

Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie

J.-M. THURIN ⁽¹⁾, X. BRIFFAULT ⁽²⁾

Distinction, limits and complementarity between efficacy and effectiveness studies : new perspectives for psychotherapy research

Summary. Perron et al. (2004) criticize the collective expertise conducted by the INSERM on the efficacy of different psychotherapy methods for different mental disorders. They say the work is biased in favour of Cognitive and Behavioral Therapies (CBT), while there is a negative bias regarding other methods, in particular psychodynamic therapies. Philippe Cialdella, a specialist of methodology and quantitative analysis in psychiatry, exposes a counter-argument in 10 points and brings welcome clarifications on the methodology and statistics. There is neither statistical bias in the INSERM report (which anyway is not a meta-analysis, but a literature analysis), nor in the first or second level studies on which it is based, mainly Randomised Controlled Trials (RCT). Though some arguments of P. Cialdella could be discussed in detail, his work comes to the conclusion that we can thus trust the results of the INSERM on one point : positive results can be obtained by psychotherapy with the experimental patients involved in the RCTs, and these findings are reliable. This is an important result in favour of psychotherapy, but it does not answer a very fundamental question : do we have reliable evidence that there is no systematic difference between the population constituted of patient-treatment-therapist (as a whole) found in RCTs, and the population constituted of patient-treatment-therapist (as a whole) in real contexts ? A detailed analysis of what are efficacy studies and their methodology shows that this is not the case, and that it is hence not possible to generalize the results obtained by RCTs to clinical practice in real situations. Comorbidities and complex pathologies, choice of the therapist by the patient, interpersonal factors, conditions of use of manuals, contextual and social parameters, amongst other parameters make the real situation radically different from the RCT one, and the results impossible to generalize. Effectiveness studies in real situations do not solve the problem either. They have low internal validity, and though the population studied is close to a real one, too many uncontrolled parameters make the results unreliable. Moreover, outcome studies, whether they are efficacy or effectiveness studies, generally test a therapy « as a whole » versus another one, as defined in a manual, or by psychotherapy « trademarks ». This design totally fails to offer a detailed view of what really happens during the therapy between the patient and the therapist, and it gives no possible insights into the change process elements. Only clinically highly representative quasi-experimental prospective studies can help us to understand change processes in real situations and incrementally improve treatment procedures. Daniel B. Fishman in the year 2000 made an ambitious and really interesting proposal about using pragmatic case studies in a systematic and scientific manner. Numerous reliable methodological tools, such as the Psychotherapy Process Q-Sort for example, as well as the tremendous innovations made in information and communication technologies make it possible today to implement such a proposal. It will enable us to really compare the resulting differences between the different approaches used in clinical settings, in relations with the type of intervention carried or in the real therapies, during clinically significant periods of time, and with various and ecologically valid samples. This is a possible solution to the difficult question of the use of outcome research to improve psychotherapy practice.

Key words : Effectiveness studies ; Efficacy studies ; Outcome studies ; Phase-model of change ; Pragmatic case studies ; Process ; Psychotherapy.

(1) Psychiatre, École de Psychosomatique, Association Psychanalyse et Psychothérapies, 9, rue Brantôme, 75003 Paris (jmthurin@techniques-psychotherapiques.org).

(2) Chercheur, CESAMES, CNRS, UMR 8136, INSERM, Unité 611, Centre de Recherche Psychotropes, Santé Mentale, Université René-Descartes Paris V, 45, rue des Saints-Pères, 75270 Paris cedex 06 (Xavier.Briffault@wanadoo.fr).

Travail reçu le 7 janvier 2005 et accepté le 15 mars 2005.

Tirés à part : J.-M. Thurin (à l'adresse ci-dessus).

Résumé. Perron et al. (2004) critiquent l'expertise collective (revue de littérature) de l'INSERM sur les psychothérapies, affirmant que celle-ci est « biaisée » en faveur des TCC. Philippe Cialdella propose une contre-argumentation en 10 points, autour de la notion de biais statistique, et montre que l'étude INSERM n'en est pas particulièrement entachée. L'expertise nous renseigne donc sur un élément : des résultats positifs d'efficacité peuvent être obtenus dans les conditions des études sur lesquelles elle se fonde (essais contrôlés randomisés – ECR) avec les populations expérimentales qui leur correspondent. Mais ce résultat, important, ne répond pourtant pas à une interrogation fondamentale : peut-on affirmer qu'il n'existe pas de « différence systématique » entre la population « patient-traitement-thérapeute » (ensemble considéré comme une entité en lui-même) en contexte ECR d'une part, et celle constituée par la population patient-traitement-thérapeute en contexte réel d'autre part ? En nous fondant sur une analyse approfondie de ce que sont les études d'efficacité potentielle et leur méthodologie nous montrons qu'il n'en est rien, et qu'il est impossible de généraliser les résultats des ECR à la pratique clinique en conditions réelles. Par ailleurs, les études de résultats, même naturalistes, prenant comme élément variant le traitement prescrit (ie la thérapie définie par le manuel ou par la méthode utilisée) ne peuvent rien dire non plus de ce qui se passe vraiment dans la thérapie, et qui constitue pourtant l'élément réel du changement. Il est indispensable pour cela de s'intéresser également aux processus et à l'activité effective de la dyade patient-thérapeute dans des conditions réelles. En nous appuyant sur la proposition de Daniel B. Fishman (2000) et le renouvellement méthodologique actuel, nous présentons une nouvelle perspective de recherche, sous la forme d'études « quasi expérimentales prospectives de haute représentativité clinique » susceptibles d'apporter une réponse satisfaisante à la question de l'utilisation des résultats de recherche pour l'amélioration de la pratique clinique.

Mots clés : Études d'activité effective ; Études d'efficacité ; Études de résultat ; Études-cas pragmatiques ; Modèle de phase de changement ; Procédure ; Psychothérapie.

INTRODUCTION

Philippe Cialdella propose une contre-argumentation en 10 points aux critiques méthodologiques de Roger Perron et al. (36) à propos de l'expertise INSERM sur les psychothérapies (21), affirmant que ce rapport favorise indûment les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) au détriment des psychothérapies psychodynamiques (PPD).

Nous ne souhaitons pas nous aventurer sur le terrain périlleux d'une analyse de texte de cinquième niveau (que pensons-nous de ce que dit P. Cialdella, de ce que disent R. Perron et al., de ce que dit le rapport INSERM de la recherche évaluative en psychothérapie), mais retenir l'idée force du « biais » et de ses conséquences. P. Cialdella centre son débat sur la notion de « biais statistique » (terme qui n'est en fait utilisé à aucun moment par R. Perron et al.), et qu'il définit après M. Cucherat (9)

comme « un biais introduit par une différence systématique entre les deux groupes, dû à autre chose qu'au traitement étudié et qui ne permet donc pas d'attribuer au seul traitement la différence observée entre les résultats ».

S'appuyant sur cette définition, P. Cialdella montre que ce type de biais n'existe pas dans les études sur lesquelles s'appuie le rapport INSERM, et qui comparent en utilisant la méthodologie des essais randomisés des groupes de patients recevant un traitement ou un autre afin de déterminer quel est le traitement le plus efficace.

