

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

THURIN Jean-Michel*

La publication des résultats de l'expertise collective Inserm, qui a valorisé considérablement les techniques cognitivo-comportementales aux dépens des autres psychothérapies, notamment psychanalytiques, a suscité une large émotion et placé le débat sous l'angle de la polémique.

Elle a aussi révélé à quel point la communauté « psy » française est, dans l'ensemble, mal informée du contexte international de l'évaluation et de ses conséquences sur le statut de la psychothérapie et de ses différentes approches dans le système de soin.

Une meilleure connaissance de ce contexte peut nous permettre de mieux appréhender la logique méthodologique générale des études évaluatives qui a conduit au tableau des preuves d'efficacité présenté à l'issue de l'expertise. Elle nous donne également la possibilité de nous appuyer sur la critique qui en a été faite, depuis maintenant dix ans, pour contester la généralisation abusive qui en est issue et recommander de nouvelles démarches plus proches de la réalité clinique. Celles-ci semblent, dès à présent, constituer des voies intéressantes et utiles pour le patient, le clinicien, et le champ professionnel.

Cette présentation comportera donc trois parties. La première a trait au contexte historique d'apparition des essais contrôlés randomisés, qui ont constitué la doctrine de recherche au cours de ces vingt dernières années, et les critiques de plus en plus fortes dont ils ont fait l'objet. La seconde présentera les propositions alternatives qui sont issues de ces critiques. La troisième portera sur la façon dont elles ont été mises en œuvre ou peuvent l'être dans des études déjà réalisées ou en cours.

QUELQUES REPÈRES

L'évaluation des psychothérapies n'est pas une chose récente (Knight, 1941 ; Bachrach, 1991 ; Thurin, 2005). On situe dans les années 1915-1930 les premiers travaux sur ce sujet, avec la publication notamment des rapports d'activité des instituts psychanalytiques de Londres et de Berlin. En 1952,

Eysenck jette un pavé dans la mare en déclarant, à partir d'une étude dont la méthodologie sera ultérieurement sévèrement critiquée, que « rien ne démontre que la psychothérapie a plus d'effet que le temps qui passe ». Ces éléments sont bien connus, tout comme les recherches issues de la clinique Menninger. D'autres le sont moins et ont pourtant une importance tout à fait fondamentale parce qu'ils ont déterminé la façon dont l'évaluation des psychothérapies a été menée au cours de ces vingt dernières années. Il s'agit tout d'abord, en 1985, de la décision du NIMH (*National Institute of Mental Health*) d'appliquer la même méthodologie à l'évaluation des psychothérapies que celle utilisée dans la recherche pour les médicaments (Duncan, 2002). Cette méthodologie est celle de l'*essai contrôlé randomisé* (ECR).

Il s'agit aussi, à partir des années 90, de l'implantation de la *médecine fondée sur des preuves* (EBM), dans les pratiques médicales. En 1995, le groupe de travail de la division 12 de l'APA (*American Psychological Association*) s'inscrit dans la logique de l'EBM. Insistons sur le fait que c'est bien une association de psychologie qui s'inscrit dans une logique médicale dure centrée sur la recherche expérimentale. Elle établit un premier rapport dans lequel « un certain nombre d'interventions psychologiques (ce n'est pas le terme psychothérapies qui est utilisé) sont identifiées comme "traitements validés (soutenus) empiriquement" (EST) » (Chambless, 1996). Autrement dit, leur efficacité est soutenue par la recherche. La raison avancée aujourd'hui par l'APA de s'être lancée dans un tel programme est qu'il s'agissait de faire front à la toute puissance des approches pharmacologiques sur le même terrain de démonstration de l'efficacité que celui qu'elles utilisaient. C'est possible, mais on peut imaginer également que, sur cette base vertueuse, d'autres intérêts et passions se soient exprimés.

* Psychiatre, psychanalyste, École de psychosomatique. 9 rue Brantôme 75003 Paris. <jmthurin@internet-medical.com> www.techniques-psychotherapiques.org

Revenons sur quelques uns des termes que nous venons d'utiliser pour mieux les définir.

Qu'est-ce qu'un essai contrôlé randomisé ?

Son objectif, dans le cas qui nous intéresse, est d'affirmer l'efficacité d'un traitement. La méthode pour y parvenir est la même que celle utilisée pour les médicaments. Une thérapie est prescrite à un groupe homogène de patients (en général de 20 à 40 patients) et l'on en mesure les résultats. Ces résultats sont comparés à ceux d'un autre groupe semblable qui ne reçoit aucun traitement, reçoit un traitement « comme d'habitude » (TAU) ou bénéficie d'un traitement alternatif. Pour que l'on ait une représentation de la signification que prend la comparaison entre ces deux traitements, il est évidemment nécessaire que le traitement alternatif ait lui-même fait la preuve de son efficacité par rapport à l'absence de traitement. Certaines conditions sont utilisées pour que l'effet constaté puisse bien être attribué au traitement testé (validité interne). Il est en effet absolument nécessaire que l'on puisse s'assurer que c'est bien l'activité, l'intervention thérapeutique qui est responsable des modifications que l'on observe. Ainsi, pour parvenir à éviter l'effet du temps, en lui-même, la durée est limitée. D'autre part, le choix se porte sur un trouble circonscrit et unique dont le diagnostic est établi suivant « l'état de l'art » (DSM ou CIM). L'objectif est focalisé, la méthode thérapeutique est fixée suivant un « manuel de traitement »¹, les patients sont répartis au hasard entre les groupes de traitement et de contrôle, les évaluations doivent être aveugles. On le voit, la perspective n'est pas qualitative, elle est de savoir si le patient va mieux ou non, ce qui repose dans la réalité sur la disparition ou la réduction de ses principaux symptômes.

Médecine fondée sur des preuves

Les bases du mouvement de la médecine fondée sur des preuves (EBM) sont résumées dans l'article de Chambless et Ollendick (2001), à savoir : 1° le soin du patient peut être amélioré par l'acquisition et l'usage d'une connaissance empirique (issue de la recherche) mise à jour ; 2° il est difficile, pour les cliniciens, de se tenir à jour de l'information nouvelle pertinente pour leur pratique ; 3° s'ils ne le font pas, leur connaissance et leur performance clinique vont se détériorer après leur formation ; 4° en conséquence, les cliniciens ont besoin de résumés de la preuve fournis par des revues

d'experts et d'instructions concernant la façon d'accéder à cette information durant leur pratique courante. Deux échelons de la démonstration sont très importants à souligner : d'une part, la nécessité d'une intervention forte de la recherche dans la définition de la connaissance médicale et, dans ce cas, de la connaissance psychologique, est affirmée ; d'autre part, il est postulé que les cliniciens ne vont pas faire l'effort d'eux-mêmes d'aller chercher les résultats de cette recherche et qu'il faut les leur fournir ; dans cette perspective, c'est un groupe d'experts qui va être chargé de faire ce travail d'extraction des données de la recherche pour rendre aisée leur accession aux cliniciens. C'est donc une transmission de haut en bas. La définition de l'EBM, telle que l'a posée son concepteur, Sackett, est davantage une position de principe alors que là, nous avons une application partielle de ce principe. Pour Sackett, « l'EBM est l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles existant dans la prise de décision concernant le soin du patient individuel. Sa pratique intègre l'expertise clinique individuelle à la meilleure preuve clinique externe disponible à partir de la recherche systématique » (Sackett, 1996 ; Thurin M., 2004) et à un certain nombre d'éléments qui concernent le patient (APA, 2005).

Traitements validés empiriquement (EST)

Suivant la logique précédente, il existe deux catégories de traitements « ayant fait leurs preuves ».

La catégorie I implique de façon générale l'existence d'au moins 2 études avec comparaison de groupes (ECRs) démontrant une efficacité soit supérieure (statistiquement) de la thérapie étudiée à celle d'un traitement placebo, soit équivalente à celle d'un traitement ayant déjà démontré son efficacité dans des études avec un nombre de patients adéquat. Mais cette catégorie I peut être également attribuée si un traitement a fait l'objet d'un nombre important de protocoles de cas isolés (N = 9 ou plus) démontrant son efficacité, ayant utilisé un bon protocole expérimental et ayant comparé l'intervention à une autre intervention.

Une mise à jour officielle des EST a eu lieu en 1998 (Chambless et coll., 1998) et elle apparaît actuellement sous différentes formes et dans différents contextes (comme l'expertise collective Inserm, 2004). Le suivi de ce processus permet de constater qu'il y avait 25 interventions évaluées empiriquement en 1995, 71 en 1998, 108 en 2001, sans doute aujourd'hui beaucoup plus. On peut en retenir également, qu'en 1995, ce ne sont, quasi uniquement, que des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui sont validées, qu'en 1998 on ne trouve que 3 thérapies psychodynamiques parmi les EST, c'est-à-dire 5 %, qu'en 2004, si l'on se réfère à l'expertise collective d'une part et à la méta-analyse réalisée par Leichsenring d'autre part,

1. Un manuel de traitement est un état des principes et des procédures d'une intervention psychologique, incluant à la fois les interventions prescrites et proscrites. Les manuels peuvent se situer comme la formalisation détaillée d'un guide séance par séance ou fournir une flexibilité étendue dans le cadre général produit par les auteurs (Kendall et coll., 1998, dans Chambless, 2001).

on arrive à 15 ou 17 études psychodynamiques qui répondent aux critères ².

Ces définitions étant posées, revenons à notre perspective historique pour constater qu'elle a évolué.

En 1996 le NIMH lance un appel à ce qu'il y ait davantage de recherches portant spécifiquement sur l'efficacité réelle (Krupnick et coll. 1996). En effet, dans de nombreux cas, les essais contrôlés randomisés réalisés ont porté sur des populations expérimentales recrutées parmi les étudiants de l'université ou par la presse et non pas sur des populations cliniques traitées dans des lieux cliniques. Je précise, à cette occasion, que dans les ECR menés par des équipes d'orientation psychanalytique on ne retrouve pas cet abord expérimental (études de laboratoire d'efficacité potentielle).

De 1995 à 2005, de nombreux articles critiques par rapport à la logique des ECR vont paraître, accompagnés de propositions alternatives. Parmi eux, une quinzaine de publications émanent de chercheurs très connus dont l'avis ne peut donc qu'être pris en compte (Howard, 1994 ; Howard et coll., 1996 ; Seligman, 1995 ; Silverman, 1996 ; Golfried et coll., 1998 ; Kazdin et Kendall, 1998 ; Beutler, 2000 ; Guthrie, 2000 ; Fishman, 2000 ; Gabbard et Gunderson, 2002 ; Holmes, 2002 ; Westen et coll., 2004 ; Ablon et Marci, 2004 ; Blatt et Zuroff, 2005). Leurs arguments peuvent être distingués en deux grandes rubriques : la première intéresse les critiques, la seconde les propositions pour faire mieux. Avant de les présenter, une formule de Holmes (2002) mérite d'être soulignée « Nous sommes en train d'entrer dans une ère "post-thérapie cognitivo-comportementale" » qui est l'aboutissement d'un article dont le titre est « Est-ce que les TCC sont tout ce dont vous avez besoin ? ». Elle me semble très pertinente sur la façon dont une méthode particulière de définition de la preuve a construit une réalité qui reste, pour une bonne part, artificielle.

CRITIQUES MÉTHODOLOGIQUES DES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS

On peut les présenter suivant quatre grands axes :

– Le premier a trait à leur *faible validité clinique*, tant du point de vue du recrutement des patients, que de la pertinence en soi du diagnostic DSM

réduit à un trouble pour définir une population clinique.

Une étude très intéressante, réalisée par Stirman et coll. (2003), a montré qu'à partir de 347 patients, sélectionnés de façon aléatoire dans une population clinique HMO (organisme de soins médicaux aux États-Unis), 67 % d'entre eux ne réunissaient les critères d'aucun ECR pour quelque trouble (primaire ou secondaire) que ce soit, en particulier parce qu'ils présentaient des troubles de l'adaptation relatifs à des problèmes variés. Westen et coll. (2004) font remarquer que le fait qu'un patient « clinique », présentant un trouble isolé correspondant à un EST, puisse répondre favorablement à ce traitement ne signifie pas que les personnes ayant des troubles complexes, parmi lesquels figure ce trouble, y répondent. Cette précision est importante car, en psychiatrie, les troubles ne prennent leur valeur pathologique que dans leur environnement diagnostique. Un trouble isolé, comme la phobie sociale, peut avoir une signification totalement différente s'il s'inscrit isolément (comme cela peut être le cas pour quelqu'un qui est mal à l'aise dans les groupes et n'osera pas prendre la parole) et celle qui s'inscrit dans le cadre d'un trouble psychotique ou d'une dépression grave. Autre critique, celle de Guthrie (2000) par rapport au fait que les ECR concernent des troubles uniques : « Cela conduit à la situation plutôt curieuse où la plupart des études de traitement psychologique ciblent des patients qui, dans la pratique clinique, seraient traités par des médicaments, et excluent les patients à qui, en pratique clinique, on proposerait un traitement psychologique ». Son article est suivi d'une proposition très détaillée pour aborder les troubles complexes. La phrase la plus synthétique, et peut-être la plus dure, est celle de Ablon et Jones (2002) : « Les essais contrôlés randomisés testent un traitement quelque peu artificiel dans une configuration artificiellement contrôlée avec des patients atypiques, si bien qu'ils ont peu de capacité de généralisation au monde réel de la délivrance de soin en santé mentale. »

– Le second grand axe de critique a trait aux *manuels de traitement*

Une des questions concerne leur validation (Silverman, 1996). Qui, finalement, décide de la validation d'un traitement, quels sont ces traitements qui sont utilisés dans les essais ? Autre remarque, formulée par Haaga (2004), qui regarde la discordance qui peut s'établir entre une procédure définie, appliquée de façon aveugle, et la compréhension de ce qui se passe. Pour lui, l'impact clinique du manuel sera très réduit dans la mesure où il est constitué « d'un ensemble de décisions *a priori* (durée, mélange d'interventions, moment de leur utilisation) dont on ne sait rien de ce qui agit parmi elles ». Beutler (2000) pose

2. En fait il y en a un peu plus puisqu'après une ré-analyse à partir des articles cités par les études, les méta-analyses et les « *clinical queries* » de la base *Medline* je suis arrivé à 26 études. En tout état de cause cela reste très faible puisqu'il aura fallu dix ans pour que les psychothérapies psychodynamiques atteignent le nombre des études TCC en 1995.

directement la question de l'incompatibilité du manuel avec la complexité des cas et des situations : « L'art de la psychothérapie est de partir de principes simples de relation et d'influence interpersonnelle et de les appliquer de façon créative pour s'adapter aux permutations et aux complexités sans fin qui caractérisent les personnes qui s'adressent à nos services. Si un clinicien est uniquement un technicien, ce clinicien n'arrivera jamais à se débrouiller avec les problèmes complexes qui se présentent en pratique clinique. » Nous terminons par la question faussement naïve et humoristique de Westen et coll. (2004) : « Devant un cas complexe, devons-nous prescrire les uns après les autres, des manuels destinés à des patients "purs" ? Ainsi, par exemple, on utiliserait d'abord le manuel de la phobie des transports pour permettre au patient de venir à ses séances, puis celui de la dépression, puis celui des troubles paniques et enfin celui des troubles de la personnalité... Tout cela ne serait pas très sérieux précisément dans la mesure où l'on considère que chaque trouble n'est pas une entité à part, séparée des autres, mais qu'elle participe d'une dysfonctionnalité générale. »

– Le troisième a trait au *choix des indicateurs* et à la *mesure des résultats* (objectifs focalisés).

Certes, la réduction des symptômes est importante, mais d'autres aspects sont à prendre en compte et en particulier les dimensions fonctionnelles. D'autre part, l'absence d'analyse des processus et la faible spécificité des traitements (dessinés par « marques ») réduisent la valeur informative et l'impact clinique des résultats. Que sait-on de ce qui a véritablement changé et de ce qui demanderait d'autres investigations, comment va-t-on situer la durée optimale du traitement si celle-ci est de fait déterminée par la disparition des symptômes ? La lecture des études rend extrêmement perplexe sur l'avenir de patients « lourds et complexes » comme certains troubles de la personnalité, addictions, troubles des conduites alimentaires, psychotiques évidemment, que l'on laisserait en plan parce que, du point de vue du nombre des items qu'ils remplissent, « ils ne sont plus malades ».

L'objection la plus importante, par rapport à une focalisation sur les symptômes, est peut-être celle de Blatt et Zuroff (2005) : est-ce que la conception générale des ECR (un « traitement donné » agit sur un « trouble donné ») n'est pas finalement erronée du fait de sa simplification extrême, ce qui expliquerait les anomalies retrouvées dans les résultats de l'étude du NIMH sur la dépression (Elkin et coll., 1996) ? Deux questions se posent alors : a-t-on bien considéré, d'une part, les ingrédients actifs de la psychothérapie et, d'autre part, ce qui est le « nœud » du problème ? Existe-t-il des interactions spécifiques confondantes entre les deux ?

Dans cette perspective, la relation entre le type majeur de personnalité du patient (attachement/narcissisme) pourrait bien agir en relation directe avec le type de technique proposée et les conditions du traitement, pour déterminer si les modalités de relations thérapeutiques seront favorables ou non. Or, cette structure fondamentale du rapport à l'autre n'est pas identifiable à une catégorie nosologique, puisque l'on sait précisément que, dans le cas de la dépression par exemple, une dépression anaclitique est très différente d'une dépression narcissique, même si l'une et l'autre partagent un certain nombre de traits communs qui les font coexister dans une entité nosographique commune. C'est ce que ces auteurs ont démontré.

– Évidemment, on retrouve là le quatrième quand axe critique qui est celui de la réalité des groupes « homogènes ».

RECOMMANDATIONS POUR UNE NOUVELLE GÉNÉRATION DE RECHERCHES

Nous avons largement détaillé les critiques qui ont été faites par rapport à cette première génération de recherches centrées sur des essais contrôlés randomisés, limités à des troubles isolés dans des conditions de laboratoire. Nous allons maintenant présenter sept recommandations principales qui ont été faites sur cette base pour aboutir à une nouvelle génération de recherche.

1° La première est de travailler avec des populations cliniques et de se recentrer sur des problèmes cliniques. Il s'agit aussi d'élargir le champ des dimensions d'évaluation ; de ne pas les limiter aux symptômes, mais de prendre en compte le fonctionnement relationnel et sentimental, la régulation émotionnelle, les capacités de réponse à réalité, la possibilité d'observation personnelle, la réponse au stress...

2° Une autre transformation majeure sera de mieux appréhender les processus, c'est-à-dire tout ce qui concerne les facteurs : patient, thérapeute et leur interaction, ainsi que les différentes étapes de la psychothérapie. On considérera ainsi les facteurs favorables ou défavorables chez le patient, les compétences des thérapeutes, de façon générale et en fonction des situations, les aspects techniques spécifiques, ainsi que les similitudes et les différences entre les différentes approches à partir du recensement précis des ingrédients qui les caractérisent.

3° La méthode par groupes, qui a été complètement privilégiée pendant vingt ans, a marqué ses limites pour les cas longs et complexes. Il s'agit donc de la compléter en utilisant, alors, la méthode du cas isolé, ce qui permet de gagner en

connaissance des ajustements cliniques. Ces cas isolés peuvent être appariés et regroupés s'ils sont issus d'un bon protocole.

4° Le développement de collaborations « multi sites » et l'organisation de bases de cas est une possibilité qui doit être utilisée chaque fois que c'est nécessaire, c'est-à-dire très fréquemment, dans la mesure où il devient très difficile, voire impossible, de réunir une population suffisante pour mener des études intégrant la complexité.

5° L'élaboration de guides devrait partir des processus et se centrer sur les dilemmes, plutôt que sur l'élaboration de techniques globales. Il s'agit de se recentrer sur les problèmes susceptibles de se manifester au cours d'une psychothérapie et, à partir de là, en les mettant en relation avec les types de patients concernés, de proposer les orientations qui peuvent être prises.

6° Le développement de la collaboration entre cliniciens et chercheurs est indispensable, non seulement du fait du perfectionnement croissant des plans d'études, mais également du fait que beaucoup des problèmes sont venus d'un véritable décalage entre les préoccupations formelles de chercheurs (une « belle recherche » (Goldfried et coll., 2004)) et les questions que se posent les cliniciens.

7° Une attention particulière doit être accordée aux ECR. Il ne s'agit pas de ne plus les utiliser, mais de mieux spécifier leur place. Ils devraient évoluer vers l'évaluation de l'impact des variables patient, thérapeute, de leur interaction et des variables d'intervention de « haute-priorité » (celles dont les études précédentes ont déjà fait apparaître un rôle potentiel important). Par exemple, la question de la compétence du thérapeute est une dimension importante, celle des éléments de convenance du patient, par rapport à la psychothérapie et à une psychothérapie en particulier, l'est également. La convenance d'un patient peut être davantage orientée vers un type de psychothérapie, alors que celle d'un autre l'orientera davantage vers un autre type de psychothérapie. Ces éléments peuvent être tout aussi déterminants sur la nature du résultat qu'une approche générale déterminée. Concernant des populations cliniques, les ECR ne sont pas condamnés à porter nécessairement sur des populations organisées à partir du DSM (voir Guthrie, ci-dessous). Les ECR peuvent être centrés sur des aspects particuliers des stratégies thérapeutiques et les mécanismes de changement (Goldfried et coll., 2004).

La prise en compte de ces différentes évolutions devrait s'inscrire dans les règles de sélection des recherches auxquelles sont attribués des fonds (Westen et coll., 2004).

QUELQUES EXEMPLES DE RECHERCHES DE LA NOUVELLE GÉNÉRATION

Étude naturaliste prospective de Seligman

L'étude du *Consumers report* a eu lieu dans les années 1995 et a été réalisée à partir de ce journal de consommateurs qui, chaque année, fait une grande enquête auprès de ses lecteurs. Le comité éditorial a eu l'idée d'associer à une enquête sur les appareils électro-ménagers ou autres, une autre concernant les psychothérapies, à savoir l'expérience et l'opinion qu'en avaient leurs lecteurs. Cette étude à grande échelle a comporté un nombre important de questions (26) portant, notamment, sur les modalités de prise en charge et les améliorations spécifiques et globales obtenues. Cela a permis de dresser un tableau assez complet des principaux résultats et de gains plus globaux comme le développement, l'*insight*, la productivité, l'humeur, la joie de vivre et les relations interpersonnelles.

À partir de cette étude, et en ayant recensé les limites méthodologiques, Seligman (1995) a voulu concevoir ce que serait l'étude idéale. Elle allierait de meilleures caractéristiques (avec des évaluations détaillées et des instruments validés) au réalisme de la méthode d'enquête. Les évaluations seraient différenciées avant et après le traitement, tout en préservant le déroulement naturel du processus, la durée du traitement telle qu'elle se détermine dans la réalité, l'auto-correction, par le thérapeute, de sa technique, la possibilité pour le patient de présenter des problèmes multiples et de choisir son traitement.

Essais contrôlés « de deuxième type » (Guthrie, Blatt, Barber...)

Ces essais contrôlés se déroulent dans une population clinique. Au lieu d'aborder les groupes de façon globale, un ou deux paramètres spécifiques sont isolés dans un groupe « homogène » et les résultats sont comparés à partir de ces caractéristiques.

Par exemple, Blatt et Zuroff (2005) distinguent deux grands types de personnalité à partir desquels ils étudient comment se réalise l'alliance avec le patient et, en fonction de cette alliance, les résultats qui s'expriment au niveau de l'évolution de la dépression. On ne part plus simplement du groupe « dépression », mais plutôt des caractéristiques de personnalité qui lui sont associées, de leur intervention sur le processus (répercussion sur la relation thérapeutique) et, finalement, sur le résultat. Barber et Muenz (1996) ont travaillé également sur la personnalité du patient, son style de réponse (plutôt tourné vers l'extérieur ou l'intérieur, et la technique qui est utilisée, et qui est liée, pour une part également, à la personnalité du thérapeute.

Une autre façon de concevoir les groupes « homogènes » est de les constituer sur un problème clinique plutôt qu'à partir d'un trouble ou de la personnalité. Guthrie propose ainsi de regrouper, par exemple, des patients qui ont tendance à se faire du mal, qui présentent des plaintes somatiques ou des symptômes névrotiques chroniques ne répondant pas au traitement psychiatrique, et d'analyser les résultats sur des variables de fonctionnement, en plus des variables symptomatiques.

Approche par cas isolés, réunis (Kazdin, Fishman, Gabbard et coll., Lutz et Howard, Thurin et coll.)

Les indications de ces études sont les cas multiples et complexes dont le traitement ne relève pas d'une thérapie brève « standardisée » et pour lesquels les ECR ne peuvent convenir. En effet, d'une part la réunion dans un même cadre thérapeutique, et au même moment, de groupes homogènes est impossible, et, d'autre part, la psychothérapie comporte différentes étapes, dont chacune implique des objectifs et des processus particuliers où les interactions thérapeutiques sont particulièrement importantes. Les données concernent donc des cas « isolés », plutôt qu'« uniques », qui sont décrits suivant une méthodologie structurée et dans une perspective processus-résultats.

L'évaluation des résultats suivant la seule disparition des principaux symptômes n'est pas pertinente car ils sont, le plus souvent, relatifs à des fonctionnements pathologiques dans des configurations particulières ou étendues. Elle va donc porter plus spécifiquement sur les fonctions psychiques et relationnelles, et leur éventuel développement.

L'approche par cas isolés, réunis, permet plusieurs types de recherche.

- Il peut s'agir d'une évaluation individuelle de résultat où le cas est pris comme son propre témoin et de suivi de processus. Dans cette éventualité, le thérapeute a la possibilité d'être attentif, comme nous allons le voir, à l'évolution du traitement de son patient et, par rapport à cela, à sa propre activité dans cette évolution. Si le processus s'immobilise, cela pose question et peut nécessiter une recherche supplémentaire pour situer quelle est l'origine de ce blocage.

- Un autre type de recherche peut être réalisé à partir du cumul et de la mise en relation d'expériences issues du même clinicien ou de plusieurs cliniciens. Cette méthode permet une analyse et une comparaison des démarches et des résultats pour des cas du même type. C'est à partir de là qu'il devient possible d'envisager l'élaboration de guides pratiques centrés sur les aspects compliqués

(par exemple, comment commencer, terminer une psychothérapie avec un cas d'état limite, que faire en cas de passages à l'acte, quels sont les effets des associations thérapeutiques (faut-il prescrire un antidépresseur en même temps que l'on engage une psychothérapie chez un patient déprimé ?, etc.). La démarche de Howard et Lutz consiste à comparer l'évolution d'un cas suivi en traitement à celle d'une série de cas du même type. Les cas et la psychothérapie sont caractérisés, les mesures sont multidimensionnelles et régulières. Elles portent sur des symptômes, le fonctionnement, le lien thérapeutique, le bien-être et la satisfaction.

Les mesures de départ et intermédiaires ont une valeur prédictive et la ligne d'évolution permet de comparer le déroulement de la psychothérapie en cours à celui d'un grand nombre de cas analogues dont les données ont été recueillies. Ce suivi permet de repérer et d'analyser les différences éventuelles, de les compléter éventuellement par une analyse des séances difficiles et du contexte, et d'intervenir en conséquence.

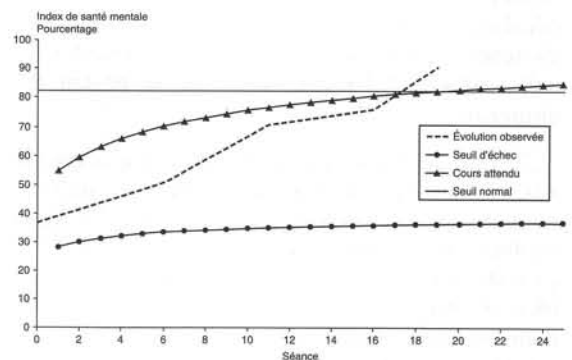


Figure 1. Cours observé, attendu, en échec, limite normale pour un patient avec un trouble dépressif majeur.

