaires, l'absence quasi complète d'études menées en dehors des services scolaires et universitaires. .

Suivant les études, la prise en compte des patients en « intention de traiter » ou ayant terminé leur traitement est abordée de façon différente, l'analyse des résultats peut être centrée sur les symptômes sans prise en compte de l'amélioration du fonctionnement général et de la qualité de vie (travail, relations familiales et sociales, ...), des données manquantes peuvent ne pas être mentionnées.

Donner une importance majeure aux méta-analyses dont les résultats dans le domaine des psychothérapies sont à prendre avec circonspection

Les méta-analyses devraient, par le nombre des études incluses, permettre une compensation des biais. En fait, Matt et Navarro (1997, analyse par Thurin, 2004), qui ont réalisé une revue approfondie de 63 méta-analyses (réunissant plus de 3800 études) concernant l'évaluation des psychothérapies ont décrit comment au contraire ils peuvent s'accumuler et conduire à une généralisation très discutable obtenue à partir d'une abstraction de données très diverses dans leur contenu et leur qualité. L'abstraction consiste à oublier les limitations des études (par exemple, leur focalisation sur un symptôme identifié dans des conditions particulières, par exemple l'anxiété dans un cadre universitaire, et n'en retenir que « traitement de l'anxiété ». La généralisation consiste à étendre la portée de ces résultats à une classe générale (par exemple, les troubles anxieux) : « Là où des études de résultat individuelles nous informent à propos des effets d'interventions *spécifiques*, chez des échantillons de patients *spécifiques*, dans des cadres *spécifiques*, concernant des mesures *spécifiques*, la méta-analyse nous enseigne à propos d'effets généralisés de *classes* d'interventions, chez des *classes* de patients, des *classes* de cadres et des *classes* de mesures ». Autrement dit, on ne sait finalement pratiquement rien des conditions, des populations, des actions, des mesures, du nombre respectif des études prises en compte, ce qui peut conduire comme dans la méta-analyse de Andrews et Harvey (1981) à tirer des conclusions que l'on peut qualifier *d'un peu abusives*

⁶ Shadish et coll. (2000) citent l'exemple d'une étude (Akins et coll., 1982) concernant des étudiants débutants en psychologie et sociologie sollicités pour une peur dentaire et une intervention d'une heure administrée par un chercheur donnée par enregistrements audio et vidéo dans un laboratoire de collège.

quand on examine la dispersion des éléments étudiés (Thurin, 2004). Ce constat n'a pas empêché d'attribuer aux méta-analyses une valeur très importante dans les critères de preuve d'efficacité et la sélection des études pour la synthèse.

→ En résumé, la valorisation extrême d'une logique de médecine factuelle (*evidence based medicine*) s'appuyant sur la métaphore pharmacologique suivant laquelle l'évaluation des résultats de la psychothérapie pourrait être construite sur le modèle des traitements médicamenteux symptomatiques conduit à privilégier des études « simples », tant du point de vue des mesures que des actions et à éliminer tout ce qui est complexe. Ce sont les protocoles expérimentaux portant sur des troubles parfaitement délimités, isolés, utilisant des méthodes bien définies et poursuivant des objectifs limités qui peuvent le plus facilement répondre à l'appel d'offres « faites vos preuves ! ». Les études portant sur des cas complexes, en situation naturelle ou quasi-expérimentale sont beaucoup plus difficiles à réaliser et cela explique au moins pour partie le faible nombre d'études portant sur les psychothérapies psychanalytiques, véritablement noyées dans la masse des thérapies cognitivo-comportementales dont l'objet premier est le traitement symptomatique.

