

Chapitre de l'ouvrage Loisel Y, Surjous L. L'alliance thérapeutique, facteurs communs des psychothérapies. MJW Édition; 2023.

Histoire et enjeux de l'évaluation des psychothérapies

La psychothérapie est une pratique de soin psychique non médicamenteuse, dont la forme classique consiste en un dialogue interpersonnel entre le thérapeute et le patient. Elle existe également sous forme groupale, et/ou médiée par des activités artistiques ou corporelles. On distingue généralement quatre abordages psychothérapeutiques principaux : psychanalytique, cognitif-comportemental, systémique, humaniste (relativement méconnu en France, il est issu des travaux de Carl Rogers qui pointent en particulier l'importance de la qualité interpersonnelle entre le thérapeute et le patient).

Existant depuis un environ un siècle sous sa forme moderne inventée par S. Freud, elle s'est imposée comme un traitement important du psychisme souffrant, à la faveur d'intenses débats et de recherches audacieuses qui en ont montré toute l'utilité. Plusieurs travaux récents^{1,2,3}, en langue française, ont informé le lecteur des débats historiques et actuels du champ de recherche consacré à l'étude des psychothérapies, qui, en dépit d'un dynamisme indéniable, sont largement méconnus des praticiens⁴. L'originalité de notre propre contribution à cette question déjà bien traitée, est d'interroger une éventuelle spécificité de la psychothérapie vis-à-vis de la médecine. En particulier, nous défendons que les méthodologies récentes de recherche en psychothérapie, centrées sur l'individu et la rencontre clinique, restent fondamentalement calquées sur une conception médicale de la psychothérapie et ne sauraient constituer une reconnaissance louable et tardive de sa spécificité.

En revanche, à l'instar des autres auteurs mentionnés, nous présentons ici essentiellement les arguments opposant les tenants de la psychanalyse à ceux des thérapies cognitives et comportementales ; en effet ces deux approches ont eu, ou prétendu à, une position hégémonique ; elles sont donc largement plus représentées que les deux autres principales écoles (système et humaniste). Néanmoins, il n'y a aucune spécificité dans ces débats qui ne concerneraient pas un abord thérapeutique particulier, comme nous tâcherons de le montrer. Enfin, on notera la prépondérance très nette des travaux américains ; de fait c'est essentiellement aux USA qu'ont eu lieu ces débats mais nous tenterons également d'en illustrer toute la pertinence par rapport aux controverses françaises.

Dans un premier temps, nous décrivons synthétiquement les principaux développements et acquis de la recherche sur l'évaluation des psychothérapies, puis il s'agira d'inscrire ceux-ci dans le champ plus large de l'épistémologie moderne de l'évaluation des soins en médecine. Enfin, nous nous interrogerons sur la nécessité, et la possibilité, d'une épistémologie propre à la psychothérapie.

1/ L'évaluation des psychothérapies : retour sur un siècle de recherches

S. Freud a revendiqué un certain nombre de découvertes psychopathologiques et thérapeutiques. Il estime ainsi avoir mis au jour un mécanisme psychique, le refoulement, qui jouerait

¹ F. Gonon, P-H. Keller, « L'efficacité des psychothérapies inspirées par la psychanalyse: une revue systématique de la littérature scientifique récente », *L'Encéphale* 47, 1, 2021, p. 49-57.

² T. Rabeyron, « L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse », *L'Évolution Psychiatrique*, 86, 3, 2021, p. 455-488.

³ G. Visentini, *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Paris, PUF, 2021.

⁴ Ce constat, souvent déploré, est par exemple établi par Y de Roten, « La crise de la science clinique », *Psychothérapies*, 41, 4, 2021, p. 185-186.

un rôle pathogène dans la névrose ; et qui se soignerait en conséquence par une technique spécifique : l'association libre. Cette consigne donnée au malade selon laquelle il est tenu de dire le contenu de ses pensées au gré de ses associations, permettrait, accompagnée d'autres interventions comme les interprétations, la levée du refoulement, c'est-à-dire la remémoration du souvenir dont l'oubli était précisément cause du symptôme, qui disparaîtrait alors. Le corollaire de cette assertion est une hypothèse concernant l'efficacité de la psychanalyse⁵, qui serait supérieure à celle des thérapies basées sur la suggestion, comme l'hypnose, que Freud a pratiquée avant de concevoir la psychanalyse. En effet, la spécificité, postulée, de l'action psychanalytique sur les mécanismes causaux du trouble contraste avec l'absence d'une telle action s'agissant de la suggestion hypnotique. Celle-ci serait en conséquence moins efficace. Ces hypothèses, l'une concernant un mécanisme psychique, l'autre concernant l'efficacité du soin agissant sur ce mécanisme, ont, durant la vie même de Freud, fait l'objet de tentatives de vérifications empiriques. On les distingue en quatre générations de recherches selon la proposition du psychanalyste américain R. S. Wallerstein⁶. Les premières correspondant à des études précédant l'utilisation des essais randomisés contrôlés, méthodologie devenue incontournable et que nous décrivons plus loin.

Ainsi, la première étude d'évaluation de l'efficacité de la psychanalyse est attribuée à Isador Coriat⁷ et date de 1917. L'article débute par un constat qui restera longtemps d'actualité : « La principale critique adressée au traitement psychanalytique des névroses est qu'il n'existe pas de statistiques sur les résultats de cette méthode, comme c'est le cas dans les domaines de médecine clinique. Il apparaît que cette attitude sceptique est justifiée et c'est dans le but de désarmer ou de minimiser ces critiques que l'étude statistique suivante a été entreprise. ». I. Coriat fait état du traitement de 93 patients par psychanalyse dont 73% sont jugés guéris ou améliorés. D'autres études ont ensuite porté sur des échantillons plus importants, tout en restant relativement sommaires sur le plan méthodologique. On les trouve décrites ici⁸ en français. On peut néanmoins citer parmi les travaux les plus poussés de ces premières générations de recherche, le Projet de Recherche sur la Psychothérapie (PRP)⁹ de la Fondation Menninger. Initié en 1954, après 5 ans de conception, par R.S.Wallerstein lui-même, ce programme avait l'ambition d'étudier à la fois l'efficacité et les mécanismes de changement induits par la psychanalyse. Portant sur 42 patients, sévères, dont la moitié était traitée par cure psychanalytique et l'autre moitié par psychothérapie psychanalytique, dite de soutien, ce programme de recherche est toujours considéré comme une référence en matière de mise à l'épreuve expérimentale de la psychanalyse, du fait de la longueur du suivi (jusqu'à 30 ans) et de la qualité des données recueillies (169 variables, obtenues par divers moyens : enregistrement des séances, entretien avec la famille, échelles de fonctionnement...). Le PRP a montré l'efficacité des soins prodigués et conduit à la relativisation de la distinction entre changement comportemental symptomatique et changement de personnalité, visé spécifiquement par la cure analytique. De fait, la thérapie de soutien ne semblait pas agir moins « en profondeur » que la thérapie analytique, contrairement aux attentes. Ces principales conclusions tempèrent la prétention à une action spécifique du traitement psychanalytique « orthodoxe ».

Peu avant que le PRP soit initié, le psychologue d'origine allemande, immigré à Londres, Hans Eysenck, qui est à ce jour l'auteur le plus cité dans le champ de recherche concerné, publiait un *article

⁵ S. Freud, 1904-1919, *La technique psychanalytique*, Paris, PUF, 2013, p. 4.

⁶ R. S. Wallerstein, « The generations of psychotherapy research: An overview », *Psychoanalytic Psychology* 18, 2, 2001, p. 243.

⁷ I. H. Coriat, « Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses », *The Psychoanalytic Review* (1913-1957), 4, 1917, p. 209.

⁸ Se référer à l'ouvrage de G. Visentini déjà cité et à la contribution de M. Robert : « État actuel des recherches appliquées à la psychanalyse et à la psychothérapie psychanalytique » dans G. Fischman (dir), *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse*, Paris, Elsevier Masson, 2009.

⁹ R. S. Wallerstein, « The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: an overview », *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 2, 1989, p. 195.

important¹⁰ remettant en question l'efficacité de la psychothérapie et en particulier celle de la psychanalyse. Cette toute première revue systématique sur le sujet, porte sur 24 travaux d'évaluation de l'efficacité de la psychanalyse pour des névrosés, comparée à celle retrouvée dans deux travaux portant sur l'évolution spontanée de névrosés. Or, les résultats indiquent selon H. Eysenck que celle-ci est plus favorable (amélioration de 72%) que celle des patients suivis en thérapie « éclectique » (64%) et que celle des patients suivis en psychanalyse (44%) ; suggérant une iatrogénie de la psychothérapie. Ces conclusions sont largement reprises et diffusées, en dépit de critiques importantes¹¹ sur la comparabilité des deux groupes de patients concernés (sans psychothérapie et avec psychothérapie). Dans une étude de réplcation de cette revue de la littérature, en 1961¹², Eysenck défend l'idée d'une supériorité de la psychothérapie basée sur la théorie de l'apprentissage par rapport à la psychanalyse ; distinguant ainsi les thérapies fondées sur des principes scientifiques (la thérapie comportementale) de celles qui ne le sont pas. On a là deux des sujets majeurs de la recherche en psychothérapie pour les décennies suivantes : la question de l'efficacité absolue de la psychothérapie et celle de l'efficacité relative des psychothérapies les unes par rapport aux autres. Et ce n'est que depuis très récemment qu'on peut considérer ces deux débats comme clos, comme nous le verrons plus loin.