Ces arguments méritent d'être discutés sur certains points où ils nous semblent fragiles ; nous renvoyons pour cela le lecteur à Thurin (47, 48), mais il s'agit là d'une discussion annexe qui ne doit pas masquer l'essentiel du problème : le biais important ne se situe effectivement pas entre les groupes qui sont comparés dans chaque ECR, ni même dans les comparaisons des groupes agrégés des méta-analyses. Il se situe à un autre niveau, celui de la généralisation des résultats portant sur des troubles simples à des troubles complexes. Les résultats obtenus dans les conditions expérimentales des ECR, portant sur des groupes de patients présentant pour les besoins de la recherche des troubles isolés, traités durant des durées courtes – voire très courtes – répartis dans des groupes auxquels est prescrit un traitement strictement (en principe) contrôlé par l'adhésion à un manuel et avec un objectif essentiellement réduit à la disparition des symptômes d'appel, nous renseignent effectivement sur un point : des résultats positifs peuvent être obtenus dans ces conditions avec ces populations. Mais peut-on affirmer qu'il n'existe pas de « différence systématique entre deux groupes », celui constitué par la population patient-traitement-thérapeute (considéré comme une entité en elle-même) en contexte ECR d'une part, et celui constitué par la population patient-traitement-thérapeute en contexte réel d'autre part ? Si ce n'est pas – ou seulement très partiellement – le cas, toute généralisation des données des études de résultats aux situations réelles rencontrées en pratique clinique hors de ces conditions très particulières, qui peuvent correspondre aux populations et aux modalités de certains types de thérapies, est un abus.

Il s'agit donc pour les défenseurs de la méthodologie ECR d'apporter la preuve de la possibilité de généraliser leurs résultats aux pratiques réelles de soin. Selon nous, cette preuve n'est pas aujourd'hui sérieusement établie, et nous émettons l'hypothèse qu'elle ne pourra pas l'être avec les méthodes de recherche qui ont été valorisées dans le rapport INSERM.

La suite de notre propos est une argumentation en faveur de ce point de vue, et une proposition de nouveaux dispositifs de recherche dont nous faisons l'hypothèse qu'ils peuvent apporter une solution scientifique, applicable au problème de l'évaluation, et un soutien déterminant à l'amélioration des pratiques en psychothérapie.

ÉTUDES DE RÉSULTAT

Les études « d'efficacité potentielle » aussi bien que les études « d'efficacité réelle », qui sont toutes deux des étu-

des de *résultats*, se centrent sur l'impact moyen d'une intervention thérapeutique donnée sur un groupe de patients particuliers, la première étudiant la thérapie dans des conditions expérimentales, tandis que la deuxième étudie la thérapie dans sa pratique réelle en situation.

Études d'efficacité potentielle (*efficacy studies*)

Les études d'efficacité potentielle visent à établir qu'une approche spécifique améliore une condition spécifique. Elles utilisent des études contrôlées randomisées (ECR) : *contrôlées* car elles sont menées dans un cadre soigneusement spécifié en utilisant la comparaison entre un groupe traité et un groupe contrôle, avec un nombre limité de thérapeutes et de patients souffrant d'un trouble spécifique identique et partageant différentes caractéristiques communes (constituant un groupe homogène) ; *randomisées* car les patients sont répartis au hasard entre les différents groupes de traitement ou les thérapeutes. Elles peuvent être qualifiées de « thérapies de laboratoire » (31).

La valeur thérapeutique d'un traitement est établie en opérationnalisant et en standardisant les procédures dans un *manuel de traitement*, qui comprend typiquement un nombre fixe de séances avec le patient. Les patients sont alors *répartis de façon aléatoire* pour recevoir soit la thérapie standardisée, soit un autre type de procédure de « contrôle » supposée être moins efficace.

L'existence d'un *groupe de contrôle* distingue les ECR des études prospectives « pré-post » qui mesurent l'état du patient avant et après l'intervention de façon à décrire la nature et l'étendue des changements. Cependant, rien ne permet en principe d'affirmer à partir de cette simple comparaison qu'il ne s'est pas produit une guérison spontanée ou que d'autres facteurs ne sont pas intervenus. Pour pouvoir distinguer l'effet du traitement de celui du temps ou d'autres facteurs, l'évolution sous traitement est comparée à celle d'une évolution sans traitement au cours d'une période déterminée. Pour des raisons déontologiques, un traitement de base ou une liste d'attente sont préférés à l'absence de traitement (on ne peut pas laisser un patient sans aide, fut-elle potentielle).

Le but de la *répartition aléatoire* est d'attribuer les effets observés exclusivement à la thérapie appliquée (*validité interne*) et non à des différences entre les sujets qui sont supposées s'annuler du fait de cette répartition. Les *critères d'exclusion et d'inclusion* des patients dans l'étude sont clairement définis, ainsi que l'effectif de l'échantillon qui doit permettre d'obtenir une puissance statistique suffisante. Les résultats de chaque patient sont finalement évalués « en aveugle » par des évaluateurs.

Si un nombre donné de ces études d'efficacité potentielle montre que les patients des groupes expérimentaux de thérapie ont de meilleurs résultats que ceux des groupes contrôles, alors cette thérapie standardisée est identifiée comme un traitement « empiriquement » validé, ou EST (*Empirically Supported Treatment*). La *Task Force* de l'*American Psychological Association* (APA) considère

que le soutien empirique des méthodes psychothérapeutiques ne peut être fourni que par les ECR ou éventuellement par une série importante d'expérimentations portant sur des cas uniques de bonne qualité méthodologique (8).

L'utilisation quasi exclusive des ECR comme méthodes pour démontrer qu'une thérapie est susceptible de fonctionner pour un patient donné a été récemment contestée. L'un des arguments de cette contestation est que l'on peut discuter le fait que les résultats des ECR soient représentatifs de la pratique clinique pour ce qui concerne les patients, le deuxième étant qu'on puisse qualifier suffisamment précisément le traitement suivi pour pouvoir en fournir une description opérationnalisable en pratique clinique, le troisième étant que les thérapeutes en pratique réelle puissent appliquer les traitements proposés. C'est donc la possibilité de généraliser le triplet patient-traitement-thérapeute qui est discutée.

Le premier point très épineux est la tendance que promeut l'ECR d'étudier des *troubles isolés* qui, selon les études épidémiologiques (6, 10, 50, 55) ne correspondent que très partiellement à ceux rencontrés en pratique clinique. Seule une très petite partie de la population réelle serait alors concernée par les résultats. Le problème peut même être posé de leur véritable nature de trouble dans des conditions qui mettent en jeu la performance (anxiété accompagnant une situation scolaire, qualité de la satisfaction sexuelle) en dehors de toute psychopathologie avérée.

Une seconde limite essentielle des études d'efficacité potentielle se situe au niveau des conditions particulières du traitement. L'obligation d'utiliser les *manuels de thérapie*, nécessaire pour déterminer globalement le principe actif du traitement testé, suscite bien des réserves dès que l'on s'éloigne des conditions de laboratoire. Remarquons d'abord que le traitement peut être moins bien « administré » dans un contexte qui n'est pas centré sur la technique et le résultat (et cela se retrouve même d'ailleurs dans le contexte particulier de certaines études comparatives où les cliniciens de la méthode étudiée peuvent être plus motivés – et mieux formés – que ceux de la thérapie « contrôle »). Mais surtout l'utilisation d'un manuel suppose que la conception même d'un traitement « appliqué » corresponde au problème posé par le patient et à sa disponibilité personnelle par rapport à ce type d'approche. Cet abord particulier peut être tout à fait contradictoire avec une certaine spontanéité, adaptabilité, voire capacité de penser qui font partie des ingrédients de base du traitement des troubles complexes... qui précisément ne sont pas étudiés par les ECR pour des raisons à la fois de définition des troubles, de réunion de groupes homogènes, de durée et de complexité des traitements (plus longs que ceux d'un trouble isolé). À ce problème de fond, s'est ajouté récemment un questionnement sur la validité même de ce que le manuel de thérapie et son application contrôlée devaient permettre : l'homogénéité du traitement fourni par différents thérapeutes à différents patients. En effet, Ablon et Jones (1) ont montré à partir d'une réanalyse des enregistrements de l'étude de la NIMH consacrée à la dépression (12), étude unanime-

ment décrite comme d'une grande qualité méthodologique, qu'il existait un important degré de variabilité du thérapeute à l'intérieur du modèle donné.

Dans le domaine des traitements pharmacologiques, une découverte thérapeutique en laboratoire s'applique *a priori* à d'autres situations thérapeutiques, car l'action biologique (comme celle d'un antibiotique sur un microbe) existe indépendamment de l'environnement. Même si elle peut être influencée par lui, de façon convergente ou antagoniste comme en témoigne la disponibilité immunitaire, les influences biologiques de la culture, des dispositions du patient et de la formation du médecin sont très modestes (voir à ce sujet, 13, 46). Les étapes et les cibles du traitement sont par ailleurs bien définies. En revanche, le traitement psychothérapique implique des interactions patient-thérapeute et concerne un objet psychique partagé en reconfiguration constante (du moins si le traitement fonctionne, et sinon il faut le modifier jusqu'à ce que l'on se retrouve dans cette configuration). Les facteurs interpersonnels ne sont pas seulement des facteurs communs, mais également les facteurs curatifs spécifiques (14, 31, 45, 49, 52). Par ailleurs, les pathologies complexes (troubles graves du développement et de la personnalité, organisations pathologiques structurées) qui constituent le cœur des psychothérapies longues ne se réduisent pas à une simple juxtaposition de troubles que l'on pourrait « traiter » les uns après les autres de façon quasiment isolée. Les troubles sont l'expression visible de facteurs et d'origines multiples qui peuvent être en interaction (11).

Ces deux facteurs rendent compréhensible la pauvreté des données d'efficacité basées sur des essais cliniques contrôlés concernant les psychothérapies psychodynamiques, étant donné les problèmes méthodologiques particuliers associés à l'étude de la psychothérapie intensive à long terme. Ces problèmes sont essentiellement liés au coût d'une étude de suivi à long terme, à la difficulté de recruter un groupe contrôle correctement apparié, et aux variables non contrôlées telles que la maladie, les événements de vie (11), les changements de médicaments (30), l'apparition de troubles associés qui peuvent affecter la signification des résultats. La sélection par la personne de son traitement dans une psychothérapie à long terme ou une analyse est également d'une grande importance, dans la mesure par exemple où elle est l'expression d'une orientation, d'attentes et de représentations spécifiques qui structurent le champ thérapeutique. Les patients auxquels on ne donne pas les traitements qu'ils souhaitent sont susceptibles de les quitter, et ceux qui ne trouvent pas dans leur environnement les traitements correspondant à leurs représentations sont susceptibles de ne jamais y accéder (56).

Toute demande de thérapie s'inscrit dans un champ institutionnel et culturel donné, et les « symptômes » sont produits en fonction de ce champ et non dans le vide. Comme le rappelle Otero (34 ; voir aussi 38), tant la légitimité que l'efficacité des pratiques thérapeutiques sont en rapport avec la connivence structurale qui s'établit entre les sujets et les intervenants à une époque donnée et dans une société précise. Otero (34) avance même l'hypothèse

selon laquelle une intervention psychothérapeutique ou psychosociale ne serait pas dominante parce qu'elle est efficace, mais efficace parce qu'elle est dominante ! Bien que probablement excessive, comme il en convient lui-même, et ne bénéficiant pas d'arguments empiriques forts, cette hypothèse mérite d'être discutée, au regard par exemple de l'importance de certains facteurs communs relevant de l'allégeance du thérapeute, de l'espoir du patient, de la force du lien thérapeutique (ici soutenu par une forte légitimité sociale...), et du regard nouveau que cela peut apporter sur les conséquences et les motivations des querelles entre écoles psychothérapiques.

Les ECR ont également d'autres limites. Ainsi, le principal argument en leur faveur, la *randomisation*, peut se renverser pour devenir leur faiblesse principale, du fait que les ECR créent des conditions artificielles qui ne sont pas représentatives de la pratique clinique. Les études traitement spécifique *versus* liste d'attente ne permettent pas de déterminer si le résultat après traitement est dû à des ingrédients spécifiques de la thérapie ou s'il se produit simplement à cause du fait que le thérapeute a passé du temps avec le patient, en comparaison avec les contrôles qui n'ont pas passé de temps avec les thérapeutes. Le problème se complique encore quand on sait que le fait pour un patient de savoir qu'il va pouvoir bénéficier d'une psychothérapie a déjà des effets favorables (15).

Les caractéristiques des ECR et les critiques s'y rapportant ont été résumées dans le *tableau I* (Starcevic, 2003, cité dans 7). Selon Ablon et Jones (1), les ECR peuvent être ainsi définis comme « une procédure pour tester un traitement quelque peu artificiel dans un cadre contrôlé artificiellement avec des patients atypiques ». Cette définition pourrait être nuancée par la prise en compte de la classification proposée par Shadish *et al.* (42) pour apprécier le degré de représentativité clinique des études incluses dans les méta-analyses.

Ces différentes limites des ECR remettent en question le fait que leurs résultats puissent être généralisés et que leurs modalités puissent être transposées pour la réalisation de manuels de bonne pratique en milieu réel. Leurs directives, fondées sur des conditions particulières, seraient alors appliquées pour affecter des ressources suivant un principe de généralisation, sans tenir compte du contexte et de la complexité directement associés à chaque cas spécifique. Les tentatives de cette application directe se sont d'ailleurs heurtées à de grandes difficultés (39).

Par ailleurs, l'utilisation systématique des ECR comme méthode unique d'évaluation a un effet mécanique de stérilisation de l'innovation thérapeutique. Comme le soulignent Western *et al.* (51), les chercheurs n'ont pas commencé avec un grand ensemble de procédures thérapeutiques pour chercher celles qui étaient efficaces, afin de tester leurs associations avec les résultats. Ils ont simplement sélectionné deux ou trois procédures (celles du programme sur la dépression du NIMH par exemple), et ont montré qu'elles étaient plus efficaces sur de courtes périodes que la condition contrôle. En raison de l'effet de l'absence d'ECR pour un traitement donné sur la possibilité de son utilisation, on peut craindre un appauvrissement

TABLEAU I. — *Caractéristiques des RCTs et critiques s'y rapportant* (d'après Castelnuovo, 2004).

Caractéristiques des ECRs	Critiques des ECRs
« Les essais contrôlés randomisés » (ECRs) sont une procédure méthodologique qui consiste en la comparaison de groupes de patients, pour qui l'utilité du traitement est examinée (groupe expérimental), avec le groupe de patients qui ne reçoivent aucun traitement actif (comme un placebo, un groupe contrôle)	Dans les études de psychothérapie, il n'y a aucun équivalent à un placebo qui est utilisé dans les études de pharmacothérapie. Les traitements psychologiques non spécifiques (et qui sont supposés ressembler à un placebo), administrés à des patients dans des groupes de contrôle, ne sont pas « neutres » comme le placebo est « neutre » en pharmacologie, parce qu'ils produisent des effets psychologiques, sans tenir compte s'ils sont cliniquement significatifs
Les ECRs se centrent sur la stricte homogénéité diagnostique des groupes de patients et mettent l'accent sur la précision diagnostique	Le diagnostic psychiatrique n'est habituellement pas le facteur principal qui détermine l'usage de la psychothérapie et on ne met pas l'accent sur la précision diagnostique en psychothérapie. En conséquence, les patients en psychothérapie ne sont pas aussi homogènes du point de vue diagnostique que les patients dans les ECRs et ont souvent des troubles supplémentaires qui les excluraient des ECRs
Une autre caractéristique clé est représentée par la randomisation dans les groupes de patients expérimentaux et de contrôle	La randomisation des patients dans les études utiles de psychothérapie est gênante parce que la pratique clinique n'est pas randomisée ; aussi, la randomisation crée une situation artificielle du fait qu'elle ignore que les patients en psychothérapie choisissent activement leur propre traitement
Il est important de poursuivre une conception en double-aveugle de la recherche	Une conception en double-aveugle est impossible dans la recherche en psychothérapie. Les patients ne peuvent pas être aveugles en ce qui concerne le traitement psychologique qu'ils reçoivent parce qu'ils y participent activement ; de même, les thérapeutes ne peuvent pas être aveugles car ils savent quels traitements ils administrent
Un autre « étalon or » de la procédure ECRs est l'utilisation de standardisation de procédures de traitement, de sorte que tous les patients reçoivent (ou sont supposés recevoir) le traitement de la même façon	La psychothérapie est extrêmement difficile à « standardiser » pour que ses procédures et ses techniques soient utilisées de la même façon par tous les thérapeutes, sans tenir compte de leur formation et de leur personnalité. Chaque rencontre entre le patient et le thérapeute a certaines caractéristiques uniques, avec le potentiel de produire « quelque chose » qui ne peut pas être prédit et entièrement « standardisé »

majeur de la finesse et de la complexité des traitements au profit de traitements simplistes évaluables facilement, tout simplement parce qu'il devient « scientifiquement incorrect » d'utiliser, voire de proposer autre chose (19, 44). Nous verrons plus bas comment une autre approche peut permettre de dépasser ce problème.

Études naturalistes d'efficacité réelle (effectiveness studies)

Contrairement aux ECR, les études naturalistes (études d'efficacité réelle) sont réalisées dans les conditions de la pratique clinique, elles concernent les « thérapies de terrain ».

La thérapie en situation a des propriétés contextuelles qui l'excluent pratiquement des études « d'efficacité potentielle ». Ainsi, elle n'est typiquement pas de durée fixe, elle est autocorrectrice, elle implique des patients qui ont activement recherché leur psychothérapeute plutôt que de se le voir assigné aléatoirement ; ces patients ont de multiples problèmes qui ne cadrent pas parfaitement avec une catégorie du DSM, et qui s'intéressent à des améliorations de large échelle, dans une grande variété de domaines, plutôt qu'à la réduction d'un symptôme spécifique, tel qu'on peut le voir dans les études « d'efficacité potentielle » (40). Les thérapeutes appliquent exactement les méthodes de psychothérapie qu'ils pratiquent habituellement et dont ils ont l'expérience.

La recherche fondée sur le modèle de « l'efficacité réelle », dont on peut voir un exemple dans l'étude bien connue de la revue *Consumer Reports* (40), évalue les résultats d'une thérapie tels qu'ils arrivent effectivement, d'une manière non contrôlée dans la situation, sans manuel, avec une durée liée aux progrès du patient ou aux limites de son contrat d'assurance, avec des patients aux multiples problèmes qui choisissent activement leurs thérapeutes, et ainsi de suite.

Les études centrées sur « l'efficacité réelle » ont une *haut degré de validité externe* car leurs échantillons sont constitués de thérapies telles qu'elles sont pratiquées en situation. La généralisation à d'autres populations ne nécessite donc que peu d'inférences. Mais elles posent des problèmes de *validité interne faible* parce qu'il y a de nombreuses confusions possibles dans l'explication de la manière dont les résultats de l'étude sont obtenus (27).

Dans les recherches centrées sur « l'efficacité réelle », les variables dépendantes et indépendantes sont très proches de la cible réelle d'une généralisation éventuelle, et le groupe étudié est généralement précisément un échantillon de la population cible.

Les autres facteurs explicatifs, qu'ils soient internes aux participants ou externes dans la situation, sont explicitement nommés, mesurés et contrôlés statistiquement. Cela a évidemment un coût « dû au fait qu'il est nécessaire de préciser, d'opérationnaliser et de tester explicitement l'influence de chacune des causes internes ou externes possibles ; en effet, les variables tierces non précisées ne peuvent pas être éliminées globalement comme elles peu-

vent l'être dans la méthode expérimentale qui utilise les groupes de contrôle pour les variables tierces externes et l'affectation aléatoire des participants pour les variables tierces internes » (41, p. 1075).

Il y a peu de temps encore, le dilemme était le suivant : obtenir un niveau de preuve élevé avec des méthodes de laboratoire qui ne s'appliquent qu'à des troubles ou des conflits psychiques isolés, avec des traitements manuelisés qui leur sont destinés et donc passer à côté des patients et des traitements qui ne se configurent pas à ce protocole, ou bien étudier les résultats dans des conditions de terrain, avec des patients et des thérapies « réels », mais en acceptant un niveau de preuve d'efficacité relativement modeste dans la mesure où de nombreux facteurs susceptibles d'intervenir dans les résultats, individuels et contextuels, ne sont pas vraiment maîtrisés. Mais qu'il s'agisse d'études de *résultats en laboratoire* ou d'études de *résultats sur le terrain*, la connaissance précise des *mécanismes d'action* n'y est pas élucidée : en ce qui concerne les ECR, du fait que le manuel de traitement est très global et que le contrôle de son application reste très relatif, on ne connaît rien ou presque des processus impliqués ; il en est de même pour ce qui concerne les études naturalistes, du fait que l'on ne dispose que d'un profil relativement peu précis tant du patient que du thérapeute, de leurs interactions et du processus thérapeutique. Ces deux approches de la recherche en psychothérapie ne nous apportent donc aucun élément scientifique, au sens poppérien de la réfutabilité d'un modèle prédictif. Il s'agit simplement d'une procédure empirique inductive : on définit une procédure de traitement, on la teste, et si elle montre des résultats, on l'applique, mais aucune réfutation, et donc amélioration en retour du modèle/traitement n'est permise puisqu'on ne formule pas d'hypothèses explicatives sur les modalités de fonctionnement du traitement.

Pour une approche véritablement scientifique, il faut adjoindre à la recherche sur les résultats une recherche sur les processus de changement.

VERS DE NOUVELLES MÉTHODOLOGIES DE RECHERCHE*

Les attentes vis-à-vis de la recherche ont évolué aujourd'hui et trois questions sont au premier plan : comment atteindre de hauts niveaux de preuve pour des études menées dans des conditions naturelles ? Comment définir la meilleure stratégie thérapeutique pour un patient donné, dans la situation et les conditions particulières où

il se trouve ? Comment évaluer la psychothérapie de patients présentant des troubles complexes et des symptômes chroniques (17) ?

On se heurte là à deux types de problèmes méthodologiques qui sont en passe d'être réglés par de nouvelles propositions.

Le premier résulte du fait qu'un même patient va nécessiter l'utilisation d'approches psychothérapeutiques sensiblement différentes au cours de son traitement dans lequel on pourra distinguer plusieurs phases [par exemple, remoralisation, réparation, réaménagement (20)]. Il existe un accord général qui a été confirmé par plusieurs études (33, 53, 54) sur le fait que la mise en place du cadre psychothérapeutique (offrant la possibilité au patient de s'y sentir en confiance et en sécurité pour parler) est une première phase essentielle. Il n'est pas indiqué à ce stade de faire de puissantes interprétations de transfert ou des propositions d'exercices comportementaux qui n'auraient pas d'efficacité ou même pourraient entraîner une rupture du traitement. Mais cette situation n'est pas généralisable à l'ensemble de la psychothérapie du patient.

Le second est que les interventions du psychothérapeute, même si elles sont évidemment influencées par la théorie à laquelle il se réfère et aux objectifs intermédiaires qu'il poursuit, peuvent faire intervenir des ingrédients sensiblement différents de ceux qu'il croit utiliser (1, 2, 3). Des facteurs implicites de changement peuvent donc intervenir, sans que le thérapeute puisse les identifier.

Pour aborder ces différents points sans détour, les idées principales sont les suivantes : la première est que ce qui ne peut être déterminé de façon rigide (par exemple, le traitement) ou par sélection intensive (par exemple, le choix des patients), ou encore éliminé en réduisant le temps étudié (par exemple, les événements de vie) doit être très soigneusement décrit... *et mis en mémoire* dans une base de données. Certains éléments peuvent être simplement inventoriés (variables démographiques, état psychologique la semaine précédente), alors que d'autres comme la définition des troubles et celle du processus psychothérapeutique demandent une approche et des instruments perfectionnés. La seconde idée est que plutôt que de définir *a priori* un *groupe contrôle général* (même trouble, même tranche d'âge, la seule variable modifiée étant celle du traitement), on va construire dynamiquement *des groupes contrôles* extraits de la population générale de base ou de cas déjà traités, qui seront définis par un espace de communauté aussi large que possible de variables psychopathologiques, démographiques et contextuelles avec celles du sujet ou du groupe étudié. Dans une certaine mesure, certains au moins de ces groupes existent déjà sous la forme de données épidémiologiques, mais l'objectif est d'aller plus loin dans la définition de types de patients rapportés à des types de situations et d'utiliser à cette fin l'ensemble mémorisé des cas soigneusement décrits.

Deux chaînons manquaient pour une mise en œuvre opérationnelle d'une perspective de ce type : d'abord, l'existence de grands groupes dont chaque sujet serait

* Pour l'ensemble de cette section, nous remercions un *referee* anonyme de *L'Encéphale* qui nous a permis par ses commentaires et critiques pertinents de mieux structurer notre discussion, autour de quatre questions essentielles : comment en pratique tirer des inférences d'une base de cas, quels sont les instruments disponibles pour recueillir et systématiser les informations, comment caractériser le fait qu'un patient va mieux, et enfin comment comparer des thérapeutiques dont les corpus théoriques ne sont pas superposables ?

véritablement suffisamment décrit individuellement et dans son contexte pour que sa situation (et pas seulement la personne et son problème) devienne elle-même un objet particulier ; ensuite, la possibilité d'analyser les processus psychothérapeutiques de façon à la fois fine et neutre, c'est-à-dire en ne se situant pas seulement au niveau d'un traitement appliqué ou déclaré par un « nom de marque », mais en spécifiant précisément les actions mises en œuvre.

La proposition de Fishman (13) semble apporter une ouverture décisive à l'impasse antérieure. Il propose de centrer la recherche sur l'étude pragmatique de cas, associant une description rigoureuse de chaque cas (patient/situation-traitement-thérapeute/contexte institutionnel) et la mise en relation de ces résultats avec ceux émergeant d'une base de données étendue regroupant toutes les descriptions de cas (permettant ainsi une étude différentielle des réponses en fonction des principales variables susceptibles d'en être la cause).

Le dispositif méthodologique vise à permettre la réalisation d'études naturalistes de haut niveau, c'est-à-dire d'études *quasi expérimentales prospectives de haute représentativité clinique* caractérisées par des groupes de comparaison randomisés ou non, l'appariement ou la stratification des groupes, les descriptions précises des traitements, des patients et de leur sélection, l'utilisation d'éléments de procédures de diagnostic et de mesures de résultats fiables et valables, l'utilisation d'éléments supplémentaires dans le protocole de l'étude, l'assortiment de configurations cohérentes, le compte rendu des sorties prématurées, les pré et post-évaluations, les études de suivi, et la présentation complète des données statistiques pertinentes (31).

Un exemple très avancé d'utilisation de cette perspective existe déjà. Présenté par Lutz (32), il s'appuie sur deux exemples de son application à une prévision individuelle du progrès thérapeutique en fonction de l'évaluation initiale et des modalités de psychothérapie choisies. Les données existantes (issues déjà de plusieurs centaines de cas réunis à partir d'un réseau de recherche sur la pratique réunissant des centres de soins externes d'une part, des compagnies d'assurance maladie d'autre part) sont utilisées comme tableau de bord comparatif de l'évolution prévisible d'un cas suivant ses caractéristiques, la phase du traitement, son type (individuel, de groupe, mixte), sa modalité principale et le nombre de séances qui se sont déroulées. Cette approche permet au clinicien de repérer les « décrochages », de les analyser, d'envisager les décisions nécessaires et, à un niveau plus général, de renseigner la base de données sur les facteurs intermédiaires qui peuvent intervenir dans le déroulement du traitement. Les mesures sont multidimensionnelles et portent sur des éléments classiques, très généraux issus du système COMPASS [symptômes, bien-être, fonctionnement de vie, rapport à la psychothérapie, lien thérapeutique, résultats, satisfaction (30)] ou plus spécifiques [problèmes interpersonnels (IIP), détresse émotionnelle, relations intimes, capacité d'adaptation et de faire face... (21)]. Cette architecture « méta » (si l'on se réfère aux traitements

actuels de données, permettant par une forte structuration des règles de réunir des données provenant de sources différentes) permet une bonne compatibilité entre différentes mesures validées de même ordre tout en préservant une certaine souplesse dans les options de recueil. Les résultats de l'évaluation d'entrée ont une valeur prédictive du déroulement ultérieur. Cette approche du déroulement « par tranches » peut être complétée par une analyse des rapports de séance concernant la perception de la thérapie et réalisés par le patient et le thérapeute. Ainsi, comme le souligne Lutz (32), l'application pratique de la recherche centrée sur le patient ressemble aux stratégies traditionnelles d'étude de cas (26). La différence, cependant, est qu'une « ligne de base de traitement » prédite individuellement, qui peut être employée pour évaluer le progrès réel et ajuster le traitement en cours, est modelée sur un ensemble de données issues d'un grand nombre de patients.

Nous avons exploré depuis un an une seconde perspective. Prenant en compte les processus de changement, elle ouvre à la possibilité d'études comparatives de techniques, appréhendées non plus de façon globale mais à partir de leurs facteurs déterminants. Cette approche, centrée sur la pratique doit pouvoir répondre à la question : comment comparer des thérapeutiques dont les corpus théoriques ne sont pas superposables, voire d'intersection vide ? Il faut sans doute ici faire une distinction entre processus et résultats. Pour ce qui concerne les résultats, il faut évidemment disposer d'observables communs opérationnalisés. Ils peuvent alors être comparés, quelle que soit la méthode thérapeutique qui sous-tend les variations observées. Par exemple, s'il est possible d'opérationnaliser un observable « capacité d'insight », rien n'empêche de le mesurer au décours d'une thérapie cognitivo-comportementale. Rien n'empêche non plus de mesurer la diminution du nombre et de l'intensité des crises phobiques au cours d'une psychanalyse. La notion d'amélioration reste toujours liée à des jugements (émanant du patient, de la famille et des amis, du clinicien, de membres de la communauté) qui peuvent ne pas être complètement convergents. Il est probablement impossible de développer une mesure unique de résultat qui refléterait les différents changements qui pourraient être apportés par la psychothérapie. Dans les faits, la mesure de résultats est appréhendée à partir de l'évolution des résultats d'une ou de plusieurs formules de calcul portant sur les variables de résultats, évolution dont le sens déterminera si on estime qu'il y a amélioration ou dégradation de l'état. Ces variables peuvent être très diverses en fonction d'un objectif particulier recherché et des approches théoriques sous-jacentes. Elles ont cependant un fond commun qui comprend la résolution des symptômes et la réduction de la détresse subjective et des troubles de la personnalité, mais également de dimensions de fonctionnement comme l'amélioration des relations amicales, familiales et sentimentales, de la tolérance affective, des capacités de travail, de résolution de problèmes et d'adaptation, d'insight...

Pour ce qui est de la comparaison des corpus théoriques hétérogènes, c'est précisément le but d'une étude processus-résultats : les éléments du processus (techniques, interventions et attitudes), déterminés par la théorie supportant la méthode mise en œuvre, sont comparés les uns aux autres en fonction des résultats qu'ils obtiennent. Plusieurs instruments, notamment le *Psychotherapy Process Q-Set* (PPQS) (22, 23, 24, 43) permettent d'appréhender les caractéristiques du processus thérapeutique et de les rapporter aux approches réellement utilisées à différents moments de la psychothérapie, dont l'inventaire des principaux ingrédients a été récemment précisé (4, 5, 18). Ainsi, il devient non seulement possible de situer les différences de résultats suivant différentes approches réellement pratiquées, mais aussi de préciser les variations liées à des types d'interventions spécifiques et à des intervalles de suivi cliniquement significatifs, cela avec des échantillons divers et écologiquement valides (7). Ce type d'instrument, qui vise la description et la classification des processus de traitement, est en effet également adapté à une analyse quantitative (30).

Pour atteindre le niveau d'opérationnalisation requis par nos objectifs, nous avons donc raffiné le modèle en spécifiant précisément les instruments et la méthodologie

à utiliser. Une synthèse de cette architecture est présentée sur la *figure 1*.

L'ensemble de ces informations, recueillies au décours de la psychothérapie, constitue donc un cas. Leur collection organisée dans une base de cas (*figure 2*) dotée de fonctionnalités avancées de recherche, d'extraction et de calcul, permet la mise en œuvre de véritables études comparatives, capables d'apporter des éléments supplémentaires pour déterminer quel est le traitement le mieux indiqué, en précisant si la spécificité du traitement, objet de la recherche, est susceptible de fournir des résultats différents de ceux du traitement alternatif établi (16). Elles fournissent également la possibilité de construire des modèles prédictifs patients-traitements-résultats réfutables, et donc d'améliorer incrémentalement et de façon scientifiquement fondée les traitements proposés.

Les deux exemples que nous mentionnons, celui de Lutz et notre propre proposition, illustrent la possibilité et la nécessité de pouvoir mettre en place des protocoles de recherche différents, adaptés aux besoins d'une recherche spécifique. L'architecture méthodologique que nous proposons est suffisamment générique pour supporter cette multiplicité des protocoles de recherche. Sur le plan formel, un cas est en fait une collection ordonnée dans le

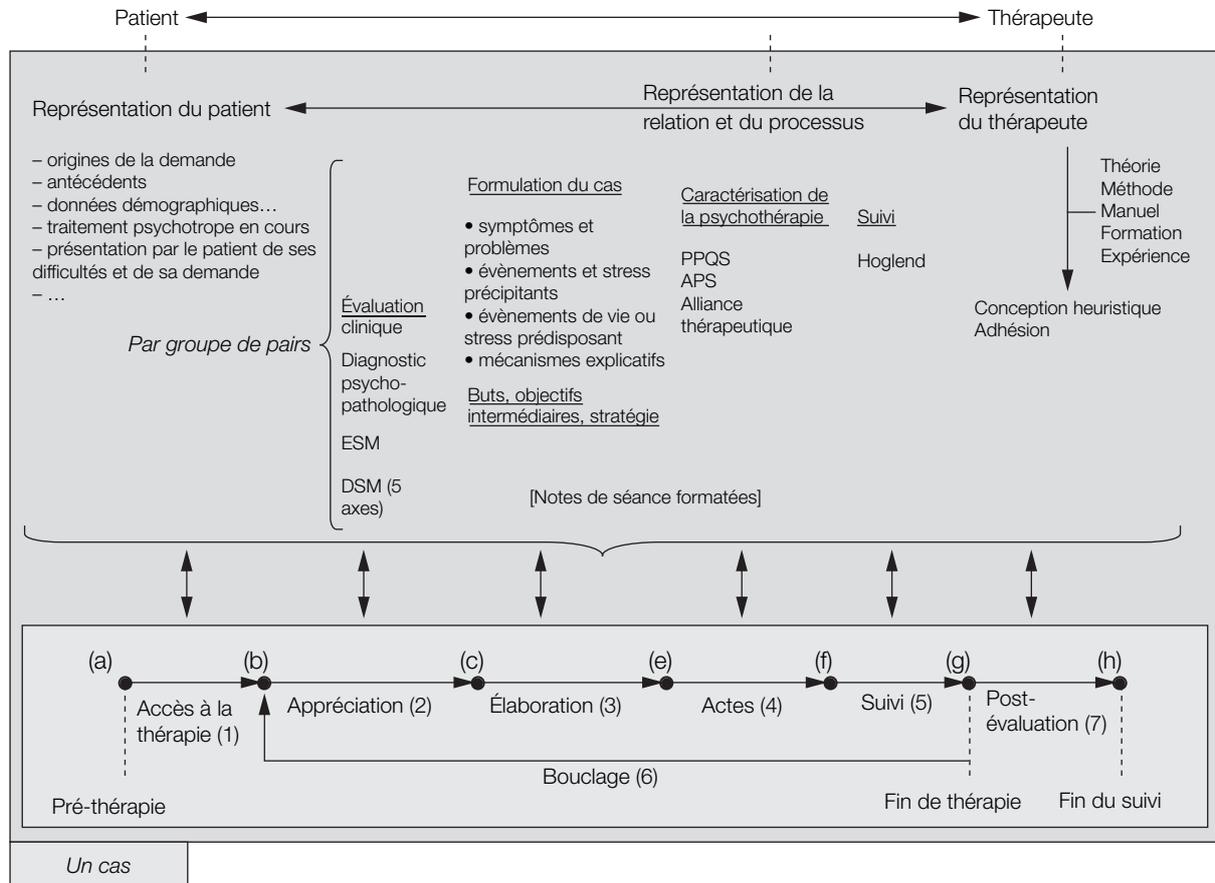


FIG. 1. — Caractérisation complète d'un cas dans notre proposition.

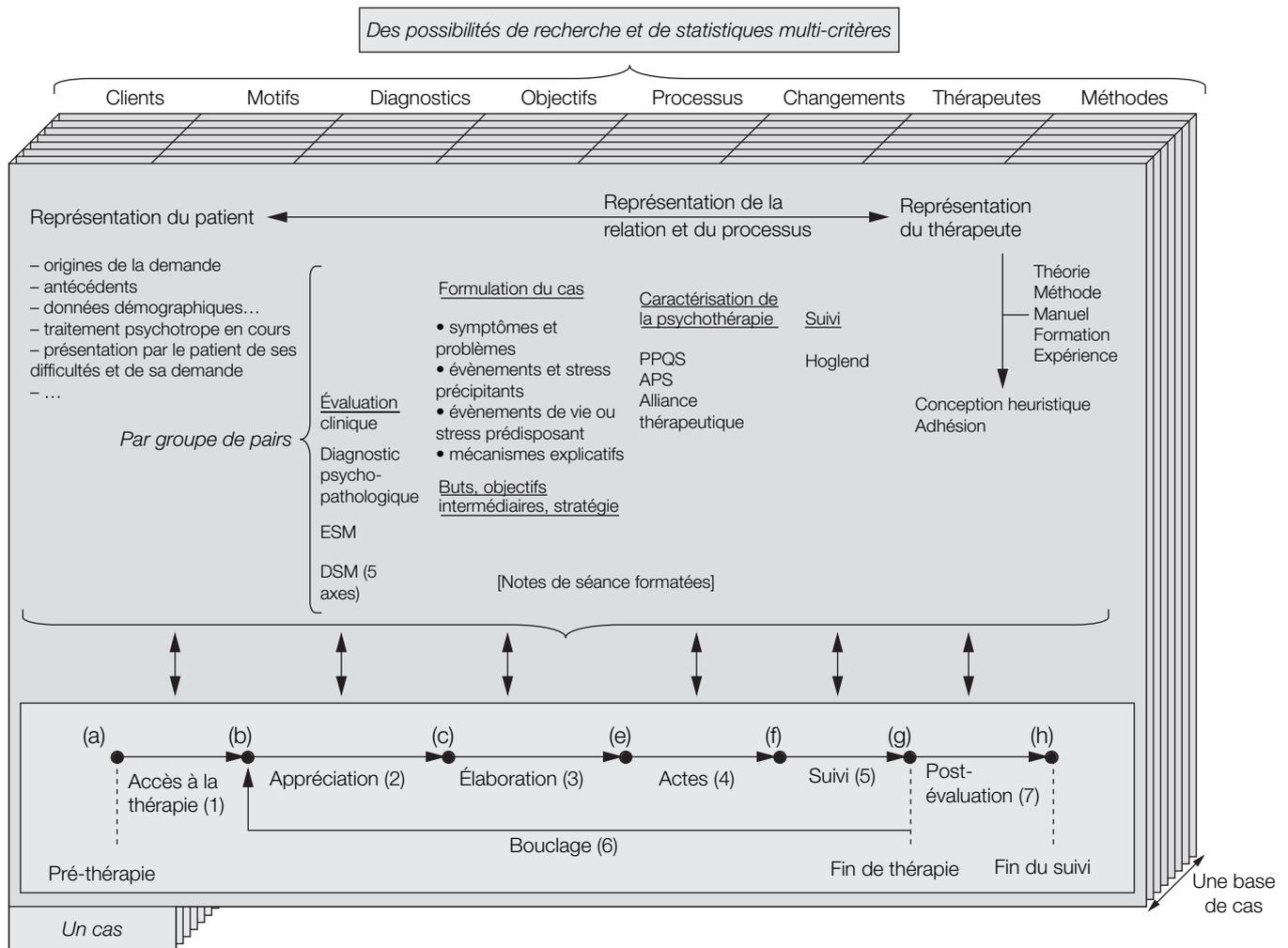


FIG. 2. — Possibilités statistiques et de recherche offertes par une base de cas.

temps de valeurs de variables de résultats et de valeurs de variables de processus. Ces variables sont regroupées sous la forme d'instruments spécialisés auxquels elles appartiennent [ESM, Hoglend, IIP, APS, PPQS... (21, 30)]. Une illustration de ce modèle générique est fournie sur la figure 3.

Formellement parlant, l'analyse des données mono ou multi-cas $R_{j,i}$, consiste donc à mettre en évidence des modèles prédictifs à partir des valeurs de résultats et de processus antérieures. Le but est de déterminer, pour une thérapie donnée, les interventions de processus les mieux adaptées aux résultats souhaités pour la thérapie d'un cas caractérisé (32). Tous les outils statistiques, d'analyse et d'exploration de données usuels (régression multiple, analyse factorielle, *data mining*...) sont disponibles pour cela.

CONCLUSION

Dans les ECR, ce sont les hypothèses sur l'efficacité potentielle des traitements dans des conditions idéalisées

qui sont testées, alors que dans les études naturalistes il existe tout un ensemble de variables supplémentaires à prendre en compte.

Les deux approches répondent à des objectifs et à des questions de recherche différents. Ainsi, les ECR sont nécessaires, par exemple, si une méthode nouvellement développée de psychothérapie doit être testée en ce qui concerne des effets thérapeutiques spécifiques et très ciblés. Ils le sont également pour l'étude d'éléments isolés de la thérapie (en démontant les stratégies). Mais il est nécessaire de prouver que les méthodes spécifiques de thérapie fonctionnent pour des désordres spécifiques dans des conditions naturelles (7, 13, 16, 17, 27, 31, 35, 41, 42, 51).

Les études d'efficacité réelle testent le traitement sur une échelle plus large, avec des patients et des thérapeutes plus typiques.

Mais qu'elle soit d'efficacité potentielle (ECR) ou réelle (naturaliste), l'étude de résultats prenant comme élément variant le traitement prescrit (*ie* la thérapie définie par le manuel ou par la méthode utilisée) ne peut rien dire de ce

7. CASTELNUOVO G, FACCIO E, MOLINARI E *et al.* A critical review of Empirically Supported Treatments (ESTs) and common factors perspective in psychotherapy. *Br Strat System Ther Eur Rev* 2004 ; (trad fr sur www.techniques-psychotherapies.org).
8. CHAMBLESS DL, OLLENDICK TH. Empirically supported psychological interventions : controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 2001 ; 52 : 685-716.
9. CUCHERAT M. Méthodologie et interprétation des essais thérapeutiques, 2002 (<http://www.spc.univ-lyon1.fr/polycop/sommaire.htm>).
10. DOIDGE N, SIMON B, GILLIES LA *et al.* Characteristics of psychoanalytic patients under a nationalized health plan : DSM III-R diagnoses, previous treatment, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151 : 586-90.
11. EISENBERG L. Séparation clinique des syndromes : problèmes de définition. *In* : L'approche clinique en psychiatrie. Institut Synthelabo. Paris : Les Empêcheurs de tourner en rond ; 1999 : 343-76.
12. ELKIN I. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989 ; 46 : 971-82.
13. FISHMAN DB. Transcending the efficacy *versus* effectiveness research debate : proposal for a new, electronic « *Journal of Pragmatic Case Studies* ». *Prev Treat* 2000 ; 3 (<http://journals.apa.org/prevention/volume3/toc-may03-00.html>).
14. FREUD S. La dynamique du transfert (1912). *In* : La technique psychanalytique. Paris : PUF, 1970 : 50-60.
15. FRANK JD. Persuasion and Healing : a comparative study of psychotherapy. Baltimore : Johns Hopkins University Press, 1993.
16. GABBARD GO, GUNDERSON JG, FONAGY P. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002 ; 59 : 505-10.
17. GUTHRIE E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need for a new research paradigm. *Br J Psychiatry* 2000 ; 177 : 131-7.
18. HILSENROTH MJ, ACKERMAN SJ, BLAGYS MD. Evaluating the phase-model of change during short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 2001 ; 11 (1) : 29-47.
19. HOLMES J. All you need is cognitive-behaviour therapy ? *Br Med J* 2002 ; 324 : 288-94.
20. HOWARD KI, ORLINSKY DE, LUEGER RJ. Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy. *New models guide the researcher and clinician*. *Br J Psychiatry* 1994 ; 165 : 4-8.
21. INSERM. Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, Teherani M, Thurin JM). Paris : INSERM, 2004.
22. JONES EE, HALL SA, PARKE LA. The process of change : the Berkeley Psychotherapy Research Group. *In* : Beutler LE, Crago M, eds. *Psychotherapy Research : an International Review of Programmatic Studies*. Washington, DC : American Psychological Association, 1991 : 98-107.
23. JONES EE, PUBS SM. Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61 : 306-16.
24. JONES EE. Manual for the psychotherapy process Q-set. *In* : Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy (trad fr B. Lapeyronnie et M. Thurin). London, 2000 : 316-61.
25. KAZDIN AE. Drawing valid inferences from case studies. *J Consult Clin Psychol* 1981 ; 49 : 183-92.
26. KAZDIN AE. Single case research designs : methods for clinical and applied settings. New York : Oxford University Press, 1982 : 368 p.
27. KAZDIN AE, KENDALL PC. Current progress and future plans for developing effective treatments : comments and perspectives. *J Clin Psychol* 1998 ; 27 (2) : 217-26.
28. KOOL S, DEKKER J, DUIJSENS J *et al.* Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *J Personal Disord* 2003 ; 17 (1) : 60-72.
29. KOUPERNICK C. Plaidoyer pour le cas unique. *Recherche* 1998 ; 16 : 2.
30. LAPEYRONNIE B, THURIN M. Recherche sur les processus : variables et présentation de trois instruments. *Recherche* 2005 ; 44 : 8-10.
31. LEICHSENDRING F. Randomized controlled vs naturalistic studies : a new research agenda. *Bull Menning Clinic* 2004 ; 68 : 115-29.
32. LUTZ W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirically based clinical practice. *Psychother Res* 2002 ; 12 (3) : 251-72.
33. OGRODNICZUK JS, PIPER WE. Use of transference interpretations in dynamically oriented individual psychotherapy for patients with personality disorders. *J Personal Disord* 1999 ; 13 : 297-311.
34. OTERO M. Les règles de l'individualité contemporaine. Laval : Les presses de l'université Laval, 2003.
35. PARRY G. Evidence based psychotherapy : special case or special pleading ? *Evid Bas Ment Health* 2000 ; 3 : 35-7.
36. PERRON R, BRUSSET B, BARUCH B *et al.* Quelques remarques méthodologiques à propos du Rapport INSERM « Psychothérapie. Trois approches évaluées », 2004 (www.techniques-psychotherapies.org).
37. PILKONIS PA, IMBER SD. Influence of life events on outcome in psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 1984 ; 172 (8) : 468-74.
38. PILGRIM D. Psychotherapy and society. London : SAGE Publ, 1997.
39. SANDERSON W C. Why we need evidence-based psychotherapy practice guidelines. *Medscape General Medicine*, 2002 (<http://www.medscape.com/viewarticle/445080>).
40. SELIGMAN MEP. The effectiveness of psychotherapy : the consumer reports study. *Am Psychol* 1995 ; 50 : 965-74 (téléchargeable : <http://www.apa.org/journals/seligman.html>).
41. SELIGMAN MEP. Science as an ally of practice. *Am Psychol* 1996 ; 51 : 1072-79.
42. SHADISH WR, MATT GE, NAVARRO AM *et al.* The effects of psychological therapies under clinically representative conditions : a meta-analysis. *Psychol Bull* 2000 ; 126 : 512-29.
43. SIRIGATTI S. Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. *Br Strat System Ther Eur Rev* 2004 ; 1 (téléchargeable : http://www.centroditerapiastategica.org/journal%20english%201/Articoli_Inglese/sirigatti.pdf).
44. SILVERMAN WH. Cookbooks, manuals, and paint-by-numbers : psychotherapy in the 90's. *Psychotherapy* 1996 ; 33 : 207-15.
45. STERN D. The process of therapeutic change involving implicit knowledge : some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1998 ; 19 : 300-8.
46. STILES WB, SHAPIRO DA. Disabuse of the drug metaphor : psychotherapy process-outcome correlations. *J Consult Clin Psychol* 1994 ; 62 : 942-8.
47. THURIN JM. EBM et psychothérapie. *Recherche* 2004 ; 41 : 9-11.
48. THURIN JM. Expertise Inserm sur les psychothérapies. Contexte, déroulement, enseignements et perspectives. *Clin Mediter* 2005 ; 71 : 19-40.
49. TRACEY TJG, LICHTENBERG JW, GOODYEAR RK *et al.* Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychother Res* 2003 ; 13 (4) : 401-13.
50. VAUGHAN SC, MARSHALL RD, MACKINNON RA *et al.* Can we do psychoanalytic outcome research ? A feasibility study. *Int J Psychoanal* 2000 ; 81 : 513-27.
51. WESTERN D, NOVOTNY CM, THOMPSON-BRENNER H. The next generation of psychotherapy research : replay to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychol Bull* 2004 ; 130 (4) : 677-83.
52. WIDLÖCHER D. Place de la psychanalyse dans le traitement des troubles mentaux. *In* : Références en psychiatrie. Paris : Doin, 1997 : 1-48.
53. WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J *et al.* Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994 ; 151 : 190-4.
54. YEOMANS FE, GUTFREUND J, SELZER MA *et al.* Factors related to drop-outs by borderline patients : treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res* 1994 ; 3 : 16-24.
55. ZIMMERMAN M, MATTIA JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice : is comorbidity being missed ? *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 : 182-91.
56. ZOELLNER LA, FEENY NC, COCHRAN B *et al.* Treatment choice for PTSD. *Behav Res Ther* 2003 ; 41 (8) : 879-86.