Le schéma ci-dessus (figure 1), issu de Lutz (2002) montre le cours observé d'une psychothérapie en fonction du nombre des séances dans le cadre d'un état dépressif majeur, ce qui est attendu comme courbe et, inversement, ce qui peut se produire si la psychothérapie « ne prend pas » et que les résultats restent très stables dans le bas. Cela peut venir d'un contexte particulier du patient qui fait qu'il ne peut pas s'engager véritablement dans la psychothérapie, ou d'un contexte particulier qui concerne le thérapeute (on peut imaginer qu'il ait des problèmes personnels particuliers à ce moment, ou que le cas lui soit trop sensible), ou encore qu'il y ait une sorte d'incompatibilité entre le patient et le thérapeute qui fait que le processus est bloqué.

— Gabbard et coll. (2002) proposent le développement d'études multi-sites à partir d'Instituts de psychanalyse. Elles porteront sur des mesures de résultats, associées à des mesures de processus à partir du *Psychotherapy Process Q-set* de Jones (2000). Ces mesures seront réunies au début, annuellement et à la fin du traitement. Elles émaneront des thérapeutes et, si possible, des patients. Cette méthode offre la possibilité de croiser les données de processus et de résultat et de considérer le caractère approprié ou non de la méthode de traitement pour des groupes de patients spécifiques. Les données de processus vont en effet permettre de caractériser la psychothérapie et de mettre en relation ses principaux caractères avec l'évolution du patient et de la relation thérapeutique à partir de l'expertise clinique initiale du cas. Certaines études font ainsi apparaître l'évolution des interventions du thérapeute et de la participation du patient, de « l'ambiance de la psychothérapie » et l'entrée dans une perspective véritablement psychanalytique en fonction du temps.

Notre étude (Thurin et coll., 2006) est multi-sites (cabinets, centres de soins). Elle porte, comme la précédente, sur des cas isolés étudiés suivant une démarche « processus-résultats ». Elle s'en différencie toutefois sur deux points : elle présente un niveau d'organisation méthodologique intermédiaire qui est celui des groupes de pairs, et elle associe des données qualitatives aux données quantitatives. Les données quantitatives ne sont pas issues du passage direct d'instruments, mais d'une soumission secondaire du

corpus de la cure (sous la forme de notes *verbatim* ou d'enregistrements) à différents instruments validés qui permettent d'en extraire les éléments significatifs pour la recherche. Le groupe de pairs est utilisé pour une cotation multiple dont la mise en relation permet d'analyser les identités et les écarts, et d'atteindre un accord inter-juges. Les données qualitatives sont également utilisées pour la formulation du cas. En résumé, les instruments validés portent sur un corpus de notes et/ou d'enregistrements. Ils complètent et ne remplacent pas la démarche qualitative de formulation du cas. De même, le diagnostic catégoriel, indispensable dans une perspective de recherche, complète le diagnostic psychopathologique. Cette approche permet de concevoir l'élaboration de guides et de recherches secondaires.

Il est probable qu'à partir de cette approche empirique, il sera possible d'envisager différentes questions théorico-cliniques, suivant une logique reliant la technique à l'hypothèse théorique plus solide. Une démarche de cet ordre a déjà été tentée dans le cadre d'essais contrôlés impliquant des patients *borderline* suivant des principes issus de deux perspectives théoriques différentes. Le problème est alors que les cas sont décrits à partir d'un niveau catégoriel qui ne permet pas véritablement de distinguer d'éventuels sous-types. Avec des études de cas isolés, mais structurés suivant une méthodologie analogue à celle des ECR quant aux mesures, telles que nous les développons dans notre recherche, ce travail clinico-théorique devient possible.

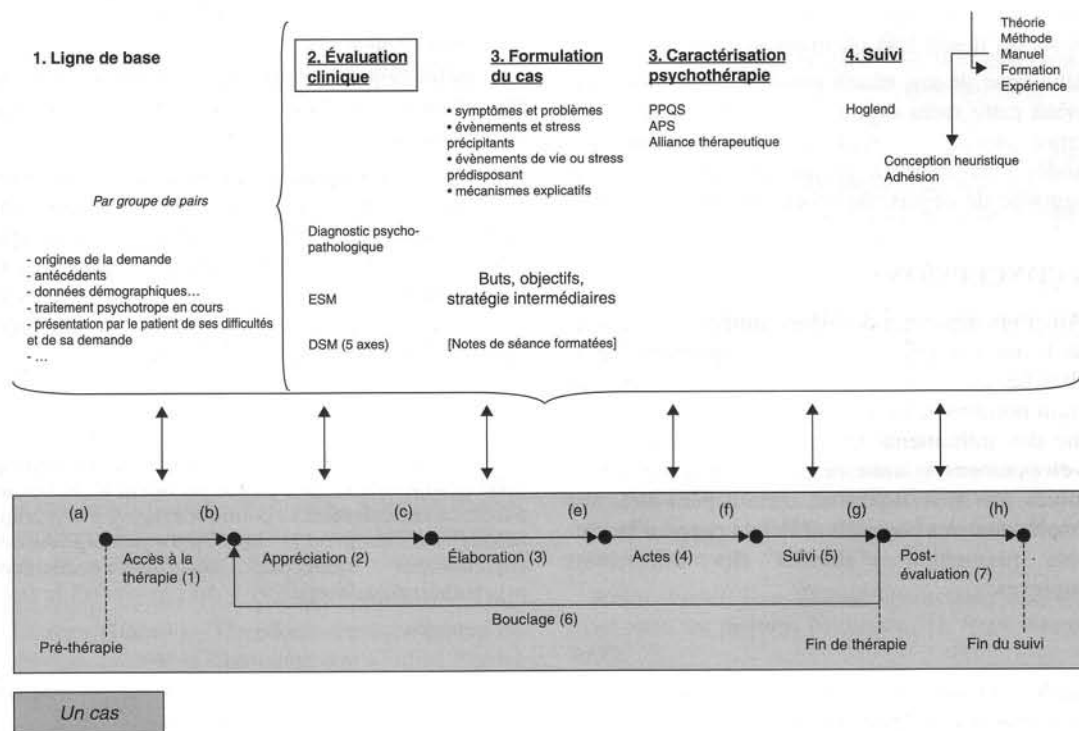


Figure 2. Différentes étapes du suivi d'un cas.

Le schéma ci-dessus (figure 2) (Thurin, Briffault, 2006) est une représentation du suivi d'un cas, avec ses différentes étapes. À chaque étape, une démarche particulière de recherche est utilisée. Les instruments entrent dans des classes d'informations recherchées. Cela commence par l'établissement de la ligne de base, avec l'origine de la demande, les antécédents, les données démographiques, les traitements psychotropes en cours, la présentation par le patient de ses difficultés et de sa demande qui vont renseigner sur la situation du patient, et la durée depuis laquelle elle s'est constituée. La deuxième phase est celle de l'évaluation (ou expertise) clinique qui porte sur trois séances. Elle conduit à établir un diagnostic psychopathologique. Ce diagnostic est mis en relation, d'une part, avec une évaluation du niveau santé maladie et de plusieurs dimensions psychodynamiques (suivant l'échelle de Hoglend et coll., 2000), et, d'autre part, à un diagnostic DSM. Cette expertise clinique conduit à une formulation du cas qui prend en compte les éléments suivants : enfance, stress actuels, vulnérabilité, ainsi que les éléments psychodynamiques à partir des conflits de la personne et ses fixations, et difficultés en matière de développement et de structuration du je et du moi. Elle conduit également à définir les objectifs du traitement et la stratégie pour les atteindre. À 3 mois, 6 mois et 9 mois, l'interrogation porte sur le processus (à partir du PQS), afin de savoir comment fonctionne la psychothérapie. À partir de là, on a la possibilité non seulement d'étudier le résultat mais de situer les éléments sur lesquels il repose, qu'il soit bon ou mauvais.

Une base de cas réunit plusieurs cas, construits suivant cette méta organisation « classique ». Elle permet ensuite de regrouper les éléments par grandes catégories, à la fois de situation et de diagnostic de départ, de processus, et de résultats.

EN CONCLUSION

Au cours des vingt dernières années, les ECR de type I ont constitué une étape importante de la recherche en psychothérapie. Ils ont apporté un certain nombre de bénéfices : une crédibilité empirique des traitements psychologiques majorée, le développement de traitements spécifiques pour des troubles très spécifiques et, surtout peut-être, une formalisation des concepts et l'élaboration d'instruments permettant d'aborder des dimensions complexes.

Mais les ECR ont également fait de gros dégâts. Ils ont été en inadéquation avec les questions cliniques, ils ont abouti à une certaine stigmatisation des troubles complexes (pourtant très largement majoritaires) et de leurs psychothérapies, l'idée étant finalement de promouvoir des psychothérapies brèves pour des troubles simples, en généralisant cette « potentialité » à des troubles « lourds » réels. Cela a abouti, également, à des combats professionnels, notamment entre psychiatres et psychologues, et entre perspectives (cognitivo-comportementalistes et psychanalystes), ainsi qu'à construire un écart très important entre cliniciens et chercheurs³.

De nouvelles perspectives s'ouvrent actuellement, dont les principales lignes directrices sont les suivantes :

- recentrage sur les questions cliniques et les études en situation réelle ;
- abandon des approches par « marques », spécification des ingrédients et analyse des processus de changement ;
- différenciation des indicateurs de résultats ; implication des cliniciens et des patients dans la cotation ;
- prise en compte des contextes individuels, culturels et institutionnels ;
- revalorisation des études de cas isolés bénéficiant des apports des ECR sans leurs inconvénients ;
- utilisation des ECR pour des études expérimentales focales ;
- utilisation des technologies modernes pour un travail en réseau, la mise en relation des données et la comparaison des résultats.

Ces démarches pragmatiques devraient intéresser les cliniciens et les patients, ainsi que l'ensemble de la communauté professionnelle et scientifique, pour laquelle la psychothérapie reste, à la fois, un point crucial du soin des troubles psychiques et, pour une large part, une énigme quant à la façon précise dont elle obtient ses résultats.

3. Ce constat a été pris en compte par l'APA qui, en 2005 et sous la direction de son président R. F. Levant, a modifié radicalement sa politique relative à la pratique fondée sur la preuve. <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf> (traduction sur www.techniques-psychotherapies.org).