La remise en question de l'efficacité de la psychothérapie psychanalytique s'intensifie dans le dernier quart du XX^e siècle à la faveur d'une évolution méthodologique importante en médecine : l'essor des essais randomisés contrôlés (ERC) suivi de l'émergence de l'Evidence Based Medicine¹³). Un ERC est un design de recherche clinique visant à établir si un traitement est efficace sur une pathologie donnée, il consiste à recruter un échantillon de malades attribué aléatoirement à un traitement, soit l'intervention étudiée, soit une intervention contrôle (qui est en général l'intervention de référence ou un placebo lorsqu'il n'y a pas de traitement de référence). Des tests statistiques permettent ensuite d'établir si la différence d'efficacité mesurée est attribuable au hasard. Lorsqu'on juge qu'il y a moins de 5% de chance pour qu'elle soit fruit du hasard, on dit que la différence est significative. L'ERC peut être raffiné par la procédure dite de double aveugle, particulièrement adaptée aux traitements médicamenteux (mais impossible à mettre en œuvre en psychothérapie), selon laquelle ni le médecin ni le patient ne savent quel traitement est délivré. La valeur probante est alors maximale dans la mesure où seule l'action réelle du médicament diffère des deux groupes et, qu'à moins d'un improbable coup du sort, la différence d'efficacité ne peut être que liée à celle-ci. Les ERC constituent sans conteste un dispositif raffiné, protégeant puissamment contre les biais d'autorité, de croyance qui conduisent les médecins depuis bien longtemps à proclamer l'efficacité d'un traitement sur la base de leurs observations cliniques. Comme nous le verrons plus tard, les ERC sont les héritiers d'une longue tradition empirique en médecine, dont l'un des grands succès fut la preuve de l'inefficacité des saignées¹⁴ en dépit de succès thérapeutiques pourtant manifestes, mais qui ne dépassaient pas ce qu'aurait permis une absence d'intervention. Le succès des ERC a conduit, dans un contexte politique et économique favorable, au paradigme dit de l'Evidence-Based-Medicine (EBM) visant à assurer que l'intervention du clinicien se base sur les meilleures données scientifiques disponibles. En pratique, l'EBM instaure une hiérarchie des valeurs de la décision médicale ; celle-ci devant se fonder au maximum sur des preuves formalisées, issues en particulier d'ERC, et le moins possible sur l'intuition et sur l'expérience personnelle. Cette évolution a eu un impact important sur le soin psychique avec l'adoption de cette méthodologie pour évaluer l'efficacité des psychotropes. La réponse de la principale institution psychologique mondiale, l'American Psychological Association (APA), a été, à

¹⁰ H. J. Eysenck, « The effects of psychotherapy: an evaluation », *Journal of consulting psychology*, 16, 5, 1952, p. 319.

¹¹ L. Luborsky, « A note on Eysenck's article the effects of psychotherapy: An evaluation », *British Journal of Psychology*, 45, 2, 1954, p. 129.

¹² H. J. Eysenck, « Psychoanalysis-myth or science? », *Inquiry*, 4, 1-4, 1961, p. 1-15.

¹³ M. Solomon, *Making medical knowledge*, Oxford, University Press, 2015, voir les pages 105 à 111 pour l'histoire de l'EBM.

¹⁴ Anne Fagot-Largeault le rappelle dans l'introduction de *L'émergence de la médecine scientifique*, Paris, Éditions Matériologiques, 2012.

partir des années 1980, de se calquer sur le modèle de l'EBM, c'est-à-dire de promouvoir la réalisation d'ERC évaluant l'efficacité de protocoles psychothérapeutiques pour des indications précises.

Le rapport fameux de l'APA de 1995¹⁵, *Task Force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report Adopted by the Division 12 Board*, illustre particulièrement l'ambition des psychothérapeutes de constituer une alternative crédible face au poids des psychiatres et de l'industrie pharmaceutique, perçus comme une menace existentielle (nous traduisons) : « Pour que la psychologie clinique survive à cet âge d'or de la psychiatrie biologique, l'APA doit agir pour mettre en avant la force de ce que nous avons à offrir - une variété de psychothérapies à l'efficacité prouvée ». Le programme est clair : il faut prouver l'efficacité des psychothérapies comme l'est celle des psychotropes ; et pour cela, les traitements doivent être standardisés, manualisés, (sur le modèle du traitement TCC de la dépression, manualisé en 1979, par A. Beck¹⁶ en vue d'une validation empirique). Les psychanalystes sont incités à rentrer dans le rang : « Avec la thérapie psychodynamique en particulier, l'utilisation de manuels de traitement est cruciale pour accomplir un certain degré de spécification du traitement ». Il s'agit d'une question de survie sur le marché du soin psychique : « nous concluons qu'il est essentiel d'obtenir davantage de preuves d'efficacité sur les résultats des thérapies psychodynamiques pour des troubles spécifiques pour que ce traitement survive sur le marché ». Une fois manualisés, les traitements doivent faire l'objet d'un ERC pour une indication spécifique, afin que l'APA puisse fournir la liste des traitements ainsi recommandables, dits *empirically supported treatment* (EST) : « Nous recommandons qu'une liste complète des traitements dont l'efficacité est documentée soit établie et mise à jour au fur et à mesure que de nouvelles preuves sont fournies. ». Du thérapeute est attendu le strict respect du traitement ainsi étudié et l'accent est mis sur la mesure d'efficacité générale davantage que sur la recherche de mécanismes de changement. La personnalisation du soin au patient concret n'est pas à l'ordre du jour, et à la question : « Comment les traitements doivent-ils être modifiés ou sélectionnés en fonction des caractéristiques de la personnalité du client ? », la réponse est : « Nous sommes tout à fait d'accord que des recherches supplémentaires affinant notre état actuel des connaissances est vital. Pourtant, minimiser ce que nous pouvons tenir pour acquis, c'est priver les personnes de traitements qui ont une probabilité décente de les aider et, risquer de placer les psychologues dans une position désavantageuse par rapport à la psychiatrie. ». L'impact de ce programme de recherche auquel les TCC se sont bien plus facilement adaptées que les autres psychothérapies¹⁷, se fait sentir en France dix ans plus tard avec le fameux rapport de l'INSERM¹⁸, *Psychothérapie : Trois approches évaluées*, particulièrement sévère avec la psychanalyse dont le manque d'effort en vue d'obtenir des preuves d'efficacité est déploré. Le constat est rude : sur 12 indications étudiées, la psychothérapie psychodynamique n'est considérée efficace que pour trois (stress post-traumatique, trouble panique et trouble de la personnalité) et l'efficacité considérée comme « établie » (et non simplement « possible ») que pour cette dernière indication. Pour les TCC, en revanche c'est un carton plein, dites efficaces sur les 12 indications. Les thérapies familiales obtiennent un succès d'estime et sont reconnues efficaces dans les TCA (et non l'approche psychanalytique donc). Ce rapport est suivi d'un tollé et est retiré sur ordre du ministre de la Santé, ce qui fera l'objet d'une condamnation par la prestigieuse revue *Science*¹⁹.

Toutefois, une riposte s'est progressivement organisée de la part de chercheurs spécialistes dans l'évaluation des psychothérapies et de thérapeutes d'autres abords que les TCC, en particulier psychanalystes. Plusieurs arguments ont ainsi été avancés, contre la méthodologie des ERC en général,

¹⁵ D.L. Chambless, « Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures: A Report Adopted by the Division 12 Board », Washington, American Psychological Association, oct. 1993.

¹⁶ A. T. Beck, *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.

¹⁷ J.-M. Thurin, « De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en psychothérapie et en psychanalyse », *Research in psychoanalysis*, 23, 1, 2017, p. 55-68.

¹⁸ O. Canceil et al., « Psychothérapie: trois approches évaluées », Paris, Inserm, 2004.

¹⁹ C. Holden, « French psychoflap », *Science*, 307, 5713, 2005, p. 1197.

ou plus spécifiquement contre les résultats des ERC pointant une efficacité supérieure des TCC par rapport aux autres approches psychothérapeutiques. Ces arguments sont²⁰ :

1. La présence de biais favorisant l'intervention évaluée, donc essentiellement la TCC, au détriment de l'évaluation qui sert de contrôle. En pratique, de nombreux ERC prétendent comparer les TCC à un traitement psychodynamique ou humaniste, mais celui-ci est en réalité dénué de toute logique, pratiqué par des thérapeutes non formés ou supervisés²¹. Le traitement contrôle est alors un simple faire valoir de l'intervention dont le promoteur de l'étude (qui est souvent le concepteur du manuel évalué) cherche à démontrer l'efficacité.

2. Les critères d'inclusion et d'évaluation de l'efficacité, favorisent le symptôme « objectif » tel que le propose le DSM et non le fonctionnement psychologique plus général du sujet. Ces choix sont susceptibles de favoriser, là encore, les TCC qui seraient plus « centrées sur le symptôme ».

3. Le caractère expérimental, contrôlé, implique que les patients n'ont pas le choix de leur thérapeute et même de la thérapie, ce qui est contraire à la situation thérapeutique réelle dans laquelle le choix de son thérapeute est important pour le patient.

Ces trois premiers arguments pointent un défi méthodologique²² (l'évaluation est possible, mais avec davantage de rigueur) ; tandis que les deux derniers arguments entendent dénoncer l'impossibilité épistémologique d'une telle entreprise.