Cette valorisation (ce forçage ?) de résultats généraux qui ne renseignent finalement véritablement que sur l'efficacité générale de la psychothérapie (Matt et Navarro, 1997) ne doit pas faire oublier la véritable question qui reste en suspens *"Quels patients, avec quelles caractéristiques, seront-ils les mieux traités par quelle thérapie avec des "résultats cliniquement significatifs ?"* ou encore « *Quelles sont les caractéristiques particulières du patient qui peuvent prédire le succès ou l'échec selon différentes modalités thérapeutiques ? Caractéristiques qui n'ont pas à être purement diagnostiques, mais doivent également inclure d'autres facteurs* » (Barber et Lane, 1995).

On se demande pourquoi ce choix de méthode a été privilégié puisque non seulement l'expertise ne répond pas à la question précédente, qu'elle n'apporte aucune donnée nouvelle par rapport à des investigations de ce type qui ont été menées – et largement publiées – au niveau international, et ne prend pas en compte les priorités de recherche qui se sont déplacées du général en laboratoire vers des approches plus qualitatives en milieu naturel. Le débat à ce sujet publié dans le *BMJ* (Holmes, 2002) montre que la question implique d'autres considérations que celles qui sont spécifiquement scientifiques.

C. Analyse des résultats des psychothérapies psychanalytiques

Les résultats en eux-mêmes

Le fameux 1/16

Ce qui précède a, je l'espère, éclairci un peu ce sur quoi repose la notion de « preuve d'efficacité ». Évidemment d'abord sur l'existence d'études répondant aux critères définis pour la démontrer, et encore en amont sur l'existence d'études, tout simplement. Il paraît difficile de rejeter globalement les essais contrôlés randomisés. En revanche, il est important de pouvoir préciser les limites des questions auxquelles ils peuvent répondre, l'adhésion formelle à des critères qui respectent la « qualité » de la recherche aux dépens de son contenu ne pouvant pas être considérée comme une finalité suffisante. Par ailleurs, l'analyse de la littérature concernant les études sur les psychothérapies psychanalytiques montre que les essais contrôlés randomisés ont toujours été précédés d'études quasi-expérimentales conduites dans des conditions cliniques naturelles. Il est donc plus important de démarrer avec un protocole que l'on

sent réalisable que d'attendre une « perfection » hors d'atteinte d'emblée. Les résultats font également apparaître que si le nombre d'études portant sur les psychothérapies psychanalytiques répondant aux critères de « l'étalon or » actuels est faible, il n'est pas nul. Cela signifie simplement que le mythe de l'impossibilité d'évaluer ces psychothérapies est sérieusement remis en question par cette expertise.

Caractéristiques des études et leurs résultats

La lecture des publications montre d'abord que les recherches portant sur les psychothérapies psychanalytiques ne sont pas tombées dans le piège et la facilité d'une intégration *a minima* des règles implicites des ECR (réduction maximale de la complexité, y compris dans les objectifs : la franche disparition d'un trouble et même d'un symptôme est préférable à l'évolution d'une donnée qualitative ; conditions de laboratoire) posant le problème de la représentativité clinique des études. Il est intéressant de situer la classification qu'ont réalisée Shadish et coll (2000) pour tenter d'apprécier cette notion de représentativité clinique des études incluses dans les méta-analyses. Les critères de différenciation des études sont les suivants : a) étaient conduites dans des configurations non universitaires (par exemple, centres communautaires de santé mentale, systèmes scolaires) ; b) impliquaient des patients adressés par les circuits cliniques classiques, sans être sollicités par les examinateurs ; c) utilisaient des thérapeutes professionnels expérimentés ayant des clientèles régulières ; d) n'utilisaient pas de manuel de traitement ; e) ne contrôlaient pas l'implantation des traitements ; e) impliquaient des patients qui avaient des caractéristiques personnelles hétérogènes (concernant par exemple, le sexe, le statut économique) ; g) impliquaient des patients qui étaient hétérogènes dans la présentation de leurs problèmes ; h) faisaient appel à des thérapeutes qui n'étaient pas particulièrement formés au traitement ; i) utilisaient des thérapeutes qui étaient libres d'utiliser une variété de traitements.