RÉFÉRENCES

- ABLON (John Stuart), MARCI (Carl).— Psychotherapy process: the missing link: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner, *Psychological Bulletin*, 130, 4, 2004, p. 664-668.
- ABLON (John Stuart), JONES (Enrico E.).— Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program, *American Journal of Psychiatry*, 159, 2002, p. 775-783.
- APA.— 2005 *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, American Psychological Association, 2005, <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pdf>
- BACHRACH (Henry M.), GALATZER-LEVY (Robert), SKOLNIKOFF (Alan), WALDRON (Sherwood).— On the efficacy of psychoanalysis, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 1991, p. 871-916.
- BARBER (Jacques P.), MUENZ (Larry R.).— The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: empirical findings from the treatment for depression collaborative research program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 5, 1996, p. 951-958.
- BEUTLER (Larry E.).— Empirically based decision making in clinical practice, *Prevention and Treatment*, 3, 27, 2000, <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre0030027a.html>
- BLATT (Sydney J.), ZUROFF (David C.).— Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health, *Clinical Psychology Review*, 25, 2005, p. 459-486.
- CHAMBLESS (Dianne L.).— In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 1996, p. 230-235.
- CHAMBLESS (Dianne L.), OLLENDICK (Thomas H.).— Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence, *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, p. 685-716.
- CHAMBLESS (Dianne L.) et coll.— Update on empirically validated therapies, II, *Clinical Psychologist*, 51, 1, 1998, p. 3-16.
- DUNCAN (Barry L.).— The legacy of Saul Rosenzweig: the profundity of the dodo bird, *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 1, 2002, p. 32-57.
- ELKIN (Irene), GIBBONS (Robert D.), SHEA (M. Tracie), SHAW (Brian F.).— Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation), *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1, 1996, p. 92-103.
- EYSENCK (Hans J.).— The effects of psychotherapy: an evaluation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16, 3, 1952, p. 19-24.
- FISCHMAN (Daniel B.).— Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic « Journal of Pragmatic Case Studies », *Prevention and Treatment*, 3, 2000, <http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>
- GABBARD (Glen O.), GUNDERSON (John G.), FONAGY (Peter).— The place of psychoanalytic treatments within psychiatry, *Archives of General Psychiatry*, 59, 2002, p. 505-510.
- GOLDFRIED (Marvin R.), WOLFE (Barry E.).— Toward a more clinically valid approach to therapy research, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1, 1998, p. 143-150.
- GOLDFRIED (Marvin R.), EUBANKS-CARTER (Catherine).— On the need for a new psychotherapy research paradigm: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004), *Psychological Bulletin*, 130, 2004, p. 669-673.
- GUTHRIE (Elspeth).— Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm, *British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, p. 131-137.
- HAAGA (David A.).— A healthy dose of criticism for randomized trials: comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004), *Psychological Bulletin*, 130, 4, 2004, p. 674-676; author reply, p. 677-683.
- HOGLEND (Per), BOGWALD (Kjell-Petter), AMLO (Svein), HEYERDAHL (Oscar), SORBYE (Øystein), MARBLE (Alice), SJAASTAD (Mary Cosgrove), BENTSEN (Havard).— Assessment of change in dynamic psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 4, 2000, p. 190-199.
- HOLMES (Jeremy).— All you need is cognitive-behaviour therapy? *British Medical Journal*, 324, 2002, p. 288-294.
- HOWARD (Kenneth I.), ORLINSKY (David E.), LUEGER (Robert J.).— Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. New models guide the researcher and clinician, *British Journal of Psychiatry*, 165, 1994, p. 4-8.
- HOWARD (Kenneth I), MORAS (Karla), BRILL (Peter B.), MARTINOVICH (Zoran), LUTZ (Wolfgang).— Evaluation of psychotherapy: efficacy, effectiveness, and patient progress, *American Psychologist*, 51, 1996, p. 1059-1064.
- INSERM.— *Psychothérapie: trois approches évaluées. Expertise collective (O. Canceil, J. Cottraux, B. Falissard, M. Flament, J. Miermont, J. Swendsen, M. Teherani, J. M. Thurin)*, Paris, Inserm, 2004.
- JONES (Enrico E.).— *Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy*, Northvale, NJ, Jason Aronson, 2000.
- KAZDIN (Alan E.), KENDALL (Philipp C.).— Current progress and future plans for developing effective treatments: comments and perspectives, *Journal of Clinical Psychology*, 27, 2, 1998, p. 217-226.

KNIGHT (Robert P.).- Evaluation of the results of psychoanalytic therapy, *American Journal of Psychiatry*, 98, 1941, p. 434-446.

KRUPNICK (Janice L.), SOTSKY (Stuart M.), ELKIN (Irene), SIMMENS (Sam), MOYER (Janet), WATKINS (John), PILKONIS (Paul A.).- The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative research program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, p. 532-539.

LUTZ (Wolfgang).- Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice, *Psychotherapy Research*, 12, 3, 2002, p. 251-272.

SACKETT (David L.), ROSENBERG (William M. C.), GRAY (J. A. Muir), HAYNES (R. Brian), RICHARDSON (W. Scott).- Evidence-based medicine: what it is and what it isn't, *British Medical Journal*, 312, 1996, p. 71-72.

SELIGMAN (Martin E. P.).- The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50, 1995, p. 965-974. Téléchargeable: <http://www.apa.org/journals/seligman.html>

SILVERMAN (William H.).- Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers: psychotherapy in the 90's, *Psychotherapy*, 33, 1996, p. 207-215.

STIRMAN (Shannon Wiltsey), DERUBEIS (Robert J.), CRITS-CHRISTOPH (Paul), BRODY (Pamela E.).- Are

samples in randomized controlled trials of psychotherapy representative of community outpatients? A new methodology and initial findings, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 6, 2003, p. 963-972.

THURIN (Monique).- Historique et définition de l'EBM, *Pour la recherche*, 41, 2004, p. 2-3.

THURIN (Monique), LAPEYRONNIE (Brigitte), THURIN (Jean-Michel).- Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique, *Bulletin de psychologie*, 59, 6, (présent fascicule).

THURIN (Jean-Michel).- Repères historiques de l'évaluation des psychothérapies, *Techniques-psychothérapiques*, 2005, <http://www.techniques-psychothérapiques.org/documentation/AspectsGeneraux/Reperes-Hist.html>

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

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