



# L'ENCÉPHALE

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/encep](http://www.elsevier.com/locate/encep)

## MÉMOIRE ORIGINAL

### Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie: évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique

### New directions for psychotherapy research: An evaluation of a research protocol and a methodological and technical framework proposal

X. Briffault<sup>a</sup>, M. Thurin<sup>b</sup>, B. Lapeyronnie<sup>c</sup>, J.-M. Thurin<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> *Cesames (CNRS, UMR 8136; Inserm U611; Univ Paris Descartes, CESAMES, Paris 75006), 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris cedex 06, France*

<sup>b</sup> *École de psychosomatique, 9, rue Brantôme, 75003 Paris, France*

<sup>c</sup> *École de psychosomatique, 87, Cours d'Albret, 33000 Bordeaux, France*

Reçu le 21 novembre 2005 ; accepté le 28 août 2006

Disponible sur Internet le 5 septembre 2007

#### MOTS CLÉS

Psychothérapie ;  
Évaluation ;  
Méthodologie ;  
Études pragmatiques  
de cas ;  
Réseau recherche sur  
les pratiques ;  
Base de données ;

**Résumé** La nécessité de développer des études concernant les psychothérapies psychodynamiques a été renforcée par l'expertise Inserm *Psychothérapies : trois approches évaluées* qui en a montré le déficit en France. Dans la première partie de cet article, les auteurs rappellent les limites des études de troisième génération (modèle médical, utilisation des essais contrôlés randomisés (ECRs) et du DSM) sur lesquelles s'appuie ce rapport et les spécifications qui sont actuellement développées pour une nouvelle génération de recherches dans ce champ. La deuxième partie est consacrée à la présentation d'un protocole d'analyse processus-résultats développé par l'équipe de recherche, sur cette base, à partir de différentes propositions et de travaux antérieurs et en cours [J Clin Psychol 27 2 (1998) 217–26, J Pragm Case Stud 3<sup>1</sup> (2000), Arch Gen Psychiatry 59 (2002) 505–10, Psychother Res 12 3 (2002) 251–72 et Br J Psychiatry

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [jmthurin@internet-medical.com](mailto:jmthurin@internet-medical.com) (J.-M. Thurin).

<sup>1</sup> <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>.

Recherche qualitative ;  
Recherche quantitative ;  
Recherche centrée sur le patient

165 (1994) 4–8]. La méthodologie utilisée est celle des cas isolés contrôlés. Elle associe des analyses qualitative et quantitative pour la formulation du diagnostic, les mesures initiales, intermédiaires et de terminaison. L'analyse de processus permet de caractériser, à différents temps, les grandes lignes de la psychothérapie menée. Le recueil des données est assuré par le clinicien, ses évaluations sont mises en relation et validées en groupe de pairs. Il devient ainsi possible d'appréhender les techniques utilisées réellement, non plus globalement ou sur la base de manuels a priori, mais sur celle de leurs facteurs spécifiques. Cette méthodologie a été testée au cours d'une phase pilote d'un an, dans des conditions de pratique réelle de la psychothérapie en cabinet. Les différentes phases de l'analyse sont présentées, intégrant dans un processus itératif cohérent tout au long de la thérapie, plusieurs outils d'observation, de formalisation et d'analyse des données. Chacun des instruments est défini dans ses apports et ses limites pour l'analyse des données (échelle santé-maladie (ESM), DSM, PQS, Hoglend, CORE. . .). Une analyse générale de la faisabilité de ce protocole et de l'intérêt clinique des résultats qui en sont issus est présentée. La troisième partie de cet article présente la structure générale d'une base de données permettant la collecte, la recherche et l'analyse du matériel issu des psychothérapies. Ce dispositif offre une double possibilité : pour les cliniciens de suivre l'évolution de leurs cas et de pouvoir éventuellement les comparer à des cas analogues, pour le chercheur de procéder à de véritables analyses comparatives reposant sur des psychothérapies menées en condition réelle et sur des descriptions suffisamment complètes pour qu'il soit possible d'en tirer des résultats significatifs.

© L'Encéphale, Paris, 2007.

#### KEYWORDS

Psychotherapy;  
Evaluation;  
Methodology;  
Pragmatic case studies;  
Practice-based research network;  
Database;  
Qualitative research;  
Quantitative research;  
Patient-based research

#### Summary

*Introduction.* – A recent report of the French research institute INSERM, based on a comprehensive review of the work done on the evaluation of psychotherapies *Psychothérapies : trois approches évaluées*, has shown the lack of research in France on this topic, notably in psychodynamic psychotherapy. The development of such research is needed. The first part of the paper deals with the limits of the third generation of studies on psychotherapy (medical model, use of RCT, DSM. . .) on which the INSERM report is based and reviews the existing propositions for a fourth generation of research in the field.

*Methodological findings.* – In the second part, a process-outcome research protocol developed by the authors, according to these new proposals as well as several on-going researches [J Clin Psychol, 27 2 (1998) 217–26, J Pragm Case Stud 3 (2000)<sup>2</sup>, Arch Gen Psychiatry 59 (2002) 505–10, Psychother Res 12 3 (2002) 251–72 and Br J Psychiatry 165 (1994) 4–8] is presented. The proposed methodology is based on controlled single case studies. Quantitative and qualitative data are associated for the definition of the diagnosis, as well as initial, intermediate and final measures. Process analysis is used to describe the main characteristics of the on-going psychotherapy at different moments in time. It is thus possible to gain access to what is really done during the therapy and not only to what is supposed to be done, based on a manual or even on the name of the theory used by the therapist.

*Design of the study.* – This methodology was tested during a one-year pilot study, in true conditions of psychotherapy with outpatients. The different phases of the analysis are presented: several tools dedicated to the observation, formalisation and data analysis are integrated in a coherent iterative process during the whole therapy. The interests and limits of each tool (ESM, DSM, PPQS, Hoglend, CORE. . .) are described together with the first results of the pilot study.

*Discussion.* – The overall architecture of a database designed to collect, search and analyse data is provided in the last part of the paper.

*Conclusion.* – This framework offers two possibilities at the same time: it provides therapists with the ability to follow the evolution of their cases and to compare them with similar cases. It provides researchers with the ability to drive true comparative analysis, based on psychotherapies conducted in real situations and on detailed-enough descriptions to obtain significant outcomes.

© L'Encéphale, Paris, 2007.

<sup>2</sup> <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>.

## Contexte et travaux antérieurs

L'expertise collective Inserm « Psychothérapie : trois approches évaluées » [21] a fait apparaître le peu d'études concernant les psychothérapies psychodynamiques et la nécessité de les développer [9,36]. Cette situation, particulièrement notable en France, tient à l'absence de moyens qui ont été consacrés à ce domaine et aux réticences de la profession, mais également à l'inadéquation de la méthode promue depuis les années 80 (les essais contrôlés randomisés – ECR-) pour l'étude de ces psychothérapies. Approfondissant cette question, Thurin et Briffault [34,35] ont fait une revue des articles situant les limites de la méthodologie la plus généralement utilisée pour les études de résultats (les études d'efficacité potentielle -*efficacy studies*- reposant sur des ECR), mais également de ceux qui faisaient des propositions pour les dépasser.

Les principales méthodes proposées avec cet objectif sont les suivantes :

- réaliser des études analogues aux ECR dans des conditions naturelles (*effectiveness studies*);
- dépasser le schéma simple qui réduit le modèle de l'efficacité thérapeutique à l'action d'un traitement standardisé sur un trouble et prendre en compte différentes variables intermédiaires concernant notamment le thérapeute et sa technique, le patient et leurs interactions, les étapes de la psychothérapie [4,5,11,20];
- réaliser des études en milieu naturel portant sur des populations cliniques réelles [6,38] c'est-à-dire, si l'on se réfère aux études épidémiologiques existantes, sur des patients ne souffrant pas seulement de troubles isolés, mais également et surtout de problèmes multiples (un ou plusieurs diagnostics de l'axe I, associés à un ou plusieurs troubles de la personnalité, associés souvent à des antécédents traumatiques encore actifs) [18,26,33]. Ces tableaux cliniques dont la complexité a été soulignée depuis pratiquement le début de l'évaluation des psychothérapies [25] excluent de fait la réalisation de groupes homogènes classiques. Seul le suivi de cas isolés peut rendre véritablement compte de leur base psychopathologique et de la technique qui leur est appliquée. L'avancée par rapport aux études de cas antérieures a été de les faire bénéficier des acquis méthodologiques des essais contrôlés (évaluation normalisée à des temps précis utilisant des instruments validés, élargie au processus et attentive aux données de contexte susceptibles d'intervenir sur le processus et les résultats, comparaison à des cas de même type). Elle rend possible l'existence d'une quatrième génération de recherches en psychothérapie pouvant répondre au *gold standard*<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Première génération (1940) : Est-ce que la psychothérapie produit un changement de la personnalité d'un sujet et intervient sur ses principaux symptômes?

Deuxième génération (1950) : début de comparaisons des thérapies par rapport à des problèmes cibles.

Troisième génération (début années 80) : modèle médical, utilisation des ECRs, du DSM.

Quatrième génération (aujourd'hui) : véritable défi, la recherche d'efficacité réelle sur les cas isolés doit pouvoir répondre au *gold standard*.

[16,23]. Un autre facteur est venu soutenir la possibilité de cette évolution, celui des technologies de l'information. Celles-ci permettent de surmonter, au moins pour partie, les difficultés de communication, de formation, de réunion, et de validation des données rencontrées dans les études multicentriques [12], modalité indispensable dès que l'on veut pouvoir réunir des populations significatives de cas suivis en conditions naturelles en ambulatoire (cas de loin le plus fréquent).

Cette nouvelle approche méthodologique portant sur des cas isolés a été conceptualisée sous le terme d'« étude pragmatique de cas » [13]. Elle associe une description rigoureuse de chaque cas (patient/situation-traitement-thérapeute/contexte institutionnel) et la mise en relation de ses résultats avec ceux émergeant d'une base de données étendue, regroupant toutes les descriptions de cas [13–15]. Le dispositif méthodologique proposé permet la réalisation d'études naturalistes de bonne qualité, c'est-à-dire, d'études quasi-expérimentales prospectives de haute représentativité clinique, caractérisées par des groupes de comparaison randomisés ou non. Il repose sur une description précise des traitements, des patients et de leur sélection, l'utilisation d'éléments de procédures de diagnostic et de mesures de résultats fiables et valables [32], le développement d'évaluations pré–post, au cours de la psychothérapie et de la période de suivi, l'inclusion d'éléments supplémentaires permettant de contrôler les facteurs contextuels, le compte rendu des sorties prématurées, l'assortiment de configurations cohérentes et la présentation complète des données statistiques pertinentes [29]. Les difficultés de validation et de réunion des données associées à la pratique des psychothérapies en cabinet sont surmontées par les possibilités des technologies de l'information. Le regroupement des cas détaillés dans une base de données et leur accès multicritères rendent possible une validation statistique sur des populations réelles et le dépassement des limitations des méthodologies ECR.

Les qualités de ce protocole ne sont pas seulement formelles. Elles devraient contribuer à répondre aux deux questions centrales auxquelles les études de groupes ne peuvent véritablement répondre : comment évaluer la psychothérapie de patients présentant des troubles complexes et des symptômes chroniques ? Comment définir la meilleure stratégie thérapeutique pour un patient donné, dans la situation et les conditions particulières où il se trouve ?

Afin de tester cette configuration, une étude pilote a été menée par Lapeyronnie, Thurin et Thurin [28]. Son objectif était double :

- évaluer la faisabilité d'une étude processus–résultats répondant au *gold standard*, c'est-à-dire permettant d'atteindre, dans des conditions naturelles, un niveau de preuve, équivalent à celui des configurations de laboratoire suivant les critères que propose Leichsenring [29], et qui sont également déjà envisagés par l'APA<sup>4</sup> dès 1998

<sup>4</sup> 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).

[3], à savoir des études de cas isolés, de bonne conception expérimentale et offrant des possibilités de comparaison d'interventions à celles d'un autre traitement [7];

- situer la capacité de ce protocole à répondre à la première des questions présentées précédemment.

## Quels protocoles, outils et méthodes pour une recherche processus—résultats en milieu naturel ?

### Description du protocole

Le premier objectif de la recherche était donc de tester la faisabilité d'une recherche multisites menée suivant une méthodologie de cas isolés contrôlés à partir de psychothérapies en cabinet et respectant les conditions cliniques naturelles. Le second objectif était de considérer l'intérêt que cette recherche pouvait avoir pour les cliniciens qui y participeraient, en considérant d'une part, les bénéfices éventuels qui pouvaient être retirés de ce travail d'analyse de l'évolution d'un cas en relation à un groupe de pairs et d'autre part, la signification clinique des résultats et la façon dont ils pourraient être utilisés dans la perspective d'un réseau de pratique clinique de plus grande envergure.

La recherche a impliqué trois thérapeutes, tous formés à la psychothérapie et ayant une expérience de plus de 20 ans en cabinet libéral. C'est une étude pragmatique de cas, le terme «pragmatique» qualifiant le cas en situation clinique effective visant des objectifs réalisables. L'étude rend compte de séances de psychothérapie de patients «réels» en situation naturelle avec le psychothérapeute. Concernant les résultats, l'hypothèse était que les critères d'amélioration du patient ne se limitent pas à la gravité des symptômes initiaux et à leur disparition, mais concernent également des fonctionnalités telles que la gestion des difficultés, l'autonomie, les relations interpersonnelles et sentimentales, l'utilisation des capacités et les sources d'intérêt. Ces dimensions ont donc été prises en considération dans le dispositif de recherche. Concernant le processus, les instruments sélectionnés sont appliqués au corpus existant, plutôt qu'en direct sous la forme d'entretiens dirigés ou d'autoquestionnaires de façon à ce que le déroulement naturel de la psychothérapie soit aussi peu modifié que possible par le dispositif de la recherche. L'objectivité des jugements et leur fiabilité ont été assurées par le groupe de pairs. Le protocole évalué a été adapté de celui dont les grandes lignes sont décrites dans [34] (Fig. 1). Du point de vue du séquençage temporel, le protocole comprend trois grandes étapes : évaluations initiales, évaluations intermédiaires et évaluation à un an.

### Évaluation initiale approfondie et formelle

L'évaluation initiale, qui conditionne la qualité de la recherche, porte sur les trois premiers entretiens d'un patient sélectionné de façon aléatoire par l'ordre de sa prise de rendez-vous à partir d'un temps  $t$  déterminé. Elle réunit des données démographiques, quantitatives et qualitatives qui permettent d'appréhender la situa-

tion générale du patient à son entrée, de préciser son état psychopathologique et fonctionnel et de poser un diagnostic catégoriel, l'ensemble constituant la ligne de base du protocole, qui va servir de repère au suivi des données. Elle s'effectue chronologiquement en trois temps.

*Prise de notes, diagnostics, objectifs et stratégie.* Les données des séances sont prises en notes par le thérapeute, l'enregistrement, à ce stade, ne paraissant ni possible, ni souhaitable dans une perspective naturaliste. Elles sont aussi complètes que possible et contiennent ce que dit le patient, mais aussi ses attitudes corporelles, les interventions du thérapeute, ce que le thérapeute pense pendant la séance, l'atmosphère de la séance [24].

Ces données sont transmises sous forme électronique aux autres membres du groupe de pairs (non présents durant la séance). Le thérapeute et les pairs ont alors pour mission de répondre chacun indépendamment et, sans se concerter, aux trois questions suivantes :

- 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 ?

Le thérapeute recueille ces réponses et retransmet l'ensemble accompagné de ses propres cotations. Une discussion entre les participants a lieu par vidéoconférence.

*Formulation du cas.* Le thérapeute constitue la formulation du cas, en établissant une synthèse des données et des avis recueillis par les membres du groupe de pairs, organisée suivant cinq registres diagnostiques et un registre thérapeutique : symptômes et problèmes ; événements stressants et précipitants, contexte ; événements de vie ou stress prédisposants ; développement et conflits ; mécanismes de défense ; objectifs du traitement et stratégies envisagées pour les atteindre. 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 » [10]. Elle est accompagnée des objectifs de la psychothérapie et d'une présentation du cadre technique envisagé pour les atteindre. Cette formulation du cas est utile au clinicien, comme au chercheur. Elle est utile au clinicien car elle organise les informations nombreuses, complexes et parfois contradictoires et accroît la compréhension que le thérapeute peut avoir de son patient. Elle sert de guide de traitement, augmente la cohérence des interventions et constitue un réel repère au progrès (ou non) du patient. La formulation de cas est évolutive : elle s'enrichit au fur et à mesure des nouvelles informations. Autant qu'au clinicien, elle apporte au chercheur la possibilité d'un bon suivi longitudinal (du fait qu'elle est complétée régulièrement par le clinicien au fur et à mesure du recueil des informations), une prise en compte de la complexité de la situation clinique et un repérage des facteurs de changements possibles. Dans un deuxième temps, elle permet également d'apparier les cas qui auront une physionomie

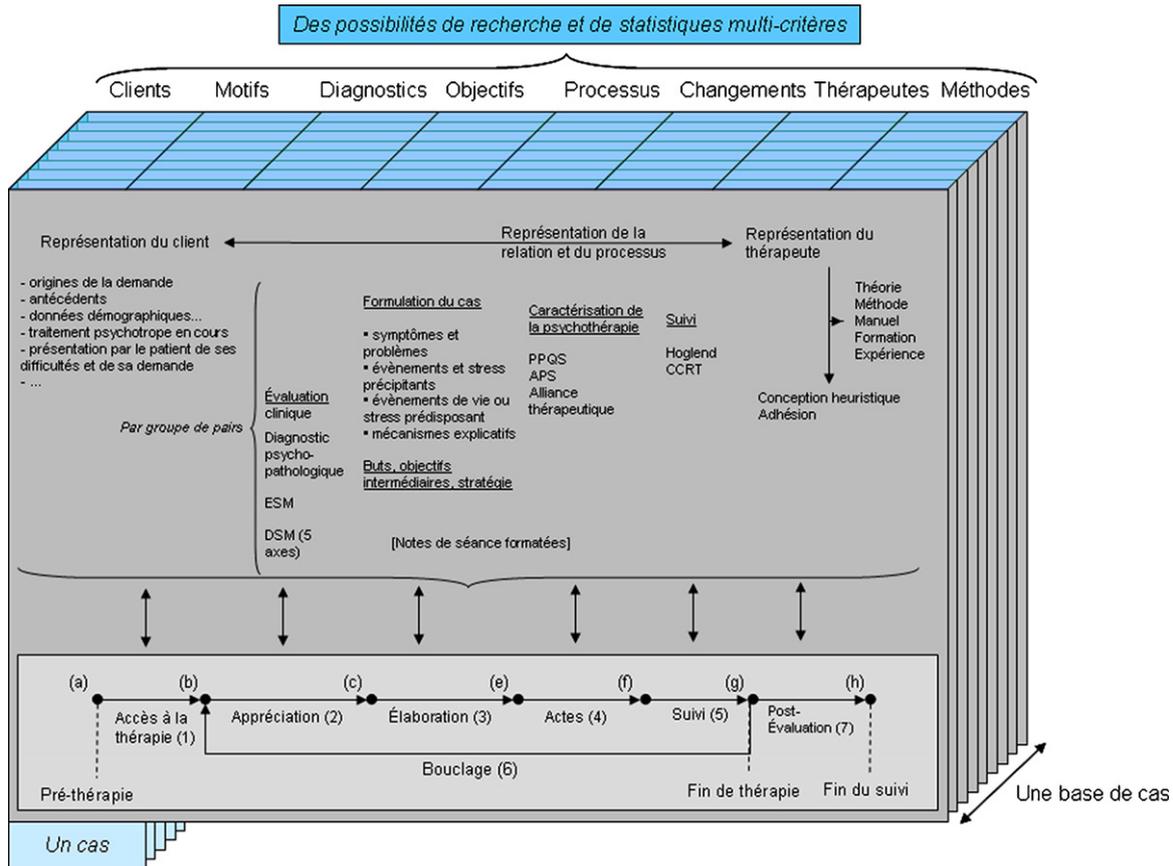


Figure 1 Organisation générale du protocole testé, d'après [34].

semblable sur certains points, ce qui est potentiellement la source de multiples entrées de recherches futures et constitue le mécanisme de base du *case-based reasoning*.

**Mesures quantitatives et données catégorielles.** Les mesures quantitatives et les données catégorielles de base du cas correspondent à l'utilisation de deux instruments standardisés et applicables à tout type de thérapie, l'échelle santé-maladie (ESM) et le DSM. Deux autres instruments viennent compléter les mesures sur des aspects plus spécifiques, à partir du deuxième mois de la thérapie : les échelles de Hoglend et al. [19] et le *psychotherapy process Q-set* (PQS) [22]. Cet ensemble d'instruments permet d'aborder de manière classique les symptômes et, de manière plus large, le fonctionnement de l'individu dans différents registres, tout en offrant la possibilité de réaliser des études comparatives avec d'autres recherches aux niveaux national et international. L'ESM de Luborsky [30] 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 cinq points. Chaque description de cas-type comprend des informations sur chacun des sept critères : l'autonomie, la gravité des symptômes, le malaise ou la détresse, les effets sur l'entourage, l'utilisation des capacités, les relations interpersonnelles, les sources d'intérêt. L'ESM est, à la fois, un outil quantitatif puisqu'il mesure un niveau et qualitatif, car

cette mesure est construite en référence à des cas-types et à différents critères qui les caractérisent. Le DSM est une approche essentiellement catégorielle qui repose sur un modèle médical de diagnostic. L'utilisation du DSM-IV [17] offre la possibilité de suivre l'évolution symptomatique et d'avoir des comparaisons d'étude, puisqu'il est une référence incontournable dans toutes les études internationales.

### Évaluations intermédiaires

Deux instruments sont utilisés pour les évaluations intermédiaires : les échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques de Hoglend et le *psychotherapy process Q-set* [1]. 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 du fonctionnement interpersonnel, de l'*insight* ou de la tolérance affective du fonctionnement du sujet dans sa vie quotidienne. De même parfois, les symptômes existent toujours, mais sont mieux tolérés et le fonctionnement global du sujet s'améliore. Les évaluations de changement purement symptomatiques apparaissent donc insuffisantes et les échelles de Hoglend visent à pallier ce manque. Elles décrivent des prédispositions internes, des ressources psychologiques, des capacités ou des aptitudes qui peuvent être mobilisées par la personne, afin d'atteindre une adaptation et une vie satisfaisante, en explorant cinq dimensions : relations interpersonnelles amicales et fami-

liales, 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 dix en dix suffisamment explicite pour que les cotateurs rapprochent au plus près la description des critères du cas qu'ils ont à évaluer. Le *psychotherapy process Q-set* mis au point et utilisé pour étudier les processus de différentes techniques est un instrument d'évaluation du processus psychothérapeutique qui comporte 100 items décrivant les attitudes, les comportements, les expériences du patient en séance, les actions et les attitudes du thérapeute en séance et la nature de leurs interactions. Chacun des 100 items doit être classé par le cotateur dans l'une des neuf catégories allant 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. 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. La méthode est conçue pour être appliquée à une transcription enregistrée en audio ou vidéo ou une transcription in extenso des séances de traitement. D'un point de vue pratique, une cotation individuelle 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). Le PQS est conçu comme un instrument quantitatif, mais son utilisation conjointe dans une perspective qualitative est également possible et utile.

#### 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. Elle permet de commencer à avoir une perspective longitudinale du cas et d'obtenir un premier aperçu des résultats obtenus sur les variables étudiées. La diversité des variables quantifiées permet d'obtenir une évaluation plus précise de l'évolution psychodynamique du patient, pouvant révéler des améliorations dans certains domaines et des stagnations ou détériorations dans d'autres. Ces résultats peuvent permettre de préciser au clinicien les orientations dans la poursuite du traitement [31].

#### Évaluation du protocole

Après application du protocole à six patients (ce qui correspondait au nombre de patients par praticien choisi initialement en fonction de la faisabilité), les conclusions sont les suivantes :

##### Concernant sa faisabilité générale

- Avec une méthodologie répondant aux meilleurs critères actuels de qualité, il est possible de mener une recherche évaluative processus résultats dans les conditions cliniques naturelles de la pratique en cabinet avec des

patients qui ne sont pas sélectionnés en fonction de leurs troubles, mais de leur ordre d'arrivée.

- Le travail collaboratif à distance utilisant une plate-forme *e-chat* et vidéoconférences est possible et efficace, ce qui lève l'obstacle classique des réunions présentiels, extrêmement coûteuses en temps et en argent, et le plus souvent impraticables. Les données ont été stockées et organisées dans un espace sécurisé réservé au groupe de pairs. Par ailleurs, des outils logiciels permettant la saisie directe des réponses au PQS et un travail par base de données facilitant les recherches dans les corpus établis ont été élaborés et leur utilisation s'est avérée efficace.
- L'utilisation des instruments nécessite un apprentissage. Ils sont plus ou moins faciles à intégrer. Le DSM-IV-TR est normalement de pratique usuelle pour les professionnels de la psychothérapie. L'ESM et les échelles de Hoglend sont rapidement maîtrisables. 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 : l'analyse de trois séances a été nécessaire aux auteurs pour maîtriser l'outil. Les instruments utilisés répondent bien aux critères cliniques et de recherche qui étaient envisagés, à savoir permettre l'évaluation des symptômes, des différentes fonctionnalités de la personne et des fondamentaux de la santé mentale.
- La question de la fidélité interjuge, centrale en raison de la composante multicentrique de l'étude, a pu recevoir une première réponse. La procédure d'accord interjuges a été conçue en deux étapes. La première étape est celle d'une cotation individuelle de chaque juge à partir d'instruments validés. La seconde est une réunion d'analyse des résultats et de convergence vers un score global. Cette méthode a été utilisée pour améliorer la fiabilité des cotations d'instruments qui peuvent demander une période d'adaptation pour des cliniciens qui sont isolés et ne les connaissent pas parfaitement, notamment en repérant les biais de cotation et pour formaliser les causes rationnelles de divergence. Les scores de chaque étape sont conservés. En ce qui concerne les instruments quantitatifs, nous avons retenu pour les cotations individuelles de l'ESM (échelle cotée de 1 à 100) les deux mesures principales : estimation globale santé-maladie (A) et moyenne des mesures des sept sous-domaines (B) pour évaluer les divergences à partir des cas évalués. L'amplitude de l'écart intercotateurs moyen varie de 0 à 20 pour la mesure A (moyenne = 11) et de 3,57 à 17,14 pour la mesure B (moyenne = 8,8). Pour les PQS à deux mois, l'écart intercotateurs moyen varie de 0 à 2,50 avec un mode à 0,44 (Fig. 2). Le nombre de cas de cette étude pilote est insuffisant pour calculer les indicateurs statistiques de fidélité, mais il a permis de mettre à jour un certain nombre de questions et d'envisager des solutions pour la suite. Ainsi, pour l'ESM, certaines dimensions (par exemple, les capacités individuelles), peuvent être difficiles à cerner en quelques entretiens et dans un contexte d'inhibition ou de dysharmonies de la personne. Pour le PQS, une grande partie des divergences initiales entre cotateurs provenait de la formulation inversée de certaines questions et de la non prise en compte

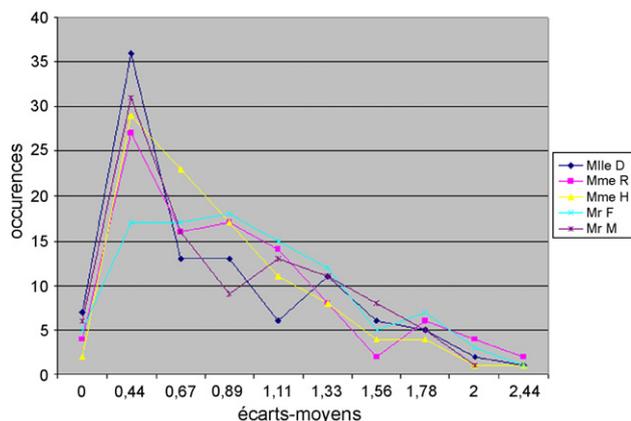


Figure 2 Distribution des écart-moyens des PQS à deux mois.

de la finesse de certaines recommandations des auteurs des instruments (exemple : « coter neutre si aucune référence n'est faite aux interruptions du traitement ni à sa fin, » placer vers caractéristique si elles sont discutées et placer vers non caractéristique si les vacances sont « mentionnées » dans la conversation). Une autre source de divergence provient de la nécessité de respecter, conformément à la conception de l'instrument, une courbe précise de répartition des cotations, qui rendent équivalentes dans les faits des cotations divergentes de un point, voire de deux. Tous les éléments de divergence ont été consignés et seront décrits dans les formations de groupes de pairs et les instructions de passation. La procédure mise en place pour contrôler la fidélité inter-juge et élucider les raisons de divergences éventuelles fait partie intégrante du dispositif mis en place pour chaque groupe de pair, ce qui garantit la reproductibilité du processus. Par ailleurs, la qualification précise de la formalisation additionnelle de la seconde étape sur les pratiques professionnelles et sur les résultats constitue un des développements actuellement envisagés de l'étude.

- L'utilisation des enregistrements audio, qui n'était pas mise en place chez les premiers patients, a été testée chez les suivants pour les entretiens intermédiaires destinés à la caractérisation du processus. L'utilisation de ce dispositif soulève, on le sait, de nombreuses controverses chez les professionnels, mais il s'avère qu'il n'a en fait posé aucun problème ni au patient, ni au thérapeute et qu'il représente une source non négligeable d'apport fiable sur les interactions thérapeute patient dans la psychothérapie. Ces enregistrements ont, par ailleurs, confirmé la validité des prises de notes extensives, puisque aucune différence significative n'a été notée entre le texte des notes adressé immédiatement après la séance et le verbatim réalisé ultérieurement, à partir de l'enregistrement.
- L'investissement en temps des praticiens, qui peut être un facteur bloquant pour leur participation à ce type de dispositif, a été évalué pour chaque cas entré dans le protocole à une vingtaine d'heures sur une année (un peu plus pour le clinicien en charge du patient dont il doit rédiger les notes), ce qui représente à peine deux heures

par mois, investissement largement compensé pour les auteurs par les bénéfices constatés.

- L'accord de chaque patient a été sollicité systématiquement à partir du moment où il était susceptible de s'engager dans une psychothérapie et d'être inclus dans le protocole. Il a été obtenu dans tous les cas.

### Concernant l'intérêt des résultats pour le clinicien et le développement ultérieur de recherches comparatives

On trouvera un exemple résumé de la présentation des résultats obtenus à l'aide des instruments pour une thérapie donnée dans la Fig. 3, pour la description détaillée du cas, voir [28].

- Le protocole permet de répondre de façon affirmative à la première question de départ, la possibilité d'évaluer les changements associés à la psychothérapie de troubles complexes et de se donner les moyens de répondre à la seconde (la stratégie thérapeutique optimale).
- Les critères d'amélioration ne se limitent effectivement pas à la gravité des symptômes initiaux et à leur disparition, mais ils concernent également des améliorations de fonctionnement de la personne à différents niveaux tels que l'autonomie, les relations interpersonnelles, l'adaptation au stress, l'insight, etc. Des changements symptomatiques et fonctionnels ont été repérés et objectivés par des mesures de résultats et de processus utilisant des instruments validés.
- L'utilisation d'un instrument d'autoévaluation par le patient ou le recueil, au cours d'un entretien, de son opinion sur les évolutions qu'il a pu constater s'avère indispensable. De nombreuses recherches mettent, en effet, l'accent sur la nécessité de disposer de l'apport du patient directement dans le suivi de sa psychothérapie, à mettre en relation avec celui du thérapeute et celui des cotateurs externes. Les auteurs ont évalué le CORE [8] qui permet de compléter de façon pertinente les données des séances. L'instrument nécessite peu de temps pour sa passation (utilisable en salle d'attente par exemple), il est intéressant dans l'évaluation des facteurs de risque pour le patient et peut donc servir d'avertisseur pour le clinicien. Cependant, les items proposés par le CORE semblent restreints en comparaison à d'autres. L'autoquestionnaire le plus adapté reste donc encore à déterminer. Les entretiens d'évaluation par le patient de sa psychothérapie réalisés à sa terminaison et enregistrés ont apportés des éléments qui n'avaient pas été envisagés, comme l'acquisition d'une capacité de réflexion et d'analyse des situations.
- La définition de la meilleure stratégie thérapeutique suppose nécessairement de pouvoir caractériser la psychothérapie, autrement dit, de pouvoir suivre son déroulement général et les stratégies qui sont mises en œuvre à différentes étapes. L'utilisation du PQS a effectivement permis de montrer que les attitudes et les interventions du thérapeute évoluaient en fonction des caractéristiques des patients et des différentes phases de la thérapie. L'hypothèse selon laquelle « suivant les

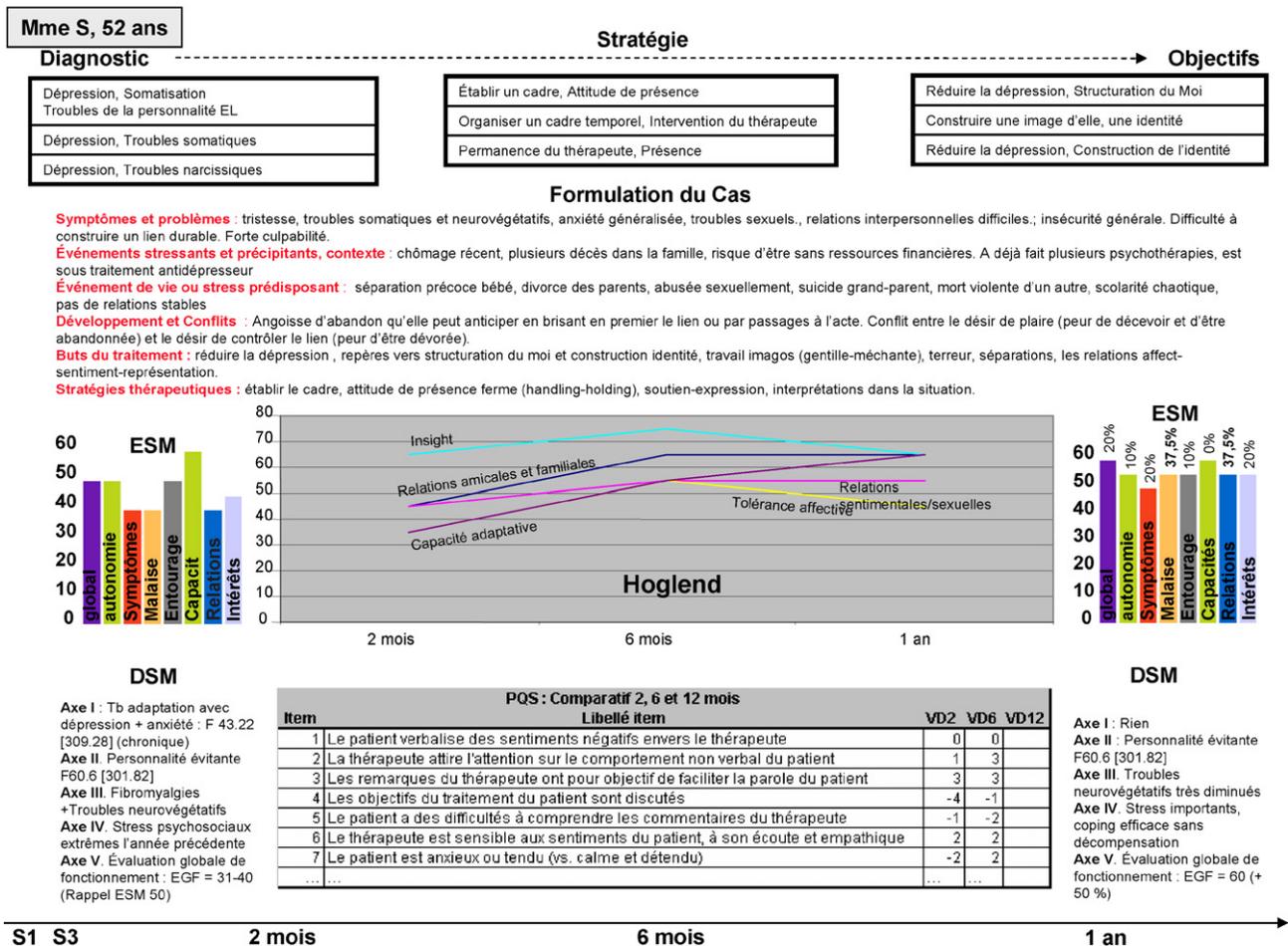


Figure 3 Instruments et résultats : l'exemple de Mme S (correspond au lien « synthèse complète » de la Fig. 5).

particularités du patient et le moment de la thérapie, la technique utilisée ne relève pas d'une théorie figée »<sup>5</sup> a pu être vérifiée. Les études de processus naturalistes prospectives, comme celle-ci, s'avèrent effectivement un moyen particulièrement pertinent pour tenter de répondre à la question des meilleures stratégies pour un type de patient donné dans un contexte donné ; elles peuvent devenir un outil de connaissance supplémentaire pour les cliniciens par la description qui leur est fournie des principales caractéristiques et notamment du style de la psychothérapie qu'ils conduisent.

Ces différents éléments apportent les informations recherchées par l'étude pilote ici présentée, afin de pouvoir se prononcer sur la faisabilité et l'intérêt d'une étude processus-résultats en milieu naturel répondant au *gold standard* [29]. La faisabilité est établie, tant du point de vue du recueil des données par le praticien lui-même que du temps nécessaire pour leur formalisation en groupe de pairs à partir des outils utilisés (deux heures par mois

par praticien). Dans le contexte actuel de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue, les psychiatres sont amenés à rendre compte de leur pratique clinique de façon plus formelle, avec tenue d'un dossier médical qui contient nombre d'éléments présentés et testés dans ce protocole [37]. Tous les outils utilisés dans cette procédure ont une valeur clinique réelle, ils s'appliquent à tous les types de psychothérapies. Ils sont rapidement maîtrisables. Cette recherche permet aux psychothérapeutes d'approfondir leur connaissance et d'améliorer leur pratique.

Cette étude et le dispositif tel qu'il est mis en place actuellement, ne permettent cependant de répondre qu'à une partie des questions posées. En particulier, il s'agit d'une recherche d'évaluation pré/pendant/post thérapie sans sujets témoins, ce qui diminue sa validité interne. C'est le problème de toute recherche naturaliste sur cas isolés, mentionné en introduction. La résolution de ce problème et l'atteinte du niveau d'études quasi-expérimentales en milieu naturel de haute représentativité clinique, nécessite la mise en place d'un réseau de recherche centré sur les pratiques, structuré par des groupes de pairs multiples, utilisant un système de gestion de base de données de cas adapté, permettant des comparaisons de cas, des recherches et des analyses heuristiques, ainsi qu'une masse critique de cas permettant d'atteindre la puissance statistique nécessaire

<sup>5</sup> Hypothèse reposant sur les résultats de plusieurs études ayant montré que les psychothérapeutes pratiquant une méthode de psychothérapie pouvaient en fait utiliser différentes techniques issues d'autres méthodes [2].

à la preuve. C'est la définition précise de ce dispositif, sur les plans méthodologiques, techniques, organisationnels et stratégiques que nous présentons dans les pages suivantes.

### **Quel dispositif technique pour une recherche fondée sur une base de données d'études pragmatiques de cas constituée par des groupes de pairs ?**

La mise en place d'un système informatique est requise pour une mise en œuvre opérationnelle du dispositif méthodologique qui vient d'être présenté. Ce système est destiné à satisfaire les besoins tant des praticiens de la psychothérapie que des chercheurs dans ce domaine.<sup>6</sup> Cette section en présente les spécifications fonctionnelles.<sup>7</sup> Les praticiens ont vocation à utiliser le système pour y trouver les données nécessaires à la construction et au suivi du plan de psychothérapie pour les patients pour lesquels ils éprouveront le besoin d'y avoir recours, la participation à une communauté de pairs, leur formation permanente et les réflexions et travaux personnels qu'ils seront intéressés à conduire... Les chercheurs seront plutôt intéressés par l'utilisation du système aux fins d'analyse des données que constituent les cas, de construction de modèles descriptifs et prédictifs et de leur évaluation, de constitution d'une communauté de recherche... Globalement, le système en question est un dispositif classique de gestion de base de données, assorti des interfaces d'utilisation adaptées à l'activité de ses utilisateurs, des modules de traitement nécessaires, et des logiques de navigation idoines. On y retrouve les grandes fonctionnalités des systèmes de ce genre : (1) la saisie des données (ici les cas, dont les données sont organisées dans des protocoles – séquençement temporel de l'utilisation d'instruments); (2) le stockage de ces données (ici dans une base de données centralisée localisée sur un serveur sécurisé); (3) la recherche de ces données (par exemple, pour répondre à des questions telles que : «quels sont tous les cas dont la technique utilisée est psychanalytique, qui concernent des patients phobiques de plus de quarante ans et dont l'évolution symptomatique à l'ESM est favorable en moins de trois mois?»); (4) l'affichage des données, selon des modes de présentation adaptés aux activités, aux compétences et à la formation de l'utilisateur (par exemple, l'affichage d'un tableau de synthèse spécifique pour chaque patient, différent pour le praticien et le chercheur, qui souhaitent disposer de présentations spécifiques à leurs besoins); (5) les traitements sur les données (par exemple, différentes statistiques, tris, agrégations...). Enfin, dans la mesure où le protocole de recherche proposé est collaboratif (en groupes de pairs), le système devra fournir (6) les fonctionnalités nécessaires à la coopération au sein des groupes de pairs

<sup>6</sup> Il s'agit ici d'une distinction de fonctions et non de personnes, toutes les combinaisons étant évidemment possibles (praticien non chercheur, chercheur non praticien, praticien-chercheur, chercheur-praticien).

<sup>7</sup> C'est-à-dire les principales fonctions que doit réaliser le système indépendamment de ses modalités de mise en œuvre technique précises.

(vidéoconférence, *e-chat*...). Afin de faciliter au maximum l'accès et l'adaptation au système, celui-ci utilise les technologies et les principes ergonomiques du Web, aujourd'hui maîtrisés par la très grande majorité des usagers potentiels.

### **Saisie des données**

Le matériau de base du dispositif est bien évidemment l'ensemble des cas, sur la base de protocoles comparables de collecte de l'information, avec utilisation d'outils validés et comparables. La constitution de chaque cas nécessite plusieurs éléments (l'ensemble de ces éléments, correspondant à ceux énoncés en section «quels protocoles, outils et méthodes pour une recherche processus-résultats en milieu naturel?», ci-dessus, est synthétisé (Fig. 4)).

### **Recueil, formalisation et stockage des données brutes**

Les données brutes sont constituées des enregistrements audios, des retranscriptions des séances (qui respectent un format systématique pour la représentation des interactions verbales et non verbales), des retranscriptions, des impressions, opinions, sensations... du thérapeute. L'ensemble est saisi en temps réel, ou après la séance, selon les méthodes de travail et les préférences du thérapeute et du patient. Des interfaces adaptées à l'activité et à l'utilisateur permettent la saisie de ces informations, la vérification de leur validité. Les données saisies sont cryptées pour assurer la confidentialité et sont stockées dans une base de données centralisée, stockée sur un serveur sécurisé et sur l'ordinateur du praticien.

### **Transmission automatique des données aux membres du groupe de pair pour cotation**

Les membres du groupe de pairs formulent indépendamment, sur la base des données transmises, les diagnostics, objectifs et stratégies qui sont associés au cas.

### **Téléréunion du groupe de pair préalable à la formulation du cas**

La téléréunion utilise des outils d'aide à la coopération généraux et spécialisés, qui permettent une discussion collective autour des données du cas et la constitution progressive de la formulation du cas. L'ensemble des interactions entre les membres du groupe de pairs est enregistré, ce qui permet une traçabilité des mécanismes de prise de décision.

### **Formulation du cas par le thérapeute**

Les six registres de formulation du cas sont remplis par le thérapeute. Chacun des items saisis peut être mis en relation avec les éléments (données des séances, discussions du groupe de pairs...) qui le justifient. Cette formulation est validée par le groupe de pairs.

### **Mesures quantitatives et données catégorielles**

Les instruments utilisés pour l'évaluation initiale, en l'occurrence le DSM et l'ESM, sont présentés dans le logiciel assortis d'interfaces spécialisées de recherche et de saisie (on en trouvera un exemple Fig. 5, partie supérieure),

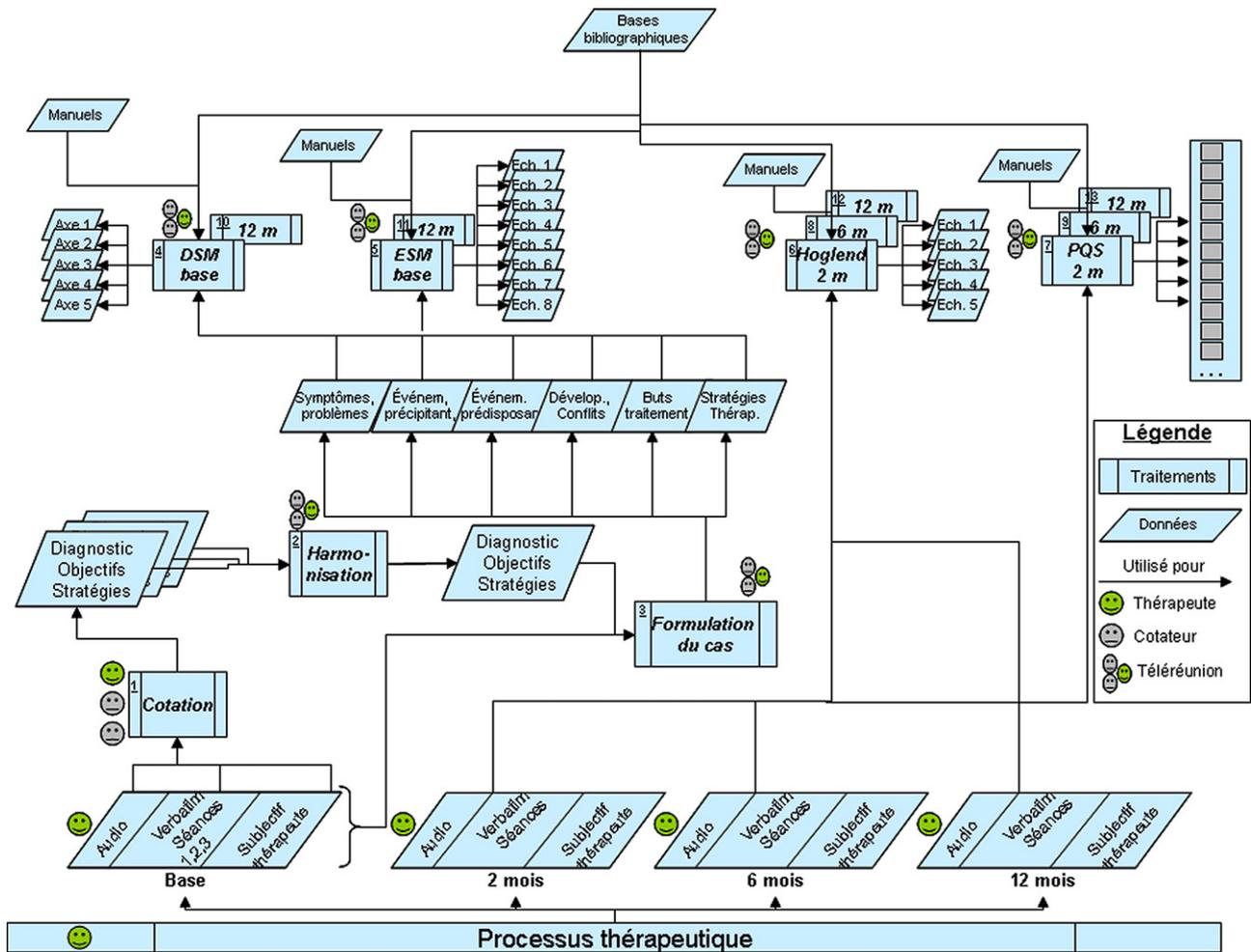


Figure 4 Données et traitements requis pour la mise en place du protocole.

qui permettent de renseigner les items pertinents pour chacun d'eux, et de les associer avec les éléments du cas qui justifient les choix. Le même processus est utilisé pour les évaluations intermédiaires, avec les échelles de Hoglend et le PQS.

À tout moment, tous les membres du groupe de pairs ont accès aux données catégorielles et quantitatives. Des téléreunions thématiques à des moments précis sont précisées par le protocole, qui permettent une élaboration collective argumentée des décisions prises pour les cotations.

### Saisie du CORE

Les questionnaires d'autoévaluation (ici le CORE) sont renseignés par le patient, sur papier, ce qui nécessite une ressaisie ultérieure ou directement sur écran ou sur PDA.

### Suivi et analyse de chaque cas

#### Un ensemble d'outils de visualisation et de tableaux de bord

Ces outils de visualisation synthétiques, dont on peut voir une illustration (Fig. 3), permettent un suivi du cas à différents niveaux de granularité. Des tableaux de bord

différents peuvent être constitués par le thérapeute pour suivre différents instruments ou différents items particuliers de ces instruments qui lui paraissent pertinents pour mener la thérapie. Les données synthétiques peuvent être désagrégées pour accéder aux données plus élémentaires qui les constituent. Par exemple, en cliquant sur un « diagnostic » de l'axe 1 du DSM formulé pour le patient, on pourra accéder directement aux données des séances, des discussions du groupe de pair ou du manuel lui-même qui justifient ce diagnostic, ainsi qu'à la littérature pertinente sur le sujet, par recherche automatique dans les bases internationales (requête MESH, par exemple) ou dans la base locale du clinicien. En cliquant sur un « événement de vie prédisposant » du troisième registre de la formulation du cas (voir Fig. 3), on pourra accéder à tous les éléments des séances qui concernent ce thème, à ce qui en est dit, et aux items du PQS associés, par exemple.

#### Des outils de comparaison de valeurs de paramètres au cours du temps

Il s'agit de pouvoir suivre au cours du temps l'évolution de différents paramètres pertinents. Des accès spécifiques peuvent être définis par le clinicien ou le chercheur pour accéder à des patterns qu'il pense pertinents pour la

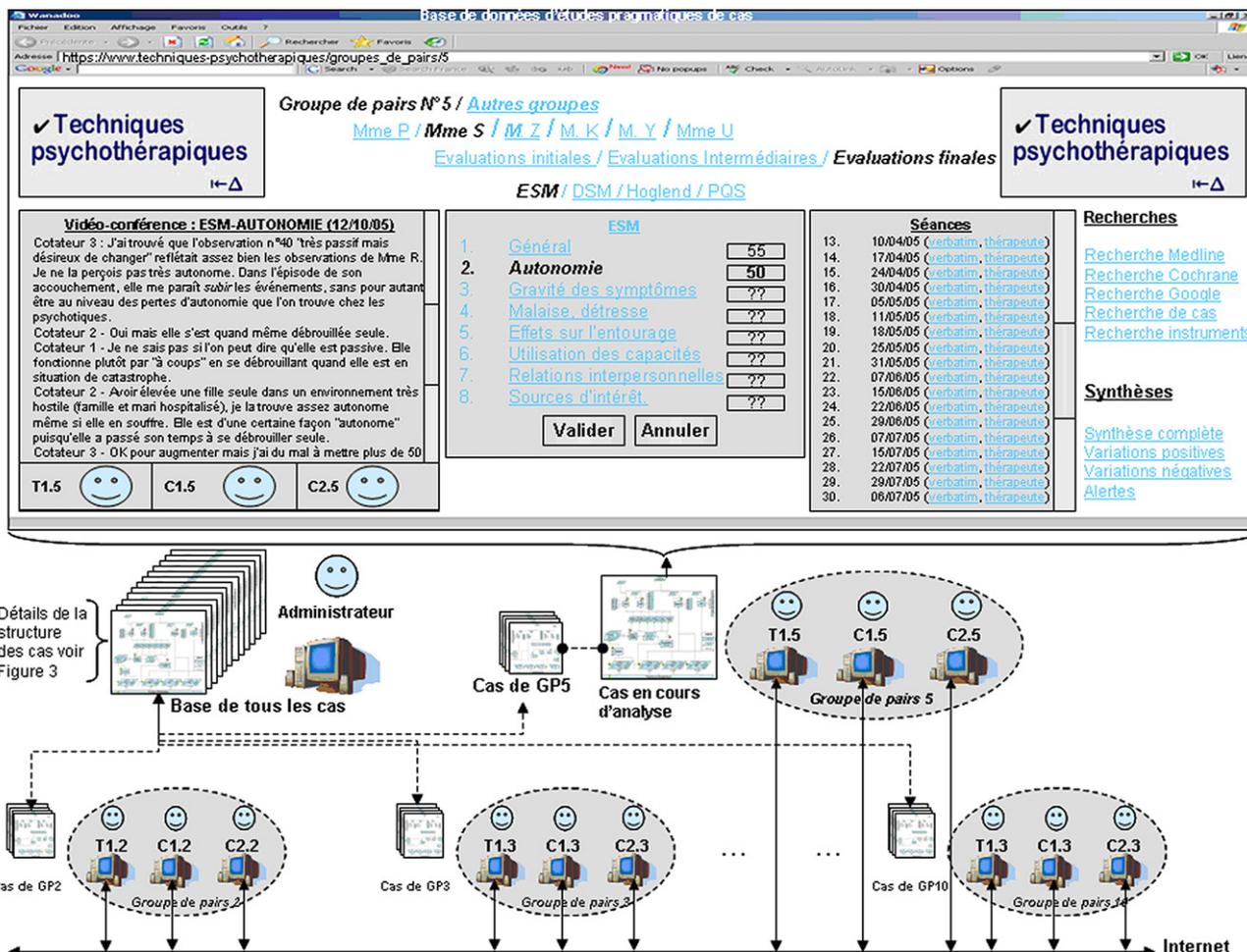


Figure 5 Architecture réseau et interface d'accès aux cas.

conduite de la thérapie ou le protocole de recherche, l'information pouvant être accessible en mode *pull* (consultation de l'interface par l'utilisateur), ou *push* (envoi de l'information à l'utilisateur – par email, canal RSS...).

### Recherche dans la base de cas

#### Possibilité de définir des critères pour un ensemble de cas similaires

Lorsqu'ils construisent les diagnostics, objectifs, stratégies (processus qui sont rappelons-le itératifs tout au long de la thérapie), le thérapeute et les membres du groupe de pairs peuvent utiliser, de façon complémentaire à la recherche bibliographique traditionnelle, un raisonnement inductif « basé sur les cas » (*case-based reasoning*). Le raisonnement fondé sur les cas repose sur l'induction de caractéristiques communes à partir de cas « similaires ». La notion de similarité est ici dépendante des objectifs visés par le thérapeute. Il peut, par exemple, s'intéresser à tous les cas qui présentent des symptômes similaires à ceux de la personne suivie, pour voir les diagnostics qui ont été portés. Il peut chercher à connaître tous les traitements qui ont été entrepris pour des cas similaires au sien et les résultats obtenus. Il peut rechercher les cas dont les objectifs sont similaires à ceux qu'il envisage, voir les trai-

tements qui ont permis d'atteindre ces objectifs, quelles étaient les formulations de cas et données quantitatives et catégorielles correspondantes. Il peut enfin s'intéresser aux caractéristiques des séances qui se sont déroulées pour des profils similaires à ceux de son patient et aux attitudes spécifiques du thérapeute dans ces situations, telles qu'elles apparaissent, par exemple, dans le PQS. En bref, le thérapeute doit pouvoir formuler des requêtes de recherche pour retrouver des cas selon tous critères et assemblage de critères qui lui semblent pertinents pour l'aider dans la thérapie qu'il entreprend avec son patient (Fig. 5).

#### Possibilité de naviguer dans les cas

Si la recherche par requête permet une sélection directive de cas en fonction de critères spécifiques (l'équivalent de demander des ouvrages dans une bibliothèque en donnant un ensemble de mots clés), la navigation permet de se déplacer dans la base de cas en déterminant ses critères de parcours au fur et à mesure de la lecture (l'équivalent de se déplacer dans les rayonnages d'une bibliothèque, sélectionner les ouvrages par lesquels on est inspiré et rebondir ainsi de proche en proche. C'est aussi le mode caractéristique de la navigation hypertexte sur le Web). La navigation favorise l'exploration libre d'un domaine et la découverte de choses inattendues (sérendipité). Complémentaire à

l'approche hypothético-déductive destinée à tester la validité des modèles, cette approche inductive est destinée à faciliter la constitution d'hypothèses et de modèles, phase de créativité indispensable à la production de nouvelles connaissances. Enfin, l'analyse résultat-processus quasi-expérimentale requiert la possibilité de constituer dynamiquement des groupes traitement et des groupes témoins, en fonction de critères spécifiques. La randomisation est assurée par le principe même de constitution des cas, en fonction des patients arrivant au hasard dans les files actives des thérapeutes. Ces groupes constitués, qu'ils le soient a priori ou a posteriori, les procédures usuelles d'analyse de données utilisées dans les essais contrôlés ou les études épidémiologiques peuvent être utilisées pour produire des analyses statistiques.

### Architecture

L'architecture proposée est une architecture client-serveur simple. L'accès au système se fait par un client web standard (Internet Explorer...) sans aucune installation additionnelle sur le poste client. L'interface homme-machine est une interface web standard, qui regroupe en un même écran, les différents éléments nécessaires à l'analyse d'un cas pour chaque étape du protocole et permet de parcourir les différentes étapes du protocole de façon contrôlée (voir Fig. 5).

### Conclusion, limites et perspectives

Les propositions de cet article s'appuient sur celles initialement présentées dans [34]. Elles sont développées afin de proposer des spécifications pour un dispositif méthodologique et technique opérationnel pour une recherche évaluative processus-résultats en milieu naturel, qui permette de dépasser les limitations du *gold standard* de recherche actuelle. Le dispositif méthodologique proposé a été évalué et a fait la preuve de son intérêt et de sa faisabilité. Le recours à un dispositif technique informatique est maintenant nécessaire pour faire passer le dispositif au niveau d'une mise en œuvre en grandeur réelle. Des spécifications générales pour un tel système ont été proposées. Si la réalisation d'un tel système ne pose aucune difficulté technique particulière, le succès du dispositif repose sur la possibilité d'atteindre une masse critique de cas suffisant pour réaliser des études intéressantes. Cela requiert la mobilisation d'un nombre suffisant de thérapeutes motivés et intéressés par le sujet. Dans un premier temps, une évaluation pilote de la base de données va être conduite sur un prototype, qui permettra d'affiner les spécifications, l'ergonomie et de mettre en évidence les fonctionnalités utilisées qui n'auraient pas encore été envisagées. Le bilan tiré de cette évaluation permettra la formulation définitive du dispositif utilisable en vraie grandeur. Les modalités permettant la mobilisation des praticiens et des chercheurs restent à définir. Les nouvelles réglementations relatives à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la formation permanente des professionnels de santé mentale pourraient offrir un cadre propice. Cependant, loin d'être une nouvelle définition d'un dispositif contraignant, limitatif et destiné à une

évaluation « descendante » et « normalisée » des professionnels par les instances, notre proposition est précisément une tentative de redonner à ceux-ci la possibilité de se réappropriier la maîtrise de leurs pratiques, de leurs recherches et de leurs formations. La nouvelle génération de recherche « centrée sur le patient » dans laquelle s'inscrit notre proposition, plus intéressée par des changements cliniquement significatifs pour le patient singulier que par des changements statistiquement significatifs pour des groupes agrégés, offre un potentiel réel d'amélioration des pratiques psychothérapeutiques et des résultats pour les patients [27]. Il s'agit de tirer le meilleur du dispositif traditionnel de formation en psychothérapie, à base d'études de cas individuelles, de contacts humains directs, de formation personnelle du thérapeute, de reconnaissance inconditionnelle de la singularité incontournable de chaque patient et des possibilités offertes par *l'evidence-based psychotherapy*, sans se laisser aller ni au renoncement devant la complexité, ni à la tentation techno scientiste de réduire celle-ci à quelques procédures standardisées.

### Références

- [1] Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIHM treatment of depression collaborative research Program. *Am J Psychiatry* 2002;159:775–83.
- [2] Ablon S, Maci C. Psychotherapy process: the missing link. A comment on Westen, Morrison and Thompson Brenner. *Psychol Bull* 2004;130(4):664–8.
- [3] APA. Presidential task force on evidence-based practice American Psychological Statement. <http://forms.apa.org/members/ebp/ebp.pdf> 2005.
- [4] Barber JP, Muenz LR. The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(5):951–8.
- [5] Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev* 2005;25:459–86.
- [6] Briffault X. Évaluation d'efficacité et de coût-efficacité des thérapies brèves de la dépression : synthèse. *Pour La Recherche* 2005;45:10–1.
- [7] Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 2001;52:685–716.
- [8] CORE (Clinical outcome routine evaluation). Site Internet de présentation et de téléchargement des instruments. <http://www.coreims.co.uk/index.php>.
- [9] Danion JM, Etiemble J. Pourquoi et comment évaluer l'efficacité des psychothérapies, quotidien du médecin 09 05 2005.
- [10] Eels TD. Formulation. In: Hersen M, Sledge W, editors. *The encyclopedia of psychotherapy*. New York: Academic Press; 2002. p. 815–22.
- [11] Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, et al. Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *J Consult Clin Psychol* 1996;64(1):92–103.
- [12] Elkin I. Études multicentriques : avantages et inconvénients. In: Gerin P, Dazard A, editors. *Recherches cliniques « planifiées » sur les psychothérapies*. Paris Inserm: Méthodologie; 1992. p. 107–24.
- [13] Fishman DB. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: proposal for a new, electronic “J

- Pragm Case Stud''. Prevention and treatment 2000; 3. <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>.
- [14] Gabbard GO, Gunderson JG, Fonagy P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:505–10.
- [15] Gérin P. L'évaluation des psychothérapies. Paris: Nodules PUF; 1984.
- [16] Goldfried MR, Wolfe BE. Toward a more clinically valid approach to therapy research. *J Consult Clin Psychol* 1998;66(1):143–50.
- [17] Guelfi JD, Crocq MA. DSM IV-TR, APA, trad. Fr., JD Guelfi et al. Paris: Masson, 2003.
- [18] Guthrie E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *Br J Psychiatry* 2000;177:131–7.
- [19] Hoglend P, Bogwald KP, Amslo S, et al. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 2000;9:190–219.
- [20] Howard KI, Orlinsky DE, Lueger RJ. Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician. *Br J Psychiatry* 1994;165:4–8.
- [21] Inserm. Psychothérapie: trois approches évaluées. Expertise collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B et al.), Paris: Inserm, 2004.
- [22] Jones EE. Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic therapy (Appendix). Northvale NJ: Jason Aronson Inc.; 2000.
- [23] Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: comments and perspectives. *J Clin Psychol* 1998;27(2):217–26.
- [24] Klumpner GH, Frank A. On methods of reporting clinical material. *JAPA* 1991;39(2):537–51.
- [25] Knight R. Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941;98:434–46.
- [26] Kovess V, Sapinho D, Briffault X. L'usage des psychothérapies en France: résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN. *L'encéphale* 2007;33(1):65–74.
- [27] Lambert J. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. New-York: Wiley; 2003.
- [28] Lapeyronnie-Robine B, Thurin M, Thurin JM. Mise en place et premiers resultants d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique. *Bull Psychol* 2006;59(6):591–603.
- [29] Leichsenring F. Randomized controlled vs. naturalistic studies: A new research agenda. *Bull Menninger Clin* 2004;68:115–29.
- [30] Luborsky L. Clinicians' judgements of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menninger Clin* 1975;35:448–80.
- [31] Lutz W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 2002;12(3):251–72.
- [32] Seligman MEP. The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *Am Psychol* 1995;50:965–74. Téléchargeable: <http://www.apa.org/journals/seligman.html>.
- [33] Stirman SW, DeRubeis RJ, Crits-Christoph P, et al. Are samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(6):963–72.
- [34] Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle: nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *L'encéphale* 2006;32(4):402–12.
- [35] Thurin JM. Limites de l'EBM et orientations actuelles: une nouvelle generation des recherches en psychothérapies. *Bull Psychol* 2006;59(6):575–84.
- [36] Thurin JM. Expertise Inserm sur les psychothérapies. Contexte, déroulement, enseignements et perspectives. *Clin Méditerran* 2005;71:19–40.
- [37] Thurin JM, Thurin M, Briffault X. Évaluation des pratiques professionnelles et psychothérapies. *L'inf psychiatr* 2006;82:39–47.
- [38] Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The next generation of psychotherapy research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychol Bull* 2004;130(4):677–83.