Trois grandes catégories d'études ont ainsi été distinguées : celles qui remplissaient les critères de a à c (stade 1), celles qui les remplissaient de a à e (stade 2) et celles qui les remplissaient tous (stade 3).

Sans entrer précisément dans le détail, les études psychanalytiques présentées dans l'expertise se caractérisent par leur forte représentativité clinique suivant ces critères, avec toutefois la réunion d'un groupe de patients « homogènes ». Il sont également caractéristiques par la précision qui est apportée à la présentation des modèles de référence et des techniques utilisées aux différentes étapes du traitement.

- L'efficacité démontrée (grade A) concernant les *troubles de la personnalité borderline* est très importante compte tenu de la gravité et de la fréquence de ces troubles, ainsi que du caractère central qui leur est donné dans la clinique actuelle. Ces caractères relèquent au rang des images d'Epinal le jugement fréquemment et récemment porté par le politique (en l'occurrence le ministre Mattei) suivant lequel la psychanalyse et les psychothérapies qui en sont dérivées ne soigneraient que le confort ou « les bleus de l'âme ».

Cette démonstration de l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques dans des pathologies graves est le résultat des travaux durables et de leur montée en puissance méthodologique progressive. La connaissance approfondie des travaux de la clinique Menninger (Wallerstein, 1986, Kernberg, 1973, Bachrach, 1991), avec ses avatars, a représenté pour moi une leçon de ce que peut être la recherche clinique en psychanalyse appliquée. Il faut souligner que les travaux existants ont nécessité le développement d'instruments spécifiques des différentes dimensions et interventions impliquées dans le processus psychothérapique, développement

dont on peut suivre les étapes dans la reprise historique des travaux d'évaluation. Cette recherche montre également que l'on peut partir d'une hypothèse (comparaison de psychanalyse classique et psychothérapie psychanalytique) et s'apercevoir qu'une adaptation de la psychothérapie suivant quelques critères (implication du thérapeute, utilisant de façon réfléchie le soutien et l'interprétation suivant les cas et les phases de la cure) caractérise finalement le traitement le plus réalisable et par extension le plus efficace.

- Il n'est pas juste par ailleurs de limiter l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques aux troubles de la personnalité. *Pour de nombreux troubles (troubles dépressifs et anxieux), les études démontrant l'efficacité existent, mais elles sont trop peu nombreuses en fonction des critères retenus pour avoir le grade A d'efficacité prouvée.* Ce facteur lui-même doit être nuancé. La sélection des études et des méta-analyses « retenues » pour les résultats n'aurait sans doute pas été la même si la composition du groupe d'expertise avait été plus équilibrée. J'y fais écho dans mes « arrêts sur image » sur www.techniques-psychotherapiques.org. Si l'on se réfère par exemple à Medline, les études entrant dans le cadre des critères de l'EBM sont en nombre plus important que celles qui sont citées dans l'expertise (lien direct sur techniques-psychotherapiques). On y trouvera ainsi par exemple des études concernant les addictions et les troubles du comportement alimentaire.

Importance des études pour la connaissance psychanalytique et la pratique clinique

La mise en place et la réalisation d'études d'évaluation des psychothérapies psychanalytiques constitue incontestablement un apport à la connaissance et une utilité pour la pratique clinique. Je soulignerai la formalisation de la diversité de fait des modèles et techniques, la caractérisation de leurs principes communs : conflit, transfert, développement, histoire, interprétation qui permettent de tester des hypothèses et de progresser sur les facteurs spécifiques. On peut en prendre pour exemple quelques aspects issus des études portant sur les troubles borderline.

