

Données probantes et interventions complexes en psychothérapie

Jean-Michel Thurin

Comment le soin centré sur la personne peut-il concilier la dimension humaine et l'efficacité thérapeutique ? La psychothérapie constitue un domaine éminemment confronté à cette question et la méthodologie des études s'y est révélée essentielle pour comprendre comment les interventions complexes sont des facteurs de changement. En ce sens, la recherche sur la psychothérapie peut offrir un paradigme susceptible d'inspirer la fondation scientifique des nouveaux modèles de soins.

Si l'on considère les éléments communs à ces modèles proposés dans l'introduction de cet ouvrage¹, la plupart, sinon tous, sont à l'évidence centraux en psychothérapie : importance accordée à l'histoire personnelle et aux remaniements existentiels bien au-delà de la maladie, implication de la personne soignée comme acteur décisionnel des soins, attention au clinicien comme personne, impact de la relation soignant-soigné... Ces éléments font désormais partie intégrante de la recherche en psychothérapie : à l'objectivation fine des résultats s'associe la description des principales caractéristiques du processus où sont impliqués le patient, le thérapeute, leur interaction et leurs échanges. Nous tenterons ici de donner un aperçu de cette problématique, dans la perspective d'offrir un point d'appui pour la recherche relative aux nouveaux modèles de soin.

Nous reprendrons les premières étapes de l'abord « scientifique » de la recherche en psychothérapie, à partir de *La médecine psychologique* [1] de Pierre Janet, ouvrage paru en 1923 mais qui reste d'une étonnante actualité (voir § 1). Nous évoquerons ensuite le renouvellement de cette question avec le développement de l'*evidence-based medicine* (médecine fondée sur les données probantes), ses limites et la réorientation qui lui a été donnée par l'Association américaine de psychologie² en se centrant sur la pratique (voir § 2). Nous présenterons enfin une méthodologie qui s'est constituée de façon à prendre en compte la complexité des causes et des interventions qui participent au traitement des troubles psychiques (voir § 3).

1. Voir *tableau 1*.

2. American Psychological Association (APA).

1 Un peu d'histoire selon Janet

Dans *La médecine psychologique* [1], Pierre Janet dresse une présentation saisissante de l'histoire des psychothérapies et montre à quel point les questions soulevées par la démonstration de leur efficacité et par les facteurs explicatifs invoqués sont complexes. Les effets produits par des approches aussi différentes que les guérisons miraculeuses, l'idéalisme philosophique, la moralisation médicale, la suggestion, les méthodes éducatives, et bien d'autres, semblent constituer une barrière infranchissable pour la rationalité. La plupart de ces approches ont suscité successivement l'enthousiasme, puis la mise en question des fondements sur lesquels elles reposaient. Et pourtant, cette histoire est aussi le témoin d'une activité de recherche ininterrompue pour comprendre comment la psychothérapie agit et lui donner tant sa légitimité thérapeutique que ses fondements scientifiques.

1.1 Des guérisons miraculeuses à Sigmund Freud

Selon Janet, les traitements religieux des maladies les plus diverses et les guérisons miraculeuses attribuées à l'intervention des Dieux ont existé dans toutes les civilisations. La satisfaction des participants s'exprimait par les inscriptions et petits objets qui ornaient les murs, en matière plus ou moins précieuse, représentant la partie du corps qui avait été guérie. Une forme symbolisée d'évaluation...

La première évaluation « scientifique » d'une intervention « psychothérapique » aurait été réalisée en 1784 à propos des séances de magnétisme de Mesmer. L'objectif de ce traitement est de rétablir la répartition harmonieuse des fluides issus des planètes grâce au contact de tiges de fer aimantées sur l'endroit malade. Une étude en double aveugle, réalisée par Lavoisier, Guillotin et Franklin, *CITER L'ÉTUDE ?* démontre que les réponses cathartiques s'expriment chez certains patients, que l'eau soit magnétisée ou non. Cette étude élimine ainsi le facteur « fluide associé à l'électricité » comme cause des effets constatés et le traitement est considéré comme « inefficace » ; mais ne sont pas éliminés pour autant le rôle éventuel de l'intervention humaine, de l'apparat et de l'organisation des séances... : cette étude ne répond donc pas scientifiquement à ce qui détermine le succès de cette approche.

La pratique du magnétisme ne s'interrompt que beaucoup plus tard. Les investigations réalisées donnent alors à cette intervention une autre explication que celle reposant sur un fluide matériellement actif. Chastenet de Puysegur [2], notamment, décrit en 1809 l'état d'inconscience transitoire que le magnétisme peut produire et l'ouverture que cet état instaure quant à l'exécution d'actions commandées par autrui. Le rôle du contact verbal entre le magnétiseur et le magnétisé est souligné et l'effet que cette influence peut produire est interrogé. L'objectif devient de déterminer sur une personne une modification psychologique très profonde et très nette, au moment désiré, et de ramener ensuite cette personne à son état normal sans troubles majeurs.

L'hypnose prend ensuite la place du magnétisme. Adoptant une attitude plus scientifique, ceux qui la pratiquent recherchent des lois psychologiques plutôt que des forces issues du monde extérieur pour expliquer ses effets. Les neurologues et les médecins aliénistes participent à l'investigation du processus d'hypnotisation et des facteurs qui le déterminent. Les rôles de l'émotion, de l'attention, de la fatigue sont ainsi soulignés. Charcot cherche à éliminer la simulation en définissant l'état neurologique puis le sommeil hypnotique [3]. Pour les aliénistes – Lasègue, Morel, Georget, Liébault... –, « La suggestion verbale est la clé de l'hypnose » ; comme le formule Bernheim en 1884 : « *Liébault endort par la parole et guérit par la parole* » [4]. Le rôle de la suggestion devient un domaine majeur d'investigation où le langage prend sa place.

La fin du XIX^e et le début du XX^e siècle sont ainsi marqués par les thérapeutiques suggestives. Des revues neurologiques, médicales ou philosophiques, des thèses de médecine, de multiples volumes, présentent les récits d'innombrables guérisons de toutes les maladies possibles par de simples suggestions verbales, soit pendant l'état de sommeil hypnotique, soit pendant l'état de veille.

Un nouveau facteur est progressivement pris en compte : le degré de suggestibilité propre au patient dans sa réponse à la suggestion de sommeil ou d'assoupissement. Ce facteur est toutefois insuffisant pour expliquer la possibilité ouverte par la suggestion que soit racontée une foule d'événements traumatiques auxquels il n'est pas fait allusion pendant la veille et qui semblent oubliés au réveil. Janet parle ici de « subconscience par désintégration ». Un tel phénomène produit toute une série de troubles secondaires que l'on peut guérir par une expression des souvenirs, même durant la veille. La suggestion peut permettre ainsi de réintégrer des niveaux de pensée absents dans les réactions spontanées (les « tendances »). Janet décrit également comment la suggestion (internalisée par le sujet) peut être associée à la réalisation d'actions inappropriées en rapport avec le langage.

Pour Freud [5], en 1916, la suggestibilité est une tendance au transfert qui donne une portée particulière à la parole du thérapeute. La seule tâche de celui-ci est d'écarter tout ce qui s'y oppose (comme c'est souvent le cas avec l'hypnose). Cette approche donne accès au mécanisme de la guérison : celui-ci consiste à ranimer le conflit pathogène et à surmonter la résistance induite par le refoulement.

L'histoire des psychothérapies montre ainsi comment une observation – l'influence du contact verbal au cours d'un état d'inconscience transitoire provoqué – est devenue un concept – la suggestion – et a conduit à la description d'objectifs et de techniques psychothérapeutiques auxquels une théorie du changement a été associée.

1.2 L'analyse critique janétienne

À l'issue de sa présentation de l'histoire des psychothérapies, Janet [1] discute d'abord la vérité des observations relatées (*les données*). À défaut de statistiques, il considère que bon nombre d'observations de malades, en particulier celles réalisées par des magnétiseurs, sont rapportées de façon minutieuse. Plusieurs d'entre elles font écho à des observations personnelles qu'il a

publiées. L'ensemble leur confère une fiabilité. Ces observations posent cependant plusieurs problèmes : dimension imprécise du diagnostic, nombre probablement faible des résultats favorables par rapport au nombre total de tentatives, durée limitée de ces résultats favorables qui ne mettent pas à l'abri de rechutes, et surtout manque d'indication par les praticiens des lois sur lesquelles ils s'appuient, de ce qu'ils veulent obtenir et ce qu'ils redoutent.

En un mot, les *interprétations* que les devanciers de Janet présentent de leurs succès thérapeutiques sont toujours très vagues et souvent d'une fausseté évidente. « *Ils ont réussi en fait à guérir certains malades, mais ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils ont fait et ils attribuent leur succès à un détail qui a peut-être joué un rôle insignifiant.* » [1, p. 59], Janet engage ainsi une investigation approfondie de ce qui peut agir au-delà de l'explication des effets produits par leurs auteurs.