4. L'irréductibilité de la relation soignante psychanalytique à toute approche quantitative. Cet argument est notamment avancé par le psychanalyste Roger Perron²³, fervent critique de l'évaluation quantitative de la psychothérapie psychanalytique, position tenue notamment lors d'un débat célèbre avec P. Fonagy²⁴. Il entend dénoncer : « Les questionnaires, les financiers, avides de thérapeutiques brèves et peu coûteuses, faciles à comprendre, risquent hélas de faire la moue ; bien sûr, nous pourrions leur présenter d'autres témoignages, mais nous risquons de les lasser. Ils veulent des preuves, des chiffres, des faits en masse, par exemple que nous leur montrions que vingt séances de psychothérapie coûtent moins cher qu'une journée d'hospitalisation. Mais ce que nous savons le mieux faire, en tant que nous sommes des cliniciens, c'est avancer des témoignages. Comment ainsi convaincre ? »

5. Un argument proche mais plus vaste porte sur l'évaluation quantitative conçue comme un phénomène politique. Ce point de vue est notamment défendu par A. Abelhauser, A. Sauret et R. Gori dans leur ouvrage *La folie évaluation*²⁵.

De fait, la réalisation progressive de travaux de grande qualité (malheureusement peu en France), prenant donc en compte les premiers arguments, a permis de répondre aux questions évoquées précédemment : les psychothérapies apportent-elles un bénéfice aux patients ? (Efficacité absolue) ; Y'a-t-il des psychothérapies plus efficaces que d'autres ? (Efficacité relative).

Concernant l'efficacité absolue, la principale réponse aux thèses d'Eysenck est venue des chercheurs américains Smith, Glass et Miller²⁶, auteurs de la première méta-analyse de l'histoire, méthodologie devenue depuis incontournable en recherche clinique. Sur la base de 375 études d'efficacité, ils retrouvaient que la psychothérapie était plus efficace que la condition contrôle avec

²⁰ A. Brun, « Histoire et épistémologie de l'évaluation des psychothérapies », dans *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*, Paris, Dunod, 2016.

²¹ B. E. Wampold, Z. E. Imel. *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*, Londres, Routledge, 2015. Les problèmes liés à l'allégeance des chercheurs sont présentés page 120 à 128.

²² B. Falissard, « La scientificité de la psychanalyse: faux débat épistémologique, vrai challenge méthodologique », *Analysis*, 1,1, 2017, p. 25-31.

²³ R. Perron, « Examen de conscience », dans *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*, Paris, Dunod, 2016.

²⁴ H. Kächele et al., « An open door review of outcome studies in psychoanalysis », Ed. Peter Fonagy, Londres, International Psychoanalytical Association, 2002.

²⁵ A. Abelhauser et al., *La folie évaluation: les nouvelles fabriques de la servitude*, Paris, Fayard, Mille et une nuits, 2011.

²⁶ M.L. Smith, G. V. Glass, « Meta-analysis of psychotherapy outcome studies », *American psychologist* 32 , 9, 1977, p. 752.

une taille d'effet de 0.68 (considérée entre moyenne et grande). Plusieurs autres méta-analyses ont depuis répliqué ce résultat, trouvant des tailles d'effet entre 0,4 et 0,8, indiquant une efficacité importante de la psychothérapie, supérieure à celle de nombreux médicaments utilisés en médecine. Ce résultat a également été répliqué en condition de soin « réel »²⁷.

Concernant les différences d'efficacité relative entre les psychothérapies, la première réplique à H.Eysenck est venue d'un article²⁸ de 1975 également devenu historique, signé L. Luborsky et intitulé : « Comparative Studies of Psychotherapies. Is It True That "Everyone Has Won and All Must Have Prizes" ? ». Le titre fait référence au « verdict » fait par un dodo dans *Alice au Pays des Merveilles*, arbitre improbable d'une course gagnée par tous les participants en même temps. Cette référence, dans le contexte de la psychothérapie, date d'une proposition²⁹ de l'analyste et contemporain de Sigmund Freud, Saul Rowenczeig : « Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy » qui faisait une telle mention dudit « verdict du dodo » pour illustrer son hypothèse d'une efficacité identique des différents traitements psychothérapeutiques utilisés à l'époque. L'article de L. Luborsky est une synthèse d'études de comparaison d'efficacité de psychothérapies. Son originalité est de ne s'intéresser qu'aux études incluant des psychothérapies dites « bona fide », c'est-à-dire de bonne foi dans leur intention d'être thérapeutique contrairement aux traitements « faire-valoir » dénoncés plus tôt. De fait l'auteur conclut (nous traduisons) : « La plupart des études comparatives des différentes formes de psychothérapie ont trouvé des différences non significatives concernant la proportion de patients s'améliorant à la fin de la psychothérapie. C'est à la fois pour cette raison et parce que toutes les psychothérapies produisent un pourcentage élevé de bénéfiques que nous pouvons arriver à un "verdict du dodo" ».

De nombreux ERC bien conçus sont venus démontrer l'équivalence d'efficacité des psychothérapies. L'étude TDCRP³⁰ passe ainsi pour un modèle de qualité méthodologique ; conduite dans les années 1990 sous la houlette du NIMH, elle vise à déterminer précisément le traitement le plus efficace pour la dépression de l'adulte en comparant quatre traitements : la TCC, la thérapie interpersonnelle (IPT) qui est une approche psychothérapeutique issue de la psychanalyse, le traitement par antidépresseur avec suivi médical, et enfin le traitement par placebo avec suivi médical. Les deux psychothérapies étudiées étaient pratiquées par 8 et 10 psychothérapeutes (pour respectivement la TCC et l'IPT), expérimentés et supervisés. 239 patients furent inclus, qui cotaient différentes échelles d'évaluation de la dépression et de fonctionnement. Les résultats de l'étude n'ont pas mis en évidence de différence d'efficacité entre les traitements, et donc, en particulier pour ce qui nous concerne, entre les deux psychothérapies ; l'avantage allait très légèrement en faveur de l'IPT mais sans être significative.

Il apparaît aujourd'hui, sur la base de très nombreuses méta-analyses d'ERC de qualité méthodologique acceptable, qu'il n'y a pas de différences d'efficacité entre les différentes psychothérapies, sous réserve qu'elles soient pratiquées par des thérapeutes correctement formés. Pour des listes détaillées de telles études, dans diverses indications, il est possible de se référer aux travaux de B. Wampold³¹, et plus récemment P. Cuijpers³², deux références incontournables des méta-analyses d'efficacité des psychothérapies. À noter que P. Cuijpers est l'auteur d'une très récente méta-

²⁷ Pour le détail d'études réalisées en conditions de soins réelles, se référer à J. N. Despland, Y. de Roten, U. Kramer, *L'évaluation des psychothérapies*, Paris, Lavoisier, 2018, p. 102 à 105.

²⁸ L. Luborsky, B. Singer, L. Luborsky, « Comparative studies of psychotherapies: Is it true that everyone has won and all must have prizes? », *Archives of general psychiatry*, 32, 8, 1975, p. 995-1008.

²⁹ S. Rosenzweig, « Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy », *American journal of Orthopsychiatry*, 6, 3, 1936, p. 412.

³⁰ I. Elkin et al., « NIMH treatment of Depression Collaborative Research Program: Background and research plan », *Archives of general psychiatry* 42, 3, 1985, p. 305-316.

³¹ B. E. Wampold, Z. E. Imel. *Op. cit.*, p. 134 à 152.

³² P. Cuijpers, M. Reijnders, M. J. H. Huibers, « The role of common factors in psychotherapy outcomes », *Annual review of clinical psychology*, 15, 2019, p. 207-231.

analyse³³, parue début 2023, et qui constitue la nouvelle référence sur le traitement de la dépression, confirmant l'absence de supériorité de la TCC par rapport aux autres psychothérapies étudiées. Mentionnons également les résultats récents concernant les TCA, qui démentent les conclusions du rapport INSERM de 2004. L'efficacité de la psychothérapie psychodynamique est aujourd'hui bien établie, équivalente à celle de la TCC, dans cette indication. L'étude la plus marquante dans le domaine est allemande³⁴ et a établi ce résultat sur des bases extrêmement rigoureuses, au point que ces deux traitements sont désormais cités dans les recommandations allemandes³⁵.

Ces résultats sont désormais reconnus, y compris par l'APA, dont la résolution de 2012 illustre fort bien le changement d'époque. On y lit que (nous traduisons) « contrairement aux grandes différences de résultats entre les personnes traitées par psychothérapie et celles qui ne le sont pas, les différentes formes de psychothérapie produisent généralement des résultats relativement similaires ». Il y a là une différence notable avec le ton du document de 1995 qui, aux abois face au danger de la psychiatrie biologique, pointait le manque de preuve au sujet de l'efficacité absolue et de l'efficacité relative : « Nous ne pouvons pas conclure que n'importe quel type de psychothérapie fonctionnerait aussi bien que celle qui s'est avérée efficace dans une recherche contrôlée ».

Entre 1995 et 2012, un premier assouplissement notable avait déjà eu lieu en 2005 avec la publication d'un rapport de l'APA³⁶, apportant des réserves à la prééminence indiscutable des ERC qui prévalait jusque-là. L'institution y appelle à fonder le choix du traitement sur le patient concret et non plus à partir de la catégorie pathologique auquel correspond un protocole déterminé ; le traitement, plutôt que standardisé, doit au contraire être personnalisé et « contextualisé » ; le clinicien faisant là l'exercice de son « expertise clinique ». Lorsque la résolution de 1995 appelait à la constitution d'Empirically supported treatments (EST), celle-ci souhaite désormais encourager *Evidence-Based practice in psychology* (EBPP) (nous traduisons) : « Les EST partent du traitement et demandent s'il fonctionne pour un certain trouble ou problème dans des circonstances spécifiées. L'EBPP part au contraire du patient et cherche quelles preuves de recherche (y compris les résultats pertinents d'essais cliniques randomisés) aideront le psychothérapeute à obtenir le meilleur résultat. En outre, les EST sont des traitements psychologiques spécifiques dont l'efficacité a été démontrée dans des essais cliniques contrôlés, tandis que l'EBPP promeut une plus grande diversité de pratiques cliniques (par exemple, l'évaluation psychologique, la formulation de cas, la relation thérapeutique). Ainsi, l'EBPP articule au sein du processus de prise de décision thérapeutique de multiples sources de données de recherche - y compris mais pas seulement les ERC. »

Point par point, il s'agit d'un contrepied, lourd de conséquences, vis-à-vis de la résolution de 1995 : 1) ouverture aux autres designs expérimentaux contre exclusivité des RCT. 2) Accent mis sur la personnalisation du traitement au patient concret contre manualisation et standardisation à un trouble type décrit dans le DSM. 3) Etudes des mécanismes de changement contre mesure d'efficacité seule. 4) Valorisation de l'expertise clinique contre le respect strict du protocole de soin. En conséquence, sont désormais incitées les études hors RCT, comme les études de cas unique, ou de cas agrégés réalisées en condition clinique réelle. Néanmoins, la logique générale de la recherche en psychothérapie n'est pas transformée, seulement élargie. Les RCT restent au sommet de la hiérarchie, mais la base de celle-ci s'est enrichie de plusieurs méthodologies autrefois reléguées à des pratiques préscientifique. Pour bien comprendre les implications de ce revirement méthodologique, il est nécessaire de détailler les designs expérimentaux concernés.

³³ P. Cuijpers et al., « Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients », *World Psychiatry*, 22,1, 2023, p. 105-115.

³⁴ S. Zipfel et al., « Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial », *The Lancet*, 383, 9912, 2014, p. 127-137.

³⁵ G. Resmark et al., « Treatment of anorexia nervosa—new evidence-based guidelines », *Journal of clinical medicine*, 8,2, 2019, p. 153.

³⁶ L. F. Campbell et al., « Recognition of psychotherapy effectiveness: the APA resolution », *Psychotherapy*, 50, 1, 2013, p. 98.

Longtemps considérée comme biaisée en dépit de son importance historique incontestable, l'étude des cas uniques bénéficie d'un regain d'intérêt à partir des années 1980, lié aux travaux d'Alan Kazdin, auteur d'une œuvre influente sur la méthodologie de recherche en psychothérapie. Constatant que : « on sait très bien que les thérapies « marchent, c'est-à-dire sont responsable de changement, mais on a très peu de connaissances sur pourquoi et comment elles marchent »³⁷, A. Kazdin défend la validité scientifique de l'étude de cas, qui doit être néanmoins alliée à une grande rigueur méthodologique³⁸ visant à assurer la validité des conclusions qui en sont faites. Le cas unique est ainsi le creuset d'innovations techniques qui seront secondairement validées dans le cadre d'ERC. Car, comme nous le soulignons au sujet de la résolution de l'APA, l'ouverture méthodologique vise à permettre des avancées susceptibles d'être ensuite confirmées. Il s'agit d'un enrichissement du paradigme de la pratique fondée sur les preuves, par une « preuve fondée sur les pratiques ».

Un exemple fameux de cas unique systématique³⁹ est présenté par le psychologue humaniste Robert Elliott. Le patient présenté, est (nous traduisons) « Un homme déprimé de 49 ans, d'origine européenne et américaine, que j'appellerai Paul. Les principaux problèmes de ce client étaient des soucis financiers, une négativité et un cynisme généralisés, des problèmes de communication avec son fils (auquel il s'identifiait et qui était devenu dépressif lui aussi) et, surtout, des problèmes non résolus dus à une succession rapide de décès dans sa famille (mère, père, frère) dix ans auparavant. Il avait été diagnostiqué comme souffrant d'un trouble bipolaire II (épisodes dépressifs plus hypomanie) et a été vu au Center for the Study of Experiential Therapy pour 39 séances de thérapie expérientielle, principalement axée sur les problèmes de colère et de perte. » Les détails de cette psychothérapie sont ensuite développés, illustrés par des données quantitatives riches (échelles de fonctionnement, d'intensité symptomatique, d'évaluation du processus psychothérapeutique), mises en graphique montrant l'évolution au cours de la psychothérapie. Sont aussi recueillies des données qualitatives (entretien de recherche avec Paul), en vue d'établir ce qui, réellement, a entraîné l'amélioration clinique constatée (ce dont sont incapables les ERC, « vides de causalité » d'après l'auteur). Sont ainsi éliminées sur la base de concordances temporelles (l'évolution de tel score de dépression a évolué après telle séance, le patient dit avoir évolué à ce moment...) diverses alternatives à l'action psychothérapeutique : la possibilité d'une rémission spontanée, d'une évolution relationnelle survenue en dehors de la thérapie, de facteurs biologiques...Et l'auteur de conclure que la thérapie étudiée, s'appuyant notamment sur les techniques dites de « l'exploration empathique » et « la chaise vide » : « peut être efficace avec ce type de client (homme, d'âge moyen, européen-américain, intellectualisant, psychologiquement réactif) avec ce type de problème (par exemple, dépression récurrente avec épisodes hypomaniaques, pertes multiples non résolues, conflits familiaux actuels) ». Néanmoins : « Prédire l'efficacité d'une thérapie similaire avec un client similaire nécessiterait un programme de réplique systématique (Sidman, 1960) et, en fin de compte, un résumé d'une collection de cas similaires, analogue aux précédents établis par un corpus de jurisprudence (Fishman, 1999) ». L'étude de cas systématique précise l'action de l'intervention psychothérapeutique sur le mécanisme psychopathologique et appelle à la validation formelle par des ERC, et c'est donc sans surprise qu'on trouve de telles études mentionnées dans le manuel⁴⁰ de thérapie humaniste écrit par R. Elliott, paru quelques années après la publication du cas Paul.

Autre design expérimental promu par le rapport de l'APA 2005 : les études sur de faibles effectifs en condition cliniques réelles. De telles recherches menées par des équipes françaises, sont

³⁷ Cité et traduit par G. Visentini dans *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Paris, PUF, 2021, p. 105.

³⁸ A. E. Kazdin, « Drawing valid inferences from case studies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 2, 1981, p. 183.

³⁹ R. Elliott « Hermeneutic single-case efficacy design », *Psychotherapy research*, 12, 1, 2002, p. 1-21.

⁴⁰ R. Elliott et al., « *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change* », Washington, American Psychological Association, 2004, p. 45 à 53 pour les recherches sur l'efficacité de cette psychothérapie.

présentées dans l'ouvrage récent d'Anne Brun⁴¹. Dès l'introduction, l'auteur dénonce les risques de la standardisation du sujet inhérent à l'EBM, tandis que le paradigme qu'elle promeut, de « preuve fondée sur la pratique » éviterait une grille de lecture simplificatrice. Est notamment présentée une étude⁴² menée par l'équipe de pédopsychiatrie de l'hôpital Necker, au sujet « des représentations traumatiques parentales à l'égard du bébé et du générationnel ». Elle repose sur l'analyse d'entretiens réalisés auprès de cinq parents de jeunes enfants présentant des troubles fonctionnels et reçus en consultation parent-bébé. Chaque présentation est détaillée, les histoires de vie sont précises. Ce travail conclut à la proposition suivante : « **plus les représentations parentales au sujet de ce que nous interprétons comme la menace d'un trauma précoce du bébé envahissent le discours, plus l'accès au générationnel parental est entravé* ». Un mécanisme psychique propre à une situation clinique est donc décrit, sur lequel une intervention spécifique peut être fondée, visant à favoriser : « *l'efficacité des parents à se construire une théorie signifiante au sujet de leurs propres difficultés, du trouble fonctionnel du bébé et, ainsi, à métaboliser l'impact traumatique au cours de la consultation* ». Il est bien possible que si ce travail avait été réalisé aux USA, un manuel serait en cours de rédaction visant à apprendre aux cliniciens à naviguer entre les deux « polarités » décrites par les auteurs (menace de trauma précoce du bébé et trauma parental). Là encore, les auteurs estiment que : « Cette étude n'est donc finalement qu'un point de départ. Toutefois cette esquisse de typologie nous paraît être une option méthodologique prometteuse à approfondir tant sur le plan de la recherche que de la clinique ».

Cas unique, étude systématique sur de petits effectifs ; l'éventail méthodologique s'élargit et la « preuve fondée sur la pratique » vient compléter la « médecine fondée sur les preuves » dans un aller-retour entre cliniciens et chercheurs⁴³. Aux premiers la charge de mettre au jour des mécanismes, des interventions prometteuses, dont la valeur sera jugée dans de plus larges travaux, type RCT, avant d'être transposés formellement dans la pratique clinique. Une conséquence importante de cette évolution impulsée par l'APA, est la reconnaissance du droit à exister des théories variées (entendre non uniquement affiliées aux neurosciences cognitives), tant qu'elles se prêtent à l'exercice du dialogue entre clinique et recherche et ambitionnent de favoriser la compréhension des mécanismes de la psychothérapie⁴⁴. Ainsi, pour tous les abords théoriques, des outils d'évaluation systématiques sont conçus favorisant un repérage systématique dans les termes propres à cette pratique. Le manuel de diagnostic psychanalytique⁴⁵ PDM-2 vise ainsi à encadrer le diagnostic psychanalytique en vue de planifier le type d'intervention nécessaire, permettant un traitement plus personnalisé que la nosographie du DSM, tout en restant réfutable (nous traduisons) : « Nous croyons qu'une formulation diagnostique plus approfondie peut éclairer la planification du traitement en cherchant à prendre en compte l'ensemble de la personne. Et nous pensons que même les idées que nous défendons doivent être soumises à une éventuelle infirmation. Nous espérons donc que ce manuel sera testé et amélioré dans les années à venir, à mesure que les chercheurs empiriques continueront à étudier nos hypothèses, et que les cliniciens continueront à rendre compte de son applicabilité en pratique clinique ». On observe le même effort en thérapie familiale avec la conception⁴⁶ par une équipe canadienne d'un « modèle multidimensionnel et intégratif du fonctionnement de la famille pouvant rendre compte de la complexité du fonctionnement familial et des principales écoles en thérapie familiale systémique », dans l'objectif de « renforcer l'évaluation systématique de la famille par les

⁴¹ A. Brun et al., *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques: dispositifs institutionnels et groupaux de médiations*, Paris, Dunod, 2016.

⁴² C. Maslard et al., « Les modalités d'émergences des représentations traumatiques parentales à l'égard du bébé et du générationnel : deux marqueurs cliniques et pronostiques ? », dans *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*, Paris, Dunod, 2016.

⁴³ J. M. Thurin, « L'évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ? » dans G. Fischman, *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse*, Paris, Elsevier Masson, 2009.

⁴⁴ G. Visentini, *Op. cit.*, p. 92.

⁴⁵ V. Lingardi, N. McWilliams, *Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2*, New York, Guilford Press, 2017.

⁴⁶ R. Pauzé et al., « Evaluation du fonctionnement familial: proposition d'un modèle intégratif pour soutenir la pratique clinique et la recherche », *Thérapie familiale* 38, 3, 2017, p. 295-328.

thérapeutes familiaux afin de garantir la plus forte adéquation possible entre les caractéristiques du fonctionnement des familles et les interventions proposées et, d'autre part, de soutenir les thérapeutes qui veulent contribuer au développement des connaissances dans le domaine de la thérapie familiale (*Practice-Based-Evidence*). Nous espérons également que ce modèle puisse soutenir les chercheurs intéressés par le développement des pratiques probantes en thérapie familiale (*Evidence-Based-Practice*) ».

Enfin, la résolution de l'APA de 2005 encourage, en vue de personnaliser le traitement, la prise en compte de facteurs relationnels non spécifiques à une technique et des facteurs contextuels : c'est-à-dire notamment les croyances religieuses, l'origine ethnique, le genre du patient. Les deux tomes coordonnés par John Norcross, *Psychotherapy relationship that works*⁴⁷ constituent, sur le sujet, une somme impressionnante de preuves empiriques et de recommandations thérapeutiques qui en sont dégagées. Dans le premier tome, l'accent est mis sur la relation thérapeutique, dont les principaux déterminants : l'empathie, l'authenticité, l'alliance thérapeutique, le recueil du feedback ; sont présentés accompagnées des preuves méta-analytiques de leur importance pour le succès de la thérapie. Dans le second tome, c'est l'adaptation aux caractéristiques du patient qui est étudiée : genre, origine ethnique, croyances religieuses, style d'attachement... Là encore, il s'agit de personnaliser le traitement, via la relation thérapeutique et des caractéristiques patient (nous traduisons) : « Les théories du changement monolithiques et des relations thérapeutiques « one-size-fits-all » sont à proscrire ; l'adaptation de la thérapie au patient unique est à la mode ». L'adaptation aux caractéristiques générales du patient complète l'adaptation technique à des aspects psychopathologiques bien identifiés : « La recherche montre qu'un psychothérapeute efficace est celui qui emploie des techniques spécifiques, qui établit des relations solides et qui adapte à la fois les techniques de traitement et les positions relationnelles à la personne et à son état ».

Par conséquent, à la faveur de résultats désormais robustes assurant la légitimité de ces soins, la recherche en psychothérapie s'est ouverte récemment à une pluralité de méthodologies, en particulier celles directement intégrées dans la pratique clinique, venant compléter l'ECR qui garde toutefois la plus haute valeur probante. Les théories diverses sont également reconnues légitimes et incitées à développer leurs propres outils de recherche. L'objectif revendiqué de ce nouveau programme de recherche est la personnalisation du traitement, via la mise au jour de mécanismes psychiques déterminants, à laquelle échouerait les ECR qui promeuvent un traitement standardisé. Néanmoins, comme toute pratique de soin moderne, le traitement psychothérapeutique doit être rationalisé et éclairé par les preuves.

2/ Contributions de l'épistémologie de la médecine à ces débats

Depuis une centaine d'années que la psychothérapie existe sous sa forme moderne, de vifs débats se sont donc tenus concernant l'efficacité *réelle* de ce soin.

À la faveur, comme nous l'avons montré, de preuves empiriques, solides, sur l'efficacité de toutes les psychothérapies de *bonne foi*, on a pu constater récemment un net assouplissement, constituant, semble-t-il un retour bienvenu aux sources de cette pratique dont les progrès sont issus de la créativité des cliniciens eux-mêmes⁴⁸. Ainsi, l'évolution récente de l'évaluation des psychothérapies, illustrée par la résolution de l'APA de 2005 constituerait-elle une heureuse reconnaissance de l'originalité de ce soin. Néanmoins, dans cette partie et la suivante nous défendrons l'idée que le compte n'y est pas, et de loin, et qu'il est bien possible que cette évolution méthodologique échoue à saisir la spécificité du soin psychothérapeutique. Il s'agit pour cela, dans un

⁴⁷ J. C. Norcross, M. J. Lambert, *Psychotherapy relationships that work - Volume 1: Evidence-based therapist contributions*, Oxford University Press, 2019 et J. C. Norcross, B. E. Wampold, *Psychotherapy relationships that work – Volume 2: Evidence-based therapist responsiveness*, Oxford University Press, 2019.

⁴⁸ G. Visentini, *Op. cit.*, p. 79.

premier temps, d'éclairer ces évolutions au prisme des débats tenus au sujet de l'évaluation des thérapeutiques en médecine.

L'épistémologue américaine Miriam Solomon, auteur de l'ouvrage remarqué⁴⁹ *Making Medical Knowledge* y rappelle les origines de la médecine empirique, plusieurs fois millénaire, dont l'ERC constitue la forme moderne. L'auteur nous présente les vives controverses au sujet des essais randomisés contrôlés dans le champ de la médecine. Les principales critiques sont :

1. L'existence de biais, en particulier de publication et d'allégeance, limitant la reproductibilité des ERC.

2. Les doutes concernant la possibilité de généraliser les résultats obtenus dans le cadre d'ERC dans la pratique clinique usuelle.

3. les questionnements sur la validité des critères de mesure de l'efficacité, illustrées par l'utilisation d'échelles de qualité de vie. Ce point est également abordé par B.Falissard, au sujet de l'asthme dont les traitements sont non seulement évalués sur des mesures respiratoire « objective » mais également sur une évaluation subjective de la qualité de vie⁵⁰.

4. L'impossibilité de s'adapter aux cas uniques : (nous traduisons) « L'essai contrôlé randomisé masque l'effet de la variabilité individuelle, aboutissant à des connaissances qui ne peuvent se référer qu'à un patient "moyen". Le patient "moyen", bien sûr, n'existant pas. ».

5. L'incapacité des essais clinique à faire émerger de nouvelles thérapeutiques (nous traduisons) : « Les essais contrôlés randomisés et autres études sur la population sont conçus pour découvrir si les interventions de soins sont efficaces ou non. Ils ne sont pas conçus pour découvrir comment les interventions de soins fonctionnent (lorsqu'elles fonctionnent), ou pour trouver de nouvelles idées sur les mécanismes, de nouvelles théories sur les processus pathologiques ou de nouvelles technologies pour les interventions médicales. ».

Parmi ces critiques, les trois premières rejoignent celles évoquées dans le cadre de la psychothérapie, à l'encontre des ERC, dont nous disions qu'elles portaient sur la qualité méthodologique et non sur les fondements. En revanche la quatrième critique, l'inadaptation aux cas uniques, est bien une critique de fond adressée aux ERC, qui est proche de celle formulée par R. Perron. Dans le champ de la médecine, elle est portée actuellement, d'après M. Solomon, par le courant dit de médecine narrative, héritière d'une conception ancienne, mettant l'accent sur l'irréductibilité de la relation médecin-malade. La médecine narrative renouvelle ces vues en s'appuyant notamment sur les travaux de Paul Ricoeur au sujet de l'identité narrative. Selon cette conception, la médecine empirique, telle qu'elle se réalise par les ERC et l'EBM est inapte à saisir la singularité d'un cas qui échappe toujours à une approche quantitative. Il s'agit, comme le défend R. Perron, de refuser de réduire le témoignage d'un patient à un chiffre.

L'argumentaire déployé par les psychanalystes (qui ne sont du reste pas les seuls psychothérapeutes à le tenir, c'est en effet aussi la position de Carl Rogers⁵¹), n'est pas spécifique à leur soin, dans la mesure où le primat du témoignage sur le chiffre est également argué concernant la prévention du cancer du sein par exemple. Mais surtout, cet argumentaire n'est pas dénué de limites, comme le souligne M. Solomon. Tout d'abord, l'irréductibilité de l'individu aux chiffres, sur laquelle tout le monde s'accorde, ne réduit en rien la pertinence des statistiques. M. Solomon mentionne le témoignage du célèbre paléontologue Stephan Jay Gould, dont l'essai *The median isn't the message*⁵², raconte son expérience de survivant miraculé d'un mésothéliome en dépit des sombres moyennes de survie. Miriam Solomon note que la survie de S. J. Gould ne remet pas en question la statistique en question, qui n'est qu'une moyenne, grosse des différents cas, dont ceux favorables, comme l'est l'auteur. Au demeurant, elle note, preuve à l'appui, que les médecins ont tendance à trouver plus

⁴⁹ M. Solomon, *Making medical knowledge*, Oxford University Press, 2015.

⁵⁰ B. Falissard, « Méthodologie d'évaluation des psychothérapies: la question des mesures subjectives », dans G. Fischman, *op. cit.*.

⁵¹ L. Berthoud, « L'évaluation at-elle sa place dans la psychothérapie centrée sur la personne? », *Psychothérapies*, 41, 4, 2021, p. 199-207.

⁵² S. J. Gould, « The median isn't the message », *AMA Journal of Ethics*, 15, 1, 2013, p. 77-81.

d'exceptions aux généralités que ne s'en présentent réellement, et, ce, au détriment des patients eux-mêmes, moins bien pris en charge que si la procédure avait été suivie comme le cas général l'exige.

Compter le nombre de cas pour lesquels l'évolution est favorable ou défavorable n'entraîne, de fait, aucunement la réduction du patient à un chiffre comme l'argumentent J-D. Guelfi et B. Falissard dans leur contribution à l'ouvrage *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse*⁵³. Ainsi, les cures analytiques décrites par R. Perron dans sa défense de l'irréductibilité de l'expérience analytique aux chiffres, peuvent tout à fait faire l'objet de statistiques. De fait, dans l'article cité plus haut⁵⁴, il présente six cas, dont il estime qu'il s'agit d'un succès pour cinq d'entre eux et un échec pour un seul. Les chiffres émergent spontanément, et il n'y a pas loin à comparer combien de cas sont ainsi favorables pour un thérapeute psychanalyste Tp1, pour son collègue Tp2, et pour un thérapeute cognitiviste Tc1 et leur confrère Tc2, de là découle naturellement l'évaluation empirique des psychothérapies et in fine les ERC. Car, comme le défend M. Solomon, l'empirisme est spontané dans le soin, où un objectif, et à défaut une direction est valorisée (la santé) et son opposé (la maladie) rejeté. Tout n'est pas question de goût, de subjectivité, en découle inéluctablement la possibilité d'un décompte des succès et des échecs.

En ce qui concerne plus spécifiquement la médecine narrative, l'attention portée aux témoignages n'implique pas que ceux-ci soient systématiquement différents et par là qu'on ne puisse les chiffrer lorsqu'ils sont identiques. M. Solomon cite les travaux de J. Frank qui distingue des grands patterns récurrents de discours de patients, régularités qui peuvent tout à fait faire l'objet de statistiques. S'agissant des psychothérapies, les thérapeutes s'appuient bel et bien sur de telles régularités : du double lien des systémiciens au complexe d'Œdipe freudien en passant par les biais de confirmation du cognitiviste. Le soin, tout psychique et inscrit dans le langage qu'il soit, peut s'appuyer sur des régularités susceptibles d'être dénombrées. Et, à l'inverse, la médecine technique, protocolisée, n'exclue aucunement l'adaptation singulière du thérapeute au patient, qu'on désigne usuellement sous le terme de compétence clinique. Le patient n'arrivant pas bien souvent, avec des symptômes tels que les enseignent les livres, les médecins doivent faire preuve de jugement dans l'application des principes généraux qui guident leur intervention au cas particulier qui se présente à eux. Ainsi, le médecin compétent, éventuellement taiseux et antipathique applique-t-il un soin aussi personnalisé que possible à son patient ; tout comme celui, qui, attentif aux témoignages, pourrait y entendre des redites, des invariances et ne s'ajustera au fond qu'à peine au patient concret, appliquant plutôt inlassablement la même routine pour des cas dont il ne voit pas les nuances. Cet équilibre entre traitement prédéterminé et application compétente du praticien est tout à fait applicable à la psychothérapie, comme le montre la résolution de l'APA de 2005 qui pointe précisément l'importance de l'expertise clinique du thérapeute dans l'application de sa technique. Ce point est également souligné par D. Widlöcher⁵⁵ pour lequel : « En définitive, ce qui demeure la pierre de touche est la qualité clinique, la compétence, du praticien. Le degré de liberté laissé à chaque thérapeute inspirera moins de doute sur la validité d'une certaine standardisation des soins si on a confiance dans les compétences, l'expérience et le tact des thérapeutes ».

Mentionnons ce travail récent⁵⁶ de recherche qualitative portant sur l'expérience de l'incertitude de dix-sept rhumatologues. L'article regorge de citations, issues des entretiens de recherche, éclairantes sur la tension inhérente à la pratique médicale entre protocole standardisé et rencontre clinique singulière : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades [...] L'incertitude c'est ce qui n'est pas dans le champ du prouvable, dans une méthodologie que nous appliquons tous les

⁵³ B. Falissard, « Méthodologie d'évaluation des psychothérapies: la question des mesures subjectives » et J. D. Guelfi, « L'évaluation des psychothérapies dans la psychiatrie contemporaine », dans G. Fischman, *Op. cit.*

⁵⁴ R. Perron, « Examen de conscience », dans A. Brun, *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques*, Paris, Dunod, 2016.

⁵⁵ D. Widlöcher, « Prêt-à-porter ou sur mesure ? Évaluation et standardisation des soins », dans G. Fischman, *Op. cit.*

⁵⁶ L. Messer et al., « Incertitude médicale en rhumatologie: étude qualitative », *Éthique & Santé*, 19, 1, 2022, p. 4-13.

jours qui est une méthodologie EBM. Tout ce qui n'est pas EBM pour moi est de l'incertitude [...] Au final aucune étude ne répond de façon formelle à la question qui est posée initialement, c'est toujours une réponse approximative qui est basée sur une population donnée, on a un assemblage de réponses qui sont imparfaites ». La rhumatologie n'en demeure pas moins une pratique médicale hautement technique et insérée dans un écosystème de recherche fondamentale et clinique, permettant des innovations biotechnologiques fort éloignées du colloque singulier qui réunit le soignant et le patient. Par conséquent, si, comme nous tentons de le montrer plus loin, il y a un besoin impérieux de préciser épistémologiquement le soin psychothérapeutique, il faudra trouver d'autres arguments qu'un appel à l'irréductibilité aux chiffres de la relation thérapeutique.

La dernière critique portant sur l'EBM qu'évoque Miriam Solomon concerne l'incapacité de ce paradigme à produire des thérapeutiques innovants. De fait, l'EBM est remarquablement puissante s'agissant de la validation de techniques existantes, mais elle exige par ailleurs que de telles techniques aient bel et bien été conçues. Une certaine répartition implicite des tâches serait la suivante : aux cliniciens l'application *compétente* des soins, conçus par des chercheurs-scientifiques de métier. Entre les deux, la validation par des essais randomisés par des chercheurs-cliniciens. Partant d'un laboratoire, le médicament arriverait dans le cabinet médical après avoir été validé empiriquement dans un espace de recherche intermédiaire : entre recherche fondamentale et clinique, la recherche clinique. Or, Miriam Solomon nous rappelle que cette organisation est à la fois inexacte sur le plan historique et en pratique inefficace. Historiquement, en effet, nombre d'innovations médicales sont issues de la pratique clinique elle-même, avant d'être étudiées, amplifiées par la science (qu'elle contribue ce faisant à développer) avant de revenir à la clinique. En psychiatrie, l'action des antidépresseurs et des neuroleptiques a été constatée par des cliniciens puis étudiée par des neurobiologistes, avant de revenir aux cliniciens sous la forme de nouveaux traitements fondés sur ces avancées en recherche fondamentale. Comme l'estime G. Canguilhem⁵⁷, la science saisit, et lui restitue ensuite, ce que la technique a conçu. Si de nombreux progrès médicaux sont ainsi nés dans la contingence de la pratique clinique, à l'inverse, la recherche fondamentale parvient rarement à honorer ses promesses de traitements novateurs. M. Solomon fait ainsi état de la *Valley of death* entre recherche fondamentale et application clinique, particulièrement illustrée par les déceptions liées aux colossaux projets de recherche en génétique menés dans les années 1990. Ainsi, la forme contemporaine de cette recherche promouvant les innovations issues de la clinique est désignée sous le terme de médecine translationnelle. Lorsque l'EBM est héritière de la vieille médecine empirique, la médecine narrative celle d'une approche clinique éthique également ancienne, la médecine translationnelle actuelle tente de poursuivre le mouvement qui a conduit à de formidables progrès, souvent inattendus, partis de l'observation des cliniciens eux même. Elle s'effectue par tâtonnement et (nous traduisons) « implique un raisonnement causal et une expérimentation informelle, en utilisant des hypothèses sur les mécanismes impliqués et des essais et erreurs dans les interventions ». La médecine translationnelle a fait l'objet d'une certaine institutionnalisation avec ses propres revues et promoteurs, dont l'un, Francisco Marincola, cité par M. Solomon, la définit comme procédant d'un double mouvement : « Bench to bedside and bedside to bench », c'est-à-dire « de la pailleasse au lit du patient et du lit du patient à la pailleasse ». Il s'agit au fond du même projet que celui du paradigme de « la preuve fondée sur la pratique » dont se réjouissait les psychothérapeutes. On trouve par conséquent, très précisément, dans le champ de la médecine, le même constat : les ERC sont limités en matière d'innovation ; et une réponse similaire à celle que nous observions plus tôt en matière de psychothérapie : l'innovation dans le soin passe par un aller-retour bottom-up, du clinicien au chercheur et top-down : du chercheur au clinicien ; les deux se complétant.

Notons enfin, que la prétention à constituer une prise en charge personnalisée, dont nous avons noté l'actualité s'agissant des psychothérapies, est également familière aux médecins. D'après M. Solomon (nous traduisons) : « La "médecine personnalisée" est candidate pour une nouvelle méthodologie en médecine. "Médecine personnalisée" est un terme qui est largement utilisé depuis

⁵⁷ G. Canguilhem, « Descartes et la technique », dans *Travaux du IXe Congrès International de Philosophie*, Paris, Hermann, Tome I, fasc. 2, 1937, p. 77-85.

l'an 2000 environ, principalement pour décrire des thérapies adaptées aux caractéristiques biochimiques d'un patient ». *Comme le note M. Solomon, la médecine personnalisée joue sur les mots en reprenant l'idée d'individualisation du traitement chère à la médecine narrative. Or, d'une part, la médecine personnalisée n'a rien à voir avec la « personne » au sens éthique, et d'autre part, la médecine personnalisée instaure bel et bien des catégories diagnostiques, simplement plus fines que celles proposées antérieurement et basées, non plus sur des critères cliniques, mais sur des critères biologiques. De la même manière, il y a quelque chose de trompeur à prétendre proposer un soin « personnalisé » lorsqu'on entend prendre en compte les croyances religieuses, l'âge, le style d'attachement, l'insight d'un patient et en déduire un mode d'intervention spécifique. Car il s'agit bien de créer de nouvelles catégories, peut-être plus fines et efficaces que les précédentes (bien que cela reste à prouver) et en déduire un certain mode d'intervention, *evidence-based*. En aucun cas, n'est dépassée la catégorisation diagnostique, démarche au fond très médicale, comme fondement de l'intervention thérapeutique.

Par conséquent, il nous semble que les développements décrits dans le champ de l'évaluation des psychothérapies s'inscrivent largement dans ceux de l'évaluation des soins en général, en médecine. Contrairement à ce qui est parfois présenté, il ne s'agirait donc pas, d'après nous, d'un retour aux sources salutaire, mais bien en contraire du resserrement de l'étau qui lie la psychothérapie à la médecine. Inlassablement est affirmée l'ambition de mettre au jour les mécanismes de la psychothérapie, afin d'en distiller les effets. Le psychothérapeute, est incité, comme l'est le médecin, à appliquer avec discernement les techniques psychothérapeutiques efficaces sur les mécanismes, supposés être, en cause dans le trouble.

Il y a comme un malaise à amalgamer ainsi psychothérapie et médecine. N'y oublierait-on pas la touche subtile d'infréquentable, de louche, qui fait les honneurs et les malheurs de la profession ?

3/ La faillite du modèle médical appliqué à la psychothérapie

Pour restituer à la psychothérapie l'épistémologie qu'elle mérite, peut-être faut-il commencer par expliciter le constat suivant : les débats mentionnés au sujet de l'évaluation des pratiques médicale et psychothérapeutique sont identiques parce que la conception dominante de la psychothérapie, y compris celle proposée par la résolution de 2005, est fondamentalement médicale (entendre médicamenteuse). Or celle-ci est largement démentie par les preuves empiriques.

Ce constat est l'aboutissement d'un travail mené pendant plusieurs décennies par l'immense chercheur Bruce Wampold, mathématicien et psychologue. Il a écrit en 2005 *The Great Psychotherapy Debate*⁵⁸, réédité et actualisé en 2015, puis en 2019 dans le cadre de la traduction allemande de Christoph Flückiger. Son argumentaire est le suivant : le modèle médical appliqué à la psychothérapie suppose, comme on le fait en médecine : 1) Un trouble, 2) sous-tendu par un mécanisme physiopathologique (psychopathologique le cas échéant), 3) sur lequel vient agir l'intervention médicale. Ainsi, l'ulcère gastro-duodéal est-il lié à la présence d'une bactérie, H. Pylori, qu'un antibiotique vient spécifiquement éliminer. La spécificité de l'intervention thérapeutique vis-à-vis du mécanisme en cause explique son efficacité, qui est supérieure de celle d'un placebo, dont l'action est simplement liée au pouvoir de suggestion du médecin. * B. Wampold note que toutes les psychothérapies s'inscrivent, et même revendiquent une telle explication de leur action. Les psychanalystes, comme nous le voyions plus tôt, le font très clairement (le refoulement est un mécanisme sur lequel agit l'association libre et l'interprétation), les TCC évidemment aussi, mais également les thérapeutes humanistes, (chez lesquels c'est l'empathie qui joue un tel rôle mécanistique) et les systémiciens, défendant la nécessité d'agir sur les mécanismes au niveau familial. Insistons sur le fait que les démarches de médecine fondée sur la preuve, aussi bien que celle de preuve fondée sur la pratique s'accordent sur l'existence de tels mécanismes psychopathologiques en cause, pouvant faire l'objet d'une intervention psychothérapeutique spécifique. La preuve fondée sur la pratique, avec sa méthodologie propre (cas unique, études sur des petits effectifs) serait simplement

⁵⁸ B. E. Wampold, Z. E. Imel. *Op. cit.*.

plus à même de les mettre en évidence mais impropre à confirmer cette intuition, secondairement validée par un ECR.

Le modèle médical de la psychothérapie implique un certain nombre de thèses, testables expérimentalement : 1. Certaines thérapies devraient être plus efficaces que d'autres selon la qualité de leurs ingrédients spécifiques (comme le sont les antibiotiques vis-à-vis d'autres traitements moins efficaces sur le mécanisme en cause de l'ulcère). 2. Une thérapie dénuée de technique spécifique devrait être moins efficace qu'une thérapie contenant des techniques spécifiques. 3. Le respect du protocole (adhésion) et la qualité (compétence) de sa mise en œuvre devraient être essentielles à la qualité du soin. 4. La différence d'efficacité entre deux thérapeutes devrait être moins importante que celle entre une thérapie spécifique, efficace et une thérapie non spécifique, moins efficace (par exemple, un médecin très sympathique prescrivant un traitement inefficace sur l'ulcère a de moins bons résultats qu'un médecin moins chaleureux prescrivant un antibiotique). 5. L'alliance thérapeutique, fruit de la rencontre contingente du patient et du psychothérapeute devrait avoir une importance plus faible que les techniques spécifiques.

Or, pour chacune des propositions concernées, les preuves démentent formellement le modèle médical appliqué à la psychothérapie. Nous présentons ici plus en détail les preuves pour les trois premiers arguments ; celles concernant la variabilité inter-thérapeute et l'alliance thérapeutique sont détaillées par la contribution de Christoph Flückiger dans le présent ouvrage.

Concernant le premier argument, nous avons souligné plus tôt l'équivalence d'efficacité de toutes les psychothérapies. Bien qu'il y ait désormais sur ce constat un consensus appréciable après de si vives controverses, il n'en demeure pas moins perturbant : en effet, à mesure que les essais cliniques se sophistiquent et gagnent en puissance statistique, ce résultat s'affirme, alors qu'on attendrait précisément à ce que d'infimes différences d'efficacité apparaissent bel et bien, inaccessibles à un premier regard imprécis. Cela s'explique, comme B. Wampold l'a lui-même montré dans un article historique⁵⁹, par le fait que les différences d'efficacité entre abordages psychothérapeutiques sont inconstantes d'une étude à l'autre. C'est-à-dire, qu'en médecine, on peut concevoir que deux traitements à l'efficacité proche nécessiteraient d'importantes preuves pour être bel et bien discriminés. Il est attendu en ce cas, que les légères différences en faveur de l'un des traitements, se répétant d'un essai sur l'autre, finissent par s'accumuler constituant une preuve importante. Or, en matière de psychothérapie, il n'y a pas de telle accumulation de tendance d'une étude sur l'autre : on trouvera sans peine un article montrant la supériorité de la TCC sur celle de la psychanalyse et un autre article trouvant le contraire. L'efficacité attribuable aux *marques* psychothérapeutiques est parfaitement inconstante ce qui explique l'équivalence d'efficacité.

Concernant l'action d'ingrédients spécifiques, techniques (l'association libre, l'interprétation psychanalytique, l'exposition, la restructuration cognitive en TCC...) : leur influence sur l'efficacité est centrale dans le modèle médical puisqu'ils sont censés agir précisément sur le mécanisme psychopathologique responsable du trouble. * B. Wampold rapporte plusieurs méta-analyses (et une autre, plus récente, abonde en ce sens⁶⁰) montrant que les effets de ce type sont faibles voire négligeables. Ils sont étudiés notamment dans des études comparant un traitement présentant l'ingrédient spécifique à un traitement identique à cette technique près. Il se penche également sur une telle étude devenue classique, menée par N.Jacobson⁶¹ et ses collègues qui ont « démantelé » la thérapie cognitive de la dépression. Afin de fournir (nous traduisons) « un substrat expérimental à la théorie expliquant l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale sur la dépression » décrite dans le manuel de A. Beck, cité plus haut⁶². Des patients présentant un épisode dépressif caractérisé

⁵⁹ B. E. Wampold et al., « A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes" », *Psychological bulletin*, 122, 3, 1997, p. 203.

⁶⁰ P. Cuijpers et al., « Component studies of psychological treatments of adult depression: A systematic review and meta-analysis », *Psychotherapy Research*, 29, 1, 2019, p. 15-29.

⁶¹ N. S. Jacobson et al., « A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression », *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 2, 1996, p. 295.

⁶² A. T. Beck, *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press, 1979.

étaient assignés aléatoirement à un de ces trois groupes : a) TCC dans sa totalité, intégrant donc l'activation comportementale (AC), la modification des pensées automatiques (PA), et la modification des schémas de référence ; b) AC et PA (désigné comme traitement PA) et c) seulement AC. Les auteurs ont émis l'hypothèse suivante : « d'après la théorie cognitive de la dépression, la TCC devrait être significativement plus efficace que PA qui à son tour devrait être plus efficace que AC ». Contrairement aux attentes, aucune différence n'est retrouvée entre ces trois groupes : « en dépit d'une excellente adhésion au protocole du traitement de la part des thérapeutes, d'un biais net en faveur de la TCC et de son exécution correcte, il n'y a pas de preuve que le traitement produit de meilleurs résultats, aussi bien à son issue, qu'à six mois du suivi, comparé à chacune de ses composantes ». L'absence de différences dans les résultats a même conduit les auteurs aux conclusions suivantes : « Ces résultats vont à l'encontre des hypothèses générées par le modèle cognitif de la dépression développé par Beck et ses collaborateurs (1979), d'après lequel des efforts directs visant à modifier les schémas négatifs soient nécessaires pour maximiser les résultats du traitement et prévenir les rechutes. Ces résultats sont d'autant plus surprenants qu'ils vont à l'encontre de l'effet d'allégeance (Robinson, Berman, & Neimeyer, 1990), qui est assez couramment lié aux résultats dans la recherche en psychothérapie ». Les auteurs suggèrent même un réexamen profond des mécanismes de changement dans la TCC : « Si les traitements AC et PA sont aussi efficaces que la TCC et aussi susceptibles qu'elle de modifier les facteurs que l'on considère nécessaires pour que le changement se produise, alors la théorie mais également la thérapie pourraient bien devoir être réexaminées ».

Concernant l'adhésion et la compétence, qui permettent respectivement d'évaluer la fidélité du thérapeute vis-à-vis du modèle de traitement qu'il utilise et son adaptation au patient concret, les méta-analyses citées par B. Wampold et depuis répliquées⁶³ montrent qu'elles ont un lien extrêmement faible voire nul avec l'efficacité, contrairement aux attentes et malgré des situations de recherche qui sont favorables à de telles observations. Il semble même que les thérapeutes les plus adhérents aient une efficacité plus faible : « Les preuves suggèrent que l'adhésion rigide à un protocole de traitement, en particulier si elle nuit à la relation entre le thérapeute et le patient, est préjudiciable » à l'instar des thérapeutes très faiblement adhérents également moins efficaces. Ceci amène l'auteur à proposer une « relation curvilinéaire entre adhérence et l'efficacité »⁶⁴, justifiant une souplesse vis-à-vis de sa technique.

Ces travaux rejoignent ceux réalisés avec le Psychotherapy Process Q-Set (PQS) qui est un outil de cotation du processus psychothérapeutique, destiné à être utilisé sur la base de l'enregistrement d'une consultation. Sont évalués : les interventions du thérapeute, les comportements du patient, et les interactions. Un intérêt de cet outil est qu'il permet d'étudier la concordance à un type de psychothérapie (TCC, psychodynamique...). Son utilisation dans diverses études recensées dans l'ouvrage de référence *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*⁶⁵ remet en question les distinctions usuelles entre psychothérapies. Utilisé ainsi auprès de thérapeutes psychanalystes et cognitivistes le PQS montre (nous traduisons) : « Des résultats surprenants sont à nouveau apparus. Les thérapeutes des traitements psychodynamiques ont favorisé des processus conformes à la fois au traitement psychodynamique idéal et au traitement cognitivo-comportemental ». Et : « Cette étude a également suggéré que les ingrédients actifs d'un traitement ne doivent pas forcément en être les plus caractéristiques. Même une adhésion minimale à certains processus thérapeutiques peut être un facteur prédictif solide du résultat du traitement ».

⁶³ N. Power et al. « Associations between treatment adherence–competence–integrity (ACI) and adult psychotherapy outcomes: A systematic review and meta-analysis », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90, 5, 2022, p. 427.

⁶⁴ B. Wampold s'appuie page 241 sur J. P. Barber et al., « The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study », *Psychotherapy Research*, 16, 02, 2006, p. 229-240.

⁶⁵ R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kächele (ed.), *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*, Berlin, Springer Science & Business Media, 2011.

Dans le cadre du TDCRP, que nous avons cité plus haut comme modèle de qualité méthodologique, l'analyse du PQS suggère : « En résumé, ces résultats ont remis en question l'hypothèse selon laquelle les deux approches de traitement testées dans le cadre du TDCRP reposaient sur des interventions et des techniques mutuellement distinctes et que les résultats positifs validaient leurs mécanismes de changement proposés. La conclusion de cette ligne de recherche semble être que les noms de marque des thérapies peuvent être trompeurs s'agissant des processus thérapeutiques réels et des ingrédients qui favorisent le changement ». Au total, les auteurs estiment que ces données « suggèrent que les processus de traitement sont co-crésés par le thérapeute et le patient ». Les preuves concernant l'adhésion et la compétence montrent que, loin d'appliquer, avec compétence certes, un programme de soin général, le thérapeute efficace, tend à déborder le cadre théorique auquel il est affilié. Le concept de compétence est en effet incapable de rendre compte des résultats constatés qui remettent en question l'idée même d'un protocole général à adapter au patient. Manifestement le psychothérapeute ne soigne pas, comme le fait le médecin, en appliquant à un mécanisme pathologique reconnu chez le patient, le soin efficace qui lui est spécifique.

Si, comme on le voit, le modèle médical subit un certain nombre de déconvenues issues des mises à l'épreuve empiriques, celles-ci apportent également des pistes de modèle alternatif. En particulier, comme le détaille C. Flückiger dans cet ouvrage, les preuves concernant l'alliance thérapeutique sont solides, suggérant qu'elle joue un authentique rôle causal dans l'efficacité du soin. D'autre part, il montre que cette action tient essentiellement à la qualité du thérapeute, de manière indépendante de son abord théorique. De fait la variabilité de l'efficacité entre les thérapeutes est supérieure à celle entre les approches ; ce qui là encore est parfaitement incompatible avec le modèle médical qui exige le primat de la variabilité attribuable aux soins (plus en moins efficaces en soi) sur celle liée au clinicien. Signalons simplement que la détermination du rôle de l'alliance thérapeutique ne règle pas le problème de l'efficacité de la psychothérapie, comme le rappelle cette étude devenue mémorable⁶⁶, qui évaluait l'efficacité d'une formation d'un an à des techniques visant à favoriser la constitution de l'alliance thérapeutique, à l'issue de laquelle, les thérapeutes étaient certes adhérents à la méthode, mais la relation thérapeutique était paradoxalement détériorée. Comme l'estime l'auteur (nous traduisons) : « Ces résultats remettent en question l'hypothèse selon laquelle un plus grand contrôle de la variable thérapeutique est directement obtenu grâce aux manuels et aux échelles d'adhésion. Modifier ou dicter des comportements spécifiques du thérapeute pour obtenir une adhésion technique peut modifier d'autres variables thérapeutiques de manière inattendue, voire contre-productive ».

Ces résultats vont dans le sens du modèle *contextuel* défendu par B. Wampold, qui y présente une conception de la psychothérapie proche de celle de J. Frank⁶⁷ selon laquelle le thérapeute propose au patient un mythe compréhensif et un rituel thérapeutique cohérent avec celui-ci. Il s'agit d'une conception anthropologique de la psychothérapie, également défendue (bien que sa position ne s'aligne pas sur celle de J. Frank) en France par P.-H. Castel⁶⁸. Le point fort de cette conception est qu'elle rompt définitivement avec toute ambition, au fond très médicale, de mécaniser l'intervention psychothérapeutique ; démarche vouée à l'échec, poursuivie pourtant sous une forme avenante, par un certain nombre de chercheurs rassurés par l'approche dite de « preuve fondée sur la pratique », emprunt médical également. Elle répond à l'impérative nécessité de penser la psychothérapie hors des *marques psychothérapeutique* et des mécanismes psychiques qu'elles prétendent décrire et utiliser. L'inconvénient du modèle anthropologique est qu'il acte le fait que la confiance qu'accorde le

⁶⁶ W. P. Henry et al., « Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior », *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 3, 1993, p. 434. Nous discutons également ce point dans L. Surjous « Le rôle de l'alliance et ses implications en psychothérapie », *L'Information psychiatrique* 98, 9, 2022, p. 749-755.

⁶⁷ J. D. Frank, J. B. Frank, *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1993.

⁶⁸ P. H. Castel, « Psychanalyse et épistémologie: comment s'extraire de l'impasse actuelle? », *Analysis*, 2, 2, 2018, p. 100-105.

thérapeute à sa technique est illusoire, induisant une position inconfortable pour le praticien. En conclusion de son ouvrage, B. Wampold estime en effet (nous traduisons) : « Les patients veulent que leur thérapeute croie au traitement qu'il dispense. Cela implique un dilemme pour notre lecteur, à qui l'on a présenté des preuves convaincantes que le traitement délivré n'est pas plus efficace qu'un autre... ». Autrement dit, il faut que le thérapeute croie que son traitement fonctionne en soi, même si c'est faux car c'est le fait d'y croire qui marche et les travaux de B. Wampold est de nature à saper ses illusions. D'où l'interrogation de l'auteur (suite de la citation) : « Comment le thérapeute peut-il avoir la croyance nécessaire dans un traitement pour le délivrer avec confiance ? Les preuves empiriques conduisent-elles nécessairement à une forme de cynisme ? ».

C'est précisément à cette question que tentent de répondre les psychothérapeutes invités à contribuer à cet ouvrage.

Luc Surjous