L'analyse des études sur les troubles de la personnalité borderline fait apparaître dans le cadre d'un modèle général commun, celui d'une « pathologie des phases précoces de l'individuation dans le rapport à l'autre », différents sous-modèles : celui d'un trouble de l'attachement, de la tolérance à la séparation et d'une carence de la mentalisation (capacité de penser sur soi en relation aux autres et de comprendre l'état d'esprit des autres) (Bateman et Fonagy, 1999) ; celui d'une interruption de la construction du soi, liée à l'impact d'empiètement répétés de l'environnement social, sous la forme de différents stress survenus au cours des phases précoces de la vie (Stevenson et Meares, 1992) ; ou encore, celui d'une réduction de la conscience et de l'expression affective et d'un défaut de distinction du soi de l'image parentale idéalisée de façon défensive (Monsen, 1995).

Meares et coll. (1999) ont hiérarchisé les influences respectives de l'affect, de l'impulsivité et du self qui peuvent conduire à une articulation cohérente des différentes hypothèses et à leur transposition dans la démarche psychothérapique. Le trouble de la personnalité borderline peut être ainsi appréhendé comme la conséquence d'une interruption du développement du moi. Un certain type d'activité mentale, se trouvant dans la rêverie et se situant en dessous du jeu symbolique, est nécessaire à la constitution du moi. Or cette activité peut être perturbée par le stress, notamment par la réponse de l'entourage en « interaction dissociée ».

Sur ces bases, les objectifs de la psychothérapie trouvent leur pertinence et leur organisation : l'atmosphère dans laquelle l'activité mentale de développement peut se mettre en place est

évidemment essentielle, les interventions du thérapeute porteront sur les éléments personnels et internes qui apparaissent dans la conversation, l'identification des moments où le souvenir traumatique surgit afin de travailler à l'intégration du système de mémoire traumatique dans le système du self.

D'autres études ont étudié, par exemple, l'opportunité et les modalités de l'interprétation dans la cure des patients borderline. Cet aspect est fondamental si l'on veut commencer à aborder la complexité technique en œuvre dans les cas difficiles. La revue d'Ogrodniczuck et Piper (1999) montre bien comment en début de cure l'interprétation peut être vécue par le patient comme une agression, alors qu'ultérieurement elle peut entrer dans les ingrédients thérapeutiques.

Perspectives de recherche

La génération des études générales d'efficacité potentielle (en « laboratoire ») ouvre à une génération d'études menées en population clinique et centrée sur les cas (p. e. Fishman, 2000 ; Leichsenring, 2004).

Ces études peuvent bénéficier des apports des études d'efficacité potentielle et être complétées par combinaison et séquençage des différents types d'intervention psychothérapeutique, seuls ou avec pharmacothérapie en fonction p. e. du type de dépression, mais également du moment de la pathologie (initiale, chronique, en rémission), ainsi que par une attention particulière aux études de suivi.

III. Une période décisive

A. Analyse politique

La possibilité de prodiguer des soins médicaux sera influencée, dans une mesure de plus en plus grande, par les tiers payants qui cherchent à développer des guides de bonne pratique et réserver le remboursement aux soins dont l'efficacité est confirmée par les données de la recherche.

Certaines méthodes psychothérapeutiques sont déjà depuis longtemps dans ce train. Elles ont tiré un avantage incontestable de la simplicité de leur protocole ; de la référence au modèle médical ; de la brièveté (proclamée) des traitements ; de la présentation de « packages » associant soins institutionnels, psychothérapeutiques et pharmacologiques.

Les problèmes sont plus complexes mais solubles pour les psychothérapies psychodynamiques.

Rester à l'extérieur de l'évaluation serait tout simplement suicidaire dans le contexte actuel et non éthique dans la mesure où l'accès aux psychothérapies psychanalytiques sera limité par les capacités financières personnelles. Ce choix représenterait une orientation implicite vers des interventions psychothérapeutiques ponctuelles sans approche globale de la personne. Ce serait participer à un grand mouvement de régression sociale et de conception même de l'humain qui se trouverait conçu comme un ensemble de comportements dont on peut pallier et corriger les insuffisances par des acquisitions et des réparations ponctuelles. Evidemment, ce mouvement n'ira pas à sa fin, mais il peut orienter la logique des soins durant une période non négligeable.

B. Analyse professionnelle et scientifique pour la discipline

Robert Wallerstein, dont les travaux au sein de la fondation Menninger sont bien connus déclarait en 2002 qu'« Il est capital pour la psychanalyse en tant qu'activité professionnelle de

soutenir un programme vigoureux de recherche empirique. Nous avons besoin d'apprendre davantage sur : (1) les changements qui ont réellement lieu dans la thérapie psychanalytique (la question du résultat) et (2) comment ces changements se produisent, à partir des interactions de quels facteurs émanant du patient, du thérapeute, de la thérapie et de la situation de vie en cours (la question du processus) ».

Nous sommes à une période où après un développement considérable de la psychanalyse, suivant des perspectives impliquant des modèles assez différents, il est temps de resituer leur place et les questions qu'ils posent en relation avec la clinique. D'un point de vue professionnel et scientifique, l'évaluation n'est rien d'autre qu'une méthode qui peut permettre d'avancer dans ce chantier qui est considérable.

La méthodologie de l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques peut permettre aujourd'hui d'appréhender ses dimensions spécifiques (non réduites à la disparition du symptôme d'appel).

Les cliniques psychiatrique et psychologique ne peuvent que bénéficier de la recherche sur les psychothérapies psychanalytiques

C. La proposition de W Dab : comment s'en saisir ?

Ayant précisé que cette expertise ne constituait « *qu'une première étape dans l'évaluation du service rendu par les psychothérapies ; qu'il serait réducteur d'en conclure que les thérapies comportementales et cognitives ont définitivement fait la preuve de leur supériorité sur les autres psychothérapies. C'est un contre-sens. Et c'est un piège dans lequel nous ne tomberons pas.* », W Dab a proposé une perspective ambitieuse, assortie d'une mise au point « *On peut attendre dans un pays qui compte 13 000 psychiatres, des dizaines de milliers de psychologues et de psychothérapeutes, des très nombreux psychanalystes, qu'il soit un des leaders de la recherche en santé mentale. Nous souhaitons donc encourager la connaissance de l'évaluation de ces activités. Le refus de la démarche évaluative est une attitude qui n'est ni scientifique, ni éthique. Il faut le dire très haut.* »

Un petit groupe⁷ s'est constitué autour de moi dont la première initiative a été d'ouvrir un site Internet d'animation de la recherche clinique sur les psychothérapies « complexes » www.techniques-psychotherapiques.org . Il était hors de question de laisser le champ libre à une communication intense qui ne puisse être équilibrée par une réflexion à partir des psychothérapies complexes (psychothérapies psychanalytiques et humanistes), d'autant que le travail que j'ai réalisé pour l'expertise l'a été dans une optique qui permette de faciliter une entreprise dans ce domaine.

Nous avons déterminé deux objectifs principaux à partir d'une présentation des études et d'une formation intégrée à la méthodologie : 1) proposer un protocole simple d'étude quantitative et qualitative de cas individuels ; 2) mieux définir les objectifs et les techniques psychothérapeutiques utilisées pour les atteindre, en relation à des modèles spécifiques correspondant à des typologies de patients spécifiques (par exemple, dans le cas des dépressions et dans celui des patients borderline).

La seconde étape prévue (et en cours) est de constituer un réseau de cliniciens et d'y associer des chercheurs. Son objet est de pouvoir mener des études sur des éléments particuliers théoriques et cliniques, ainsi que des enquêtes en s'appuyant sur des pratiques qui débordent

⁷ Xavier Briffault, Brigitte Lapeyronnie, Monique Thurin, Michael Villamaux, consultant Daniel Widlöcher

évidemment le champ hospitalier et s'inscrivent dans des cabinets ou des centres médico-psychologiques.

Nous entendons pouvoir nous appuyer sur des initiatives analogues existant déjà aux niveaux national et international et collaborer avec elles.

Ce projet est extrêmement ambitieux et il nécessite des alliances et des regroupements. L'implication des universitaires en psychologie et du SIUERPP me paraît d'une particulière importance, comme celle de la mobilisation des écoles de psychanalyse (au moins de certaines d'entre elles).

Au total

Cette expertise a de nombreux défauts et a été pour une part déviée de ses objectifs. Néanmoins, elle a le mérite de constituer à la fois un signal d'alarme et de donner des bases de développement de la recherche sur les psychothérapies complexes - notamment psychanalytiques - en France, un des pays les plus en retard dans ce domaine. Les psychothérapies doivent pouvoir montrer leur efficacité par des éléments objectifs que le psychothérapeute est à même d'évaluer.

Ce travail peut être dynamisé en désamorçant les idées fausses que beaucoup de cliniciens se font de la recherche et de l'évaluation en les informant et en les accompagnant dans un travail collégial.

L'opportunité qu'offre la direction générale de la santé est à saisir. C'est ainsi que l'on pourra juger de la réalité de l'offre avant de s'y opposer avant d'avoir commencé.

Les enjeux sont considérables et les personnes et institutions impliquées devraient pouvoir unir leurs efforts

Référence bibliographiques⁸

Andrews G. Harvey R. Does psychotherapy benefit neurotic patients ? *Arch. Gen. Psychiatry* 38 (11), 1981 : 1203-1208

Bachrach H.M., Galatzer-Levy R., Skolnikoff A. Waldron S J.R. On the efficacy of psychoanalysis *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1991, 39:871-916

Barber S, Lane RC. Efficacy research in psychodynamic therapy : a critical review of the literature. *Psychotherapy in private practice*, 14(3), 1995:43-69

Basco M R. Is there a place for research diagnostic methods in clinic settings ? In *Standardized evaluation in clinical practice* (M First Ed). American Psychiatric Publishing 2003, pp 1-28

Bateman A.W., Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder *Br. J. Psychiatry.*, 177, 2000:138-143

Blomberg J., Lazar A. Sandell R.. Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapy: first finding of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychother. Res.*, 2001 Vol 11, p : 361-382

⁸ Beaucoup de ces articles ont été traduits et sont accessibles à partir du site www.techniques-psychotherapiques.org

Crits-Cristoph P. Efficacy of brief dynamic psychotherapy. *Am. J. Psychiatry.*,1993 Vol 150, p : 684-685

Crowe M. Psychiatric diagnosis : some implications for mental health nursing care. *J Adv Nurs* 2000 31 :583-589

Doidge N., Simon B., Gillies L.A. Ruskin R.. Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan: DSM-III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am. J. Psychiatry.*,1994 Vol 151, p : 586-590

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Am J Prev Med* 14:245-258, 1998

Fishman D B ? Transcending the Efficacy Versus Effectiveness Research Debate: Proposal for a New, Electronic "Journal of Pragmatic Case Studies *Prevention & Treatment, Volume 3*

Holmes J. Controversies in Management Psychotherapy - a luxury the NHS cannot afford? More expensive not to treat. *BMJ*, Oct 1994; 309: 1070 - 1071.

Holmes J. All you need is cognitive-behaviour therapy ? *BMJ* 2002 ; 324 : 288-294

Francis D.D, Champagne F.A, Dong Liu, Meaney M. maternal care, gene expression and the development of individual differences in stress reactivity.. *Ann NY Acad Sci*, 896 (1999) 66-84.

Heim C, Nemeroff CB: The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry* 46:1509-1522, 1999
corticosterone secretion and better cognitive performance. *Brain Res* 624:209-215, 1993

Howard KI, Orlinsky DE, Lueger R.J. Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. *British Journal of Psychiatry* 1994), 165, 4-8

Kandel E. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie, trad. JM. Thurin. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 : 12-39

Kandel E. La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 : 40-82

Kernberg OF. Summary and conclusions of "Psychotherapy and Psychoanalysis, final report of the Menninger Foundation's psychotherapy research project". *Int J Psychiatry* 1973, 11 : 62-77

Kouchner B (présenté par). Plan santé mentale : l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover. <http://www.sante.gouv.fr/hm/actu/mental/mental.pdf>

Leichsenring (2004). Randomized controlled vs. naturalistic studies: A new research agenda *Bulletin de la Menninger Clinic*, 2004, 68, 115-129

Leserman J, Li Z, Hu YJ, Drossman DA. How multiple types of stressors impact on health. *Can J Psychiatry* 1998 Mar;43(2):148-53

Luborsky L., Diguier L., Luborsky E., Mclellan A.T., Woody G. Alexander L.. Psychological health-sickness (PHS) as a predictor of outcomes in dynamic and other psychotherapies. *J. Consult. Clin. Psychol.*,1993 Vol 61, p : 542-548

Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., and Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapeutic allegiances—A “wild card” in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–132.

Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., *et al* (2000) Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130

Matt G.E. Navarro A.M.. What meta-analyses have and have not taught us about psychotherapy effects: a review and future directions. *Clin. Psychol. Rev.*,1997 Vol 17, p : 1-32

Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 1995, 76 :631-637

McEwen B. Protective and Damaging Effects of Stress Mediators: The Good and Bad Sides of the Response to Stress. *Metabolism*, Vol 51, No 6, Suppl 1 (June), 2002: pp 2-4

McEwen B, Seeman T. Protective and damaging effects of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci*, 896 (1999) 30-47

Meares R., Stevenson J. Comerford A.. Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.*,1999 Vol 33, p : 467-472

Monsen J., Odland T., Faugli A., Daae E., Eilertsen D.E.. Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy : a prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project, 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*,1995 Vol , p : 256-268

Ogrodniczuk J.S. Piper W.E.. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J. Pers. Disord.*,1999 Vol 13, p : 297-311

Robinson L.A., Berman J.S. Neimeyer R.A.. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol. Bull.*,1990 Vol 108, p : 30-49

Rounsaville BJ, Chevron ES, Weissman MM, Prusoff BA, Frank E. Training therapists to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Comp Psychiatry* 1986 ;27 :364-371

OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. <http://www.who.int/2001/main/contents.htm>

Pour la recherche 2004 n° 41. La médecine factuelle (EBM). Articles de H. Allain, X Briffault, M. Thurin, et JM Thurin <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/Recherche/PLR/PLR41/PLR41.html>

Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 1996 ; 312 : 71-2.

Shadish W.R., Matt G.E., Navarro A.M. Phillips G.. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychol. Bull.*,2000 Vol 126, p : 512-529

Stevenson J, Meares R. An outcome study of Psychothérapie for patients with borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry*,1992 Vol 149, p : 358-362

Thurin JM et Baumann N (eds). *Stress, pathologies et immunité*. Paris, Flammarion Médecine/Sciences, 2003, 288p

Thurin JM. EBM et psychothérapie. *Pour la recherche* 2004 ; 41 : 9-11

Thurin JM. A propos des conclusions tirées de la méta-analyse de Andrews et Harvey dans le chapitre 11 de l'expertise concernant la « supériorité significative des TCC par rapport aux psychothérapies verbales ». [www. Techniques-psychotherapiques.org](http://www.techniques-psychotherapiques.org) , 2004

Vaughan SC, Marshall RD., Mackinnon RA, Vaughan R, Mellman I. Roose SP. Can we do psychoanalytic outcome research? A feasibility study. *Int. J. Psychoanal.*,2000 Vol 81 , p : 513-527

Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York 1986

Wallerstein 2002 Psychoanalytic research : an overview. <http://www.psychomedia.it/sprit/artdoc/waller02.htm>

Wampold B E, Minami T, Baskin T W, Tierney S C. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other" therapies for depression. *J. Affect Disorders.*,2002 Vol 68, p : 159-165