De façon générale, Janet recherche les invariants principaux qui peuvent expliquer les effets d'interventions psychothérapiques aussi diverses que celles qu'il a présentées. Ce sont notamment l'autosuggestion liée au cadre et l'effet particulier que l'intervention – et la relation interpersonnelle qui l'accompagne – produit sur le fonctionnement psychique. Cet effet peut reproduire des états physiologiques tels que l'émotion et la fatigue, à l'origine de crises et de dysfonctionnements mais qui peuvent être favorables lorsqu'ils sont associés à des interventions psychothérapiques pertinentes.

Janet termine son bilan par le constat suivant : « *Il est facile de comprendre cette importance de l'interprétation scientifique des guérisons même réelles. La simple constatation d'un phénomène ne permet pas son utilisation : les applications scientifiques, les prévisions, les reproductions dépendent non de l'observation, mais de la connaissance de la loi, c'est-à-dire de l'interprétation. On peut obtenir des succès pratiques avec des procédés mal compris, mais on ne peut en aucune façon prévoir ces succès, ni les reproduire. On ne peut pas progresser en passant d'un cas à un autre, ni profiter de l'expérience, on se borne à compter sur des séries heureuses, et si les séries sont trop mauvaises on se console en disant comme Dubois (de Berne) que c'est la faute des malades qui sont décidément trop aliénés.* » [1, p. 59-60].

Pour Janet, l'observation de résultats positifs est donc insuffisante. Cette observation doit être complétée par son *interprétation* scientifique. La façon dont Janet décrit le rapport thérapeutique à la suggestion – une façon de rétablir chez le patient un espace de pensée qui lui a échappé – est impressionnante. Rien n'est prouvé, mais l'élimination des explications primaires et la sélection des hypothèses qui ont un fondement psychologique potentiel sont déjà une étape importante d'un abord scientifique.

2 L'evidence-based medicine et ses limites

Un siècle a passé. Qu'en est-il aujourd'hui de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies dans le contexte de la médecine fondée sur les données probantes (*evidence-based medicine* [EBM]) ? Les anciennes thérapies ne cessent de réapparaître avec de nouvelles pousses, mais paradoxalement, la même question revient : pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie agit-elle ?

2.1 Le cadre de l'EBM

Le courant de l'EBM, appliqué à l'ensemble de la médecine, a opéré une réactualisation brutale des questions portant sur l'efficacité des psychothérapies et l'explication de leurs effets.

Pour répondre à la question de l'efficacité, le principe de départ qui a guidé la méthodologie des recherches « *evidence-based* » sur les psychothérapies a été de considérer les psychothérapies comme des traitements similaires à ceux réalisés avec les psychotropes, à savoir des traitements portant sur des troubles définis par le DSM comme des configurations de symptômes [6], et dont le résultat est évalué par la réduction de ces symptômes. Cela a conduit à adopter un modèle où l'application d'une technique définie peut permettre d'atteindre l'objectif attendu sans que la causalité qui sous-tend le résultat soit clairement identifiée.

La méthodologie préférentielle correspondante a été celle des essais cliniques randomisés, c'est-à-dire la comparaison suivant un protocole expérimental des résultats de deux groupes de patients, l'un comportant l'intervention potentiellement active et l'autre non. La procédure de comparaison avant/après permet de conclure que les bénéfices observés sont dus aux effets du traitement et non à la chance ou à des facteurs confondants tels que l'écoulement du temps, les effets de l'évaluation psychologique ou la présence de différents types de patients dans les conditions variées du traitement.

Dans sa réalisation, cette démarche s'est heurtée pour les psychothérapies à deux problèmes majeurs :

- une psychothérapie ne se réduit pas à l'application d'une technique déterminée sur un sujet passif qui serait un clone des patients partageant une configuration similaire de symptômes ;
- leur champ d'application en conditions naturelles concerne des psychopathologies complexes et des interventions complexes.

Le terme « complexe » associé à une psychopathologie décrit la multiplicité de ses composantes, la variabilité de son expression et de ses origines potentielles, ainsi que les mécanismes d'adaptation qui l'accompagnent. La complexité d'une intervention est caractérisée selon le *Medical Research Council* [7] par :

- le nombre et les interactions entre les différents composants de l'intervention ;
- le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui donnent et ceux qui reçoivent l'intervention ;
- le nombre et la variabilité des résultats ;
- le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention ;
- le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention.

Quant à la complexité de l'évaluation des interventions, elle est induite par :

- la difficulté de standardiser le protocole et la délivrance des interventions ;
- la sensibilité aux caractéristiques du contexte local ;
- la difficulté d'appliquer des méthodes expérimentales ;
- la longueur et la complexité des chaînes causales reliant l'intervention et les résultats.

La prise de conscience de ces critères pourrait conduire à la conclusion que la définition de l'action thérapeutique dans les troubles complexes rend impossible sa description et *a fortiori* impossible l'explication de ce qui cause ses effets.

Ce constat inciterait à se satisfaire des résultats globaux, chez le « sujet moyen » – en fait, relativement exceptionnel en dehors des critères de sélection propres à l'étude –, qu'apportent les essais cliniques réalisés pour les principales approches psychothérapeutiques. Les conséquences de ce choix, déjà très insatisfaisant en termes méthodologiques [8-11], le rendent inacceptable sur le fond car il cautionne une réduction de la pratique à l'application de techniques préformatées, aux dépens de l'analyse psychopathologique et des particularités du patient qui guident l'action du clinicien.

2.2 La voie de l'Association américaine de psychologie

Les constatations issues des études réalisées au cours des 30 dernières années ont montré qu'une psychothérapie est un construit spécifique ajusté aux besoins et aux possibilités du patient ; la dynamique transactionnelle qui s'établit entre lui et le thérapeute intervient dans les actions qui en découlent. C'est sur cette base que l'Association américaine de psychologie (APA) est revenue en 2005 [12] sur la position initiale qu'elle avait acceptée de prendre dans les années 1980, sous l'influence du développement de l'*evidence-based medicine*, à savoir se conformer à la méthodologie employée pour les psychotropes. L'APA a ainsi redéfini ce que peut être une pratique fondée sur des données probantes en psychologie et, à cette occasion, l'éventail des méthodologies de recherche qui peuvent en relever. Il ne s'agit plus d'appliquer une technique préformée en laboratoire, mais de la concevoir à partir de l'expertise psychologique approfondie du patient dans sa particularité et des meilleures connaissances disponibles issues de la recherche.

Neuf méthodologies de recherche sont ainsi proposées dans ce programme de l'APA [12, p. 274]. Sans entrer dans le détail de leur présentation, mettons en exergue deux points forts qui sous-tendent leur définition :

- les méthodes proposées pour compléter les essais cliniques, voire se substituer à ceux-ci, sont finalement très proches du processus de conceptualisation, d'intervention et de test du clinicien dans sa pratique ; ces méthodes intègrent des dimensions qualitatives, la mise en relation du processus avec le résultat et la réalisation en conditions naturelles ;
- un des axes méthodologiques est de favoriser la possibilité de regrouper les études individuelles et de les systématiser à partir de réseaux de recherche.

3 **Comment évaluer les processus complexes de changement ?**

L'enjeu de l'évaluation des psychothérapies semble finalement résider dans les modalités selon lesquelles le clinicien peut se rapprocher de la recherche empirique, non pas pour devenir nécessairement un chercheur, mais pour que le travail qu'il réalise, les observations qu'il recueille, et l'expérience qu'il acquiert puissent non seulement bénéficier au patient par la qualité de sa pratique, mais aussi contribuer à élargir une base structurée de connaissances sur les questions rencontrées [13].

À la question de l'efficacité en elle-même des psychothérapies, se greffe celle de la justification de cette efficacité, c'est-à-dire la question de ce qui fonde les processus de changement : « Pourquoi, comment et dans quelles conditions la psychothérapie qui est conduite peut-elle produire un effet ? ». C'est une question que chaque clinicien se pose dans la pratique. Il constate les effets de son travail, mais sans véritable méthode pour en comprendre les ressorts et les transmettre, même s'il dispose d'un ensemble d'outils théoriques et pratiques issus de cliniciens et quelquefois de chercheurs qui ont décrit leurs observations, actions et résultats.

Cependant, cette question de la méthode est aussi devenue un objectif central de la recherche en psychothérapie depuis les années 2000 [14], et a beaucoup progressé en relation aux limites, paradoxes et incohérences rencontrés à partir des études réalisées suivant la méthodologie des comparaisons de groupes. **PHRASE À REVOIR** L'une des difficultés partagées par les communautés de cliniciens et de chercheurs est l'écart qui existe entre ce que l'on pense faire et ce que l'on fait vraiment.

Nous illustrerons la méthodologie qui s'est constituée pour faire face à ce type de difficultés avec les apports des études de cas individuels (voir § 3.1) et de l'approche des facteurs de risque relativement aux mécanismes causaux des changements (voir § 3.2).

3.1 **Études de cas individuels**

Intégrées à différentes méthodes, isolées ou regroupées, les études de cas individuels peuvent répondre à de multiples questions cliniques et théoriques, souvent intriquées [15].

Ces études de cas sont aujourd'hui souvent qualifiées « de nouvelle génération » pour situer les critères qui les distinguent de récits cliniques peu précis. Elles sont généralement « mixtes », au sens où elles associent le quantitatif et le qualitatif, de façon complémentaire :

- les données numériques, quantitatives, sont susceptibles de :
 - fournir une signification stable à travers le temps,
 - contrôler la qualité des données *via* l'établissement de procédures psychométriques,
 - réduire de manière efficiente la quantité importante de différences complexes parmi la multitude des cas inclus,
 - établir un contexte objectif et normatif pour comparer des patients individuels,
 - créer des lois de déductions « du haut vers le bas » [16],

- les descriptions qualitatives ont pour avantages de :
 - produire des descriptions denses qui incluent le détail, la complexité, le contexte, la subjectivité et la nature multifacettes de la connaissance humaine,
 - capturer la structure narrative de la connaissance humaine,
 - ancrer les généralisations dans des exemples particuliers, selon un processus inductif ascendant « du bas vers le haut » [17].

Ces descriptions permettent d'introduire des éléments explicatifs du succès ou de l'échec des résultats d'une psychothérapie, comparativement à des cas similaires.

Comment et à quelles conditions ces études de cas de « nouvelle génération » et/ou mixtes produisent-elles des données probantes ? Nous nous appuyons ici sur trois exemples.

- Dans ses premiers articles, comme dans son manuel de méthodologie [18, 19], Kazdin situe les études de cas « quasi-expérimentales » dans un continuum avec les études « expérimentales ». Les premières constituent des alternatives aux secondes lorsque celles-ci ne peuvent être appliquées pour des raisons éthiques, méthodologiques ou pratiques inhérentes à la situation clinique (ce qui est le cas des psychothérapies complexes). Il est possible de situer le niveau de preuve de chaque étude de cas, du récit anecdotique (niveau 0) à l'étude structurée, répliquée, et prenant en compte les obstacles à la validité interne (niveau 3). Les études de niveau 3 ont un niveau de preuve très proche de celui des études expérimentales. La possibilité est ainsi introduite pour les études de cas naturalistes de se situer à des niveaux de preuve similaires, voire supérieurs, à ceux des essais cliniques randomisés.
- Hilsenroth, rédacteur en chef de *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* a lancé en 2010 un appel à soumission pour publication d'études de cas fondées sur les données probantes dans cette revue [20]. Ces études doivent être issues de données verbatim, ou de notes extensives prises pendant ou immédiatement après la séance, et comprendre des mesures spécifiques de résultats – symptômes et fonctionnement (bien-être subjectif, fonctionnement global, fonctionnement interpersonnel, social/au travail) –, des mesures de la personnalité et des mesures du processus, effectuées à plusieurs reprises au cours du traitement. De telles mesures doivent permettre d'évaluer les principales interventions et les mécanismes de changement relatifs à la méthode spécifique de traitement. La discussion sur les interventions thérapeutiques ne doit pas être présentée dans une perspective globale ou abstraite. Il est mentionné que ces précisions répondent aux critères de l'Association américaine de psychologie pour la pratique fondée sur des données probantes [12], ainsi que pour l'évaluation des recommandations thérapeutiques relativement à leur utilité clinique [21]. Un aspect essentiel de ce « cahier des charges » est celui de la description du processus : plusieurs instruments existent dont le *Psychotherapy Process Q-set* (PQS) [22] et ses versions enfant (CPQ) et adolescent (ACQ) qui sont traduites en français.
- Avec un format différent, Fishman a créé en 2005, dans le cadre des journaux de l'APA, la revue *Pragmatic Case Studies* [23]. Il s'agit d'un journal pluraliste avec évaluation en ligne par des pairs et libre accès sur Internet. Le journal constitue en lui-même une base d'études de cas systématisées, destinée à faciliter la généralisation inductive à partir de cas

individuels. Cela est crucial à long terme, chaque cas étant limité dans sa généralisabilité : plus il y a de cas particuliers, de problèmes présentés, de types démographiques, plus la capacité de généralisation est grande.

3.2 Mécanismes causaux des changements et approche des facteurs de risque

Plusieurs méthodes assorties de concepts descriptifs peuvent être utilisées pour aborder les mécanismes causaux des changements dans la pratique des psychothérapies et des interventions complexes, c'est-à-dire la question de l'« interprétation » soulevée par Janet [3]. Kazdin *et al.* (1997) en ont développé les bases méthodologiques générales dans un article séminal relatif aux facteurs de risque en psychopathologie développementale [24].

Soulignons qu'en psychopathologie développementale, les changements de trajectoires qui conduisent à des résultats positifs sont tout aussi intéressants que les évolutions négatives : on peut vouloir comprendre les facteurs qui contribuent au développement des relations positives avec les pairs, aux transitions réussies à l'école, ou à l'adaptation à des circonstances défavorables (tels la pauvreté ou un contexte « difficile »). *La recherche des facteurs de risque, comme approche thérapeutique, englobe donc à la fois l'étude des facteurs négatifs et des facteurs de protection.* Il ne s'agit pas seulement de limiter les résultats indésirables, mais également de concevoir les facteurs (les interventions) qui peuvent ré-ouvrir un chemin.

Le praticien est généralement en présence de chaînes causales qui conduisent à une évaluation multifactorielle de la situation de départ et pas simplement à un diagnostic simple conduisant à une réponse simple. Le diagnostic englobe des facteurs développementaux, des facteurs contextuels (historiques et actuels) d'environnement et de déclenchement, des vulnérabilités, des mécanismes de défense et des organisations pathologiques. Il peut impliquer différents niveaux d'analyse (par exemple, les prédicteurs biologiques d'états psychologiques tels que le sommeil et la dépression) et leur modulation par des facteurs environnementaux (par exemple, le stress).

Nous illustrerons l'approche « facteurs de risque » en prenant l'exemple d'un enfant de 11 ans souffrant de troubles autistiques et chez lequel la « formulation de cas » signale le *problème de manifestations émotionnelles intenses*, comme indiqué dans le graphique (très simplifié) présenté dans la *figure 1*.

Les thérapeutes n'envisagent pas *a priori* un traitement médicamenteux pour réduire ces manifestations émotionnelles et cherchent les facteurs qui peuvent les expliquer.

- La formulation de cas décrit des facteurs précipitants (en gris foncé sur la gauche). Ce sont les situations contraignantes de groupe, les examens corporels et les discontinuités. En dehors de ces contextes accompagnés de manifestations émotionnelles intenses, l'enfant est plutôt dans le retrait.
- Le thérapeute recherche quels sont les déficits et les dysfonctionnements qui peuvent expliquer ces réactions (*variables causales 1*) : l'enfant ne parle pas (déficit du langage pour s'exprimer) et, par ailleurs, il apparaît insécurisé, il a peur.

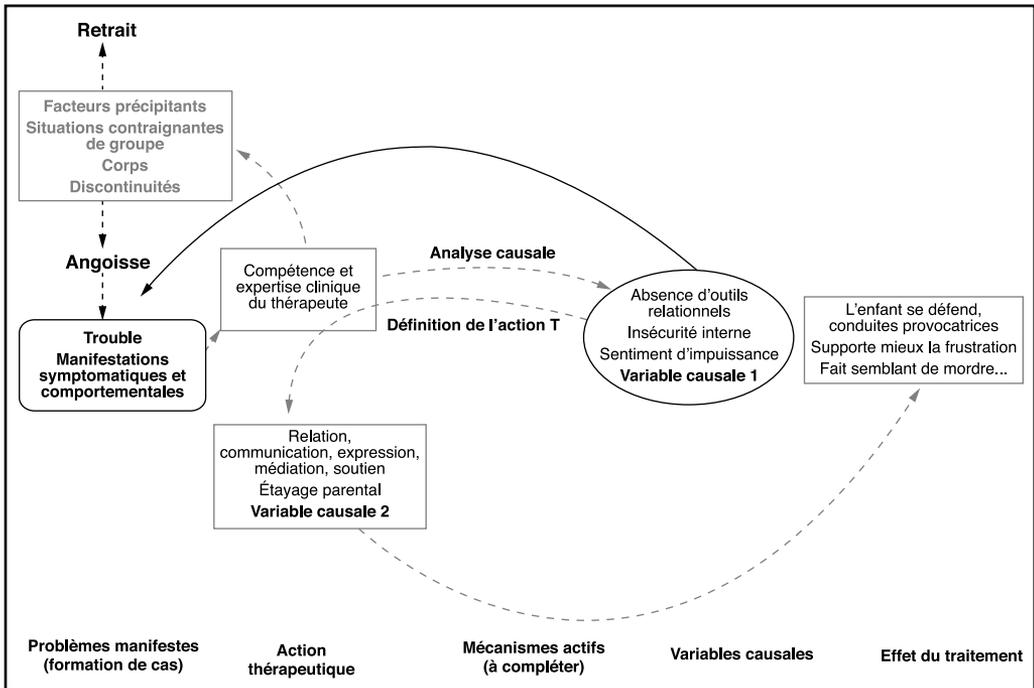


Figure 1. Un exemple de l'approche « facteurs de risque ».

- Sur ces bases, le thérapeute envisage une intervention à deux niveaux :
 - dans le cadre d'une relation adaptée à l'enfant : lui parler, interpréter son comportement, essayer de lui faire exprimer ses sentiments, éventuellement utiliser une technique de médiation pour jouer avec lui la situation qui lui fait peur. L'attitude générale du thérapeute est le soutien et l'attention,
 - parallèlement, le thérapeute a parlé avec les parents et ils ont convenu ensemble des attitudes les plus favorables pour la réassurance et l'accompagnement de l'enfant quand il est exposé.
- Ces éléments constituent l'*action thérapeutique (variable causale 2)* qui peut répondre à la variable 1 en réduisant le facteur « insécurité » et en centrant les interventions spécifiques sur la communication, le langage et l'expression émotionnelle. Cette action intervient par la boucle 2 (en gris clair).
- L'*effet de l'intervention* est une tolérance à la frustration, avec réduction des troubles du comportement associés, mais surtout une sortie du repli autistique avec expression directe de conduites provocatrices et de défenses actives. La recherche d'autres éléments explicatifs de l'évolution que ceux mentionnés dans cette description est négative. La description de

tous ces éléments est issue des indicateurs de comportement et développement manifestes, ainsi que de l'instrument de processus qui décrit précisément les attitudes de l'enfant et du thérapeute et leurs interactions au cours de l'année d'évaluation.

Sur quelles bases une telle observation détaillée du processus thérapeutique peut-elle conduire à des connaissances plus générales sur ce qui fonctionne dans telle ou telle situation ? Par la réplique « cas par cas » [25]. Il ne s'agit pas d'une réplique à l'identique, impossible à réaliser bien sûr, mais d'une réplique avec des cas similaires et suivant une méthodologie identique ou la plus similaire possible. Ces répliques permettent de dégager des traits communs inter-cas mais aussi des différences dont la valeur est importante, que les facteurs explicatifs soient contextuels ou internes à la psychothérapie.

Avec un nombre de cas qui s'élève, les approches statistiques redeviennent possibles. Elles permettent de regrouper les psychothérapies similaires, d'identifier les éléments communs et les éléments spécifiques qui participent à l'action thérapeutique, d'en amorcer la modélisation, en sachant que l'hétérogénéité des cas et des processus individuels de changement ne permet jamais de suivre une route toute tracée.

D'autres approches peuvent compléter cet abord général comme l'analyse séquentielle des interactions entre le patient et le thérapeute, la recherche avec construction théorique, la recherche centrée sur un problème clinique ou la recherche centrée sur les événements de la cure [15, 26, 27].

Conclusion

Avons-nous avancé depuis le tableau de la recherche en psychothérapie dressé par Janet en 1923 et les recommandations qu'il avait alors formulées ?

Le développement de l'EBM avait engagé la recherche en psychothérapie sur la voie d'une identification des interventions à des psychotropes, avec l'idée d'une correspondance directe entre trouble identifié et technique appropriée, suivant le modèle médical classique (voir *chapitre 2*). L'inaptitude par nature de l'EBM quant à l'explication des résultats a conduit à un ensemble de recherches qui ont réorienté les études vers un nouveau paradigme, incluant l'activité du patient et son fonctionnement, l'ajustement dynamique du thérapeute et les effets de leur interaction. La *complexité* est le maître-mot de ce nouveau paradigme, mais celui-ci s'accompagne d'outils conceptuels et méthodologiques pour affronter cette complexité. Les biais ont été identifiés [28], des instruments descriptifs ont été élaborés, la relation entre cliniciens et chercheurs, « réparée », s'est orientée vers une indispensable collaboration. Les études de cas se sont restructurées et des bases de données les accueillent. Les objectifs ont été clarifiés : il s'agit de comprendre pourquoi, comment et dans quelles conditions une psychothérapie produit des effets, ceci incluant la compréhension des mécanismes, psychologiques et biologiques, qui participent à l'efficacité des interventions [29].

Comment consolider l'engagement dans cette aventure initiée depuis plusieurs années par les chercheurs et les cliniciens ? Le sujet en interaction est redevenu l'axe central d'une recherche ajustée à la complexité des situations. Cette évolution doit beaucoup aux chercheurs et

méthodologistes qui ont œuvré dans ce sens, mais, comme le soulignent Barkham *et al.* [30], elle doit aussi permettre une implication plus grande des cliniciens dans le développement et la délivrance de données probantes issues de la pratique.

Références

- [1] Janet P. (1923). *La Médecine psychologique*. Paris : L'Harmattan, 2005 : 174 p.
- [2] Chastenet de Puysegur AMJ. *Recherches, expériences et observations physiologiques sur l'homme dans l'état du somnambulisme naturel, et dans le somnambulisme provoqué par l'acte magnétique*. Paris : JG Dentu, 1811 : 430 p.
- [3] Charcot JM. *La foi qui guérit*. Paris : Félix Alcan, 1897 : 40 p.
- [4] Bernheim H. (1884). *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*. Paris : L'Harmattan, 2004 : 166 p.
- [5] Freud S. (1916). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1979 : 443 p.
- [6] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition) – DSM-5*. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013 : 992 p.
- [7] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, *et al.* Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008 ; 337 : 979-83.
- [8] Kazdin AE. Comparative outcome studies of psychotherapy: methodological issues and strategies. *J Consult Clin Psychol* 1986 ; 54 : 95-105.
- [9] VandenBos GR. Psychotherapy research: a special issue. *Am Psychol* 1986 ; 41 : 111-2.
- [10] 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'Encephale* 2006 ; 32 : 402-12.
- [11] Thurin JM. Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN* 2016 ; 14 : 29-51.
- [12] APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006 ; 61 : 271-85.
- [13] Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 2008 ; 63 : 146-59.
- [14] Kazdin AE. Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology Science and Practice* 2001 ; 8 : 143-51.
- [15] Thurin JM. *Caractériser et comprendre le processus de changement des psychothérapies complexes. Modélisation des processus, mécanismes et conditions des changements associés à la psychothérapie de 66 enfants et adolescents présentant des troubles du spectre autistique* [Thèse de Sciences Cognitives]. Paris : Université Paris-Descartes, 2017.
- [16] Stiles WB. Numbers can be enriching. *New Ideas in Psychology* 2006 ; 24 : 252-62.
- [17] Fishman DB. L'étude de cas pragmatique : une méthode de recherche rigoureuse et systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies* 2013 ; 33 : 3-12.
- [18] Kazdin AE. Drawing valid inferences from case studies. *J Consult Clin Psychol* 1981 ; 49 : 183-92.
- [19] Kazdin AE. Observational research: case-control and cohort designs. In : Kazdin AE, ed. *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Harlow : Pearson, 2014 : 233-64.

- [20] Hilsenroth MJ. Evidence-based case study. In: Hilsenroth MJ, ed. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2010 ; 47 : V-VI. <http://www.apa.org/pubs/journals/pst/evidence-based-case-study.aspx>
- [21] American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol* 2002 ; 57 : 1052-9.
- [22] Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM, *et al.* Traduction française du Psychotherapy Process Q-set (PQS, E. E. Jones, 2000). *Pour la Recherche* 2009 ; 61 : 1-12.
- [23] Fishman DB. Editor's introduction to PCSP - From single case to database. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 2005 ; 1 : 1-50.
- [24] Kazdin AE, Kraemer HC, Kessler RC, Kupfer DJ, Offord DR. Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clin Psychol Rev* 1997 ; 17 : 375-406.
- [25] Hilliard RB. Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *J Consul Clin Psychol* 1993 ; 61 : 373-80.
- [26] Carey TA, Stiles WB. Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clin Psychol Psychother* 2016 ; 23 : 87-95.
- [27] Elliott R. Psychotherapy change process research: realizing the promise. *Psychother Res* 2010 ; 20 : 123-35.
- [28] Wampold BE, Flückinger C, Del Re AC, *et al.* In pursuit of truth: A critical examination of meta analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res* 2017 ; 27 : 14-32.
- [29] Thurin JM. Un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée ? Introduction à deux articles de E. Kandel. *Evol Psychiatr* 2002 ; 67 : 3-11.
- [30] Barkham M, Hardy GE, Mellor-Clark J. *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester (R.-U.) : Wiley-Blackwell, 2010 : 408 p.