

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2012

N° 157

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Recherche évaluative et psychothérapies psychodynamiques :
vers un nouveau paradigme méthodologique ?

Présentée et soutenue publiquement
le 11 octobre 2012

Par

Héloïse PHAM-ORSETTI

Née le 28 octobre 1982 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Professeur Bruno Falissard

Jury :

M. Le Professeur Philippe Broët Président

M. Le Docteur Jean-Michel Thurin

M. Le Professeur Henri-Jean Aubin



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Je remercie le Professeur Bruno Falissard, mon directeur de thèse, pour sa bienveillance et ses conseils tout a long de ce travail de thèse, mais également pour ses passionnants enseignements de Master 2,

Le Professeur Philippe Broët, président du jury, pour son attention et sa disponibilité,

Le Dr Jean-Michel Thurin, dont les travaux sur l'évaluation des psychothérapies m'ont vivement intéressée et ont largement inspiré ce travail, et qui a bien voulu me faire part ici de son expertise,

Le Professeur Henri-Jean Aubin pour sa relecture attentive, ses conseils et suggestions.

Merci également

Au Professeur Reynaud, au Professeur Lépine, au Dr Valleur auprès de qui j'ai eu la chance d'effectuer ma formation clinique en addictologie,

Au Dr Myriam Zylberman, médecin psychiatre, qui m'a formée à la compréhension et à la synthèse de données d'efficacité, tout en éveillant malgré elle mon intérêt pour la psychiatrie,

Au Dr Rebecca Freeman Grais et au Dr Francisco Luquero pour m'avoir appris l'épidémiologie au Cameroun par 40°C, sans jamais se départir de leur humour,

Ainsi qu'à mes collègues de la Haute Autorité de Santé, et tout particulièrement au Dr Françoise Hamers, auprès de qui a germé l'idée de ce travail.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	5
II. Evaluation des Thérapies psychodynamiques	6
1 <i>Approche psychodynamique (psychanalytique) : définitions.....</i>	6
2 <i>Difficultés sous-tendant l'évaluation de l'approche psychodynamique.....</i>	8
III. Evidence Based Medicine et Psychanalyse	10
A - Evidence-Based Medicine et études randomisées contrôlées	10
1 <i>L'Evidence Based Medicine, médecine fondée sur les preuves</i>	10
2 <i>Etudes randomisées contrôlées et validité interne.....</i>	10
3 <i>Hiérarchie des designs d'étude.....</i>	11
4 <i>Conclusion</i>	13
B - Etudes randomisées contrôlées et thérapies psychodynamiques : une difficile transposition	14
1 <i>RCT et thérapies psychodynamiques : aspects méthodologiques</i>	14
2 <i>Apports des RCTs dans l'évaluation des thérapies psychodynamiques.....</i>	19
IV. Vers une recherche adaptée aux thérapies psychodynamiques	21
A - Adéquation des méthodes évaluatives et qualité de la preuve	21
B - Critères d'une recherche adaptée aux thérapies psychodynamiques.....	22
V. Etudes observationnelles	24
A - Etudes observationnelles : definition et méthodes	24
1 <i>Types d'études observationnelles.....</i>	24
2 <i>Biais dans les études observationnelles.....</i>	25

3	<i>Méthodes de prise de compte des biais</i>	26
B -	Etudes observationnelles et qualité méthodologique	28
1	<i>Evaluation du risque de biais dans les études observationnelles</i>	28
2	<i>Description des études observationnelles</i>	29
3	<i>Enregistrement des études observationnelles</i>	30
C -	Etudes observationnelles et thérapies psychodynamiques : conclusions	31
VI.	Exemples d'études observationnelles	32
A -	Knekt 2011, une étude quasi-expérimentale	32
B -	Sandell 2000, une étude observationnelle prospective utilisant des mesures quantitatives 34	
C -	Leuzinger-Bohleber 2003, une étude rétrospective utilisant des mesures mixtes quali- quantitatives	36
D -	Briffault 2007, étude observationnelle menée en réseau de recherche clinique	39
VII.	Conclusion	41

I. INTRODUCTION

Les récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'Autisme et les troubles envahissants du développement ont ravivé en France le débat sur l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques. La polémique soulevée par le travail d'évaluation des psychothérapies réalisé par l'Inserm en 2004 avait permis de mesurer l'ampleur des dissensions sur la question de l'efficacité des thérapies analytiques. Dans ce débat semblent s'opposer, de façon caricaturale, les tenants d'une psychanalyse subjective, qui ne saurait être mesurée, et ceux en faveur d'une médecine entièrement fondée sur les preuves.

L'absence de mesure dans les arguments échangés transparait à nouveau dans la polémique suscitée par la question des psychothérapies psychanalytiques dans la prise en charge des enfants autistes. Les auteurs des recommandations de la HAS sur l'Autisme et les troubles envahissants du développement, parues en mars 2012, notent que "les psychothérapies psychanalytiques initialement proposées au cours du travail ont été fortement critiquées au cours de la consultation publique et par le groupe de lecture, car elles n'ont pas fait preuve de leur efficacité (absence d'études d'évaluation), alors que d'autres formes de psychothérapies ont été évaluées" (HAS 2012). Confirmant cette argumentation, le Pr Harousseau, président du Collège de la Haute Autorité de Santé, a déclaré : «La psychiatrie doit se plier aux règles élémentaires de la médecine par preuves. Car est-il normal que depuis trente ans, on ne trouve pas d'articles scientifiques qui montrent la pertinence de l'approche analytique?» (Favereau pour Libération, 2012)

Pour la Haute Autorité de Santé, ce constat "doit inciter les équipes des centres hospitaliers universitaires et des autres organismes ayant une mission de recherche [...] à développer la recherche clinique. Les critères permettant de juger de l'efficacité de ces pratiques devraient correspondre à des éléments essentiels pour l'amélioration de la participation de l'enfant/adolescent au sein de la société, tant du point de vue des professionnels que des associations représentant les usagers et les familles" (HAS-Anems 2012). Il s'agit donc de développer une psychanalyse fondée sur les preuves.

Ceci amène plusieurs questions : l'efficacité de l'approche analytique peut-elle être objectivée scientifiquement? La psychanalyse doit-elle, comme l'affirme le président du Collège de la HAS, se plier aux règles de la médecine fondée sur les preuves? Par ailleurs, comment développer dans ce domaine une recherche ayant pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients?

II. EVALUATION DES THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES

*Je n'espère rien "prouver" ici;
le travail psychanalytique est trop intuitif, il dépend trop de données
intraduisibles en mots, parlés ou écrit, pour que ce soit possible.*

*Harold Searles
in Le Contre Transfert, 1979*

1 Approche psychodynamique (psychanalytique) : définitions

Freud désignait par le terme de psychanalyse "le travail par lequel nous amenons à la conscience du malade le psychique refoulé en lui". Laplanche et Pontalis définissent la psychanalyse comme "une méthode d'investigation consistant essentiellement dans la mise en évidence de la signification inconsciente des paroles, des actions, des productions imaginaires d'un sujet (rêves, fantasmes, délires) d'un sujet. Cette méthode se fonde principalement sur les libres associations du sujet qui sont le garant de la validité de l'interprétation" (Laplanche 1967) .

Psychanalyse (cure psychanalytique)

La cure psychanalytique est "une méthode psychothérapique fondée sur cette investigation et spécifiée par l'interprétation contrôlée de la résistance, du transfert et du désir". Pour la Société Psychanalytique de Paris (SPP 2012), "la psychanalyse désigne [...] la méthode de traitement d'un certain éventail de désordres psychiques, notamment névrotiques. De fait, la dimension thérapeutique de la cure analytique découle indirectement des transformations psychiques induites par le processus analytique et les prises de conscience qu'il implique. La modification de la relation du Moi et de l'Inconscient se traduit, outre le soulagement de la souffrance psychique, par une capacité accrue à aimer et travailler". Classiquement, le patient est étendu sur un divan, l'analyste se trouvant derrière lui. Ce cadre analytique permet au patient de s'exprimer, notamment par le biais d'associations libres. L'objectif est que s'organise "un échange dans lequel se trouvent mobilisées, actualisées et élaborées les situations émotionnelles traumatiques du passé oublié" (Knekt 2011; SPP 2012).

Les cinq buts de la thérapie psychanalytique, tels qu'ils ont été résumés par Knight en 1941 sont les suivants (Inserm 2004) :

- guérison symptomatique, c'est-à-dire liberté relative avec ou diminution significative des peurs, détresses, inhibitions et dysfonctionnements handicapants ou liberté relative par rapport à eux ;

- production accrue, avec une capacité améliorée d'utiliser ses énergies agressives dans le travail ;
- amélioration de l'entente et du plaisir dans sa vie sexuelle ;
- amélioration des relations interpersonnelles, moins ambivalentes, plus consistantes et loyales ;
- acquisition d'une conscience suffisante pour prendre en main les conflits psychologiques ordinaires et les stress raisonnables de la réalité. "

Selon le groupe Cochrane, une cure psychanalytique nécessite un ensemble de séances régulières avec un psychanalyste entraîné, d'une durée d'au moins 30 minutes, 3 à 5 fois par semaine (Inserm 2004).

Psychothérapies d'inspiration analytique

Selon Laplanche et Pontalis, les psychothérapies répondent à la définition suivante : "toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade : l'hypnose, la suggestion, la rééducation psychologique, la persuasions, etc.; en ce sens, la psychanalyse est une forme de psychothérapie".

Les psychothérapies analytiques sont "une forme de psychothérapie qui s'appuie sur les principes théoriques et techniques de la psychanalyse, sans cependant réaliser les conditions d'une cure psychanalytique rigoureuse". On distingue les psychothérapies psychodynamiques brèves, et les psychothérapies psychodynamiques longues. Ces psychothérapies sont dérivés du modèle de la cure psychanalytique, mais ciblent des troubles ou des symptômes. Par ailleurs, "la fonction majeure de l'interprétation du conflit inconscient, l'analyse du transfert tendant à la résolution de celui-ci" mis en place au cours de la cure psychanalytique ne sont pas présents au cours des psychothérapies psychodynamiques (Laplanche et Pontalis). Ces psychothérapies se définissent selon un certain nombre de critères :

- la théorie sous-jacente de l'approche est psychodynamique ou psychanalytique ; l'objectif établi du traitement est l'acquisition d'une prise de conscience (insight) et/ou l'obtention d'un changement de personnalité ;
- les techniques spécifiques appliquées mettent l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert. Les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés; le travail doit inclure celui du transfert. La psychothérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif.

Selon le groupe Cochrane, la psychothérapie psychodynamique se définit comme un ensemble de séances régulières de psychothérapie avec un psychothérapeute entraîné ou sous supervision (Inserm 2004).

Alliance thérapeutique

Au cours des études portant sur les psychothérapies, et notamment les psychothérapies psychodynamiques, le concept d'alliance thérapeutique est souvent mentionné. L'alliance thérapeutique "se définit globalement comme la collaboration active et mutuelle entre le thérapeute et son client" (Desplands 2006). Freud notait déjà que : «compréhension sympathique, affection et amitié sont les véhicules de la psychanalyse » (Inserm 2004). Dans les psychothérapies psychanalytiques, c'est "l'adéquation [des interventions du psychothérapeute] en fonction des caractéristiques dynamiques du patient qui constitue un contexte favorable à l'établissement et au maintien d'une bonne alliance thérapeutique" (Desplands 2006). L'alliance est ainsi "davantage la conséquence d'un travail thérapeutique adéquat qu'un paramètre dont le soignant pourrait garantir la présence"; sa mise en place est possible quand il y a "adéquation [des interventions du thérapeute] en fonction des caractéristiques dynamiques du patient". L'alliance se compose d'un ensemble de facteurs parmi lesquelles on retrouve le simple contact du patient avec le thérapeute, l'attention portée à ses difficultés, la chaleur, l'empathie et considération positive inconditionnelle ressentie par le patient, mais aussi les attentes des thérapeutes et des patients vis-à-vis du traitement (Nathan 2000; Inserm 2004).

2 Difficultés sous-tendant l'évaluation de l'approche psychodynamique

Les questionnements concernant l'efficacité de la psychanalyse et sa scientificité sont anciens. Ils semblent s'être développés en même temps que les techniques psychothérapeutiques et psychanalytiques. Freud mentionnait déjà que "bien des médecins considèrent que la psychothérapie est le produit d'un mysticisme moderne, qu'elle semble, lorsqu'on la compare aux remèdes physicochimiques appliqués en se fondant sur les connaissances physiologiques, quelque chose de foncièrement antiscientifique et qu'elle est indigne d'intéresser les chercheurs sérieux" (Introduction à la psychanalyse, 1916). Ces questionnements ont été entretenus par le fait que la recherche en psychanalyse a longtemps été une recherche clinique portant sur le processus psychanalytique. Ce type de recherche a été pratiqué dès les débuts de la psychanalyse, souvent à partir de description de cas. La recherche évaluative, en revanche, a connu un développement plus récent, lié "aux exigences évaluatives de l'Evidence Based Medicine et de l'Evidence Based practice". La psychanalyse a alors "dû situer sa place vis-à-vis des autres thérapies et des traitements psychotropes. Son positionnement dans le champ scientifique s'est trouvé réinterrogé dans le double registre de la scientificité et de la possibilité d'une collaboration possible avec les neurosciences en plein développement. Cette situation [...] a enclenché une activité importante de recherche pour répondre aux questions précédentes et aux menaces qui pesaient sur la persistance des psychothérapies psychanalytiques dans le système de soin" (Thurin 2007).

La spécificité des processus à l'œuvre dans les thérapies psychodynamiques est souvent apparue comme un obstacle majeur à toute démarche évaluative, démarche qui implique de savoir pourquoi,

quoi et comment mesurer. Les conflits inconscients, le transfert, les processus psychiques, données centrales en psychodynamique, sont difficiles à évaluer scientifiquement. Par ailleurs, chaque thérapie semble avoir un caractère unique, liée à la singularité de la dyade thérapeute patient, et connaît une évolution au cours de la cure. Par conséquent, comment mesurer l'efficacité moyenne de la psychanalyse, sur un "patient moyen", défini à partir d'un échantillon homogène de patients? La pertinence d'une mesure d'efficacité est également interrogée, car les thérapies psychodynamiques visent le fonctionnement global du psychisme, et "il n'est pas évident que ce soit l'amélioration symptomatique qui soit la mesure la plus pertinente à prendre en compte lorsque l'on veut évaluer les résultats d'une psychothérapie psychodynamique". L'évaluation des thérapies analytiques est donc complexe, et les études randomisées contrôlées évaluant des thérapies analytiques se heurtent à plusieurs difficultés d'ordre méthodologique.

III. EVIDENCE BASED MEDICINE ET PSYCHANALYSE

*Any belief that the controlled trial is the only way
would mean not that the pendulum had swung too far
but that it had come right off the hook*

*Austin Bradford Hill
in Reflections on the controlled trial, 1966*

A - EVIDENCE-BASED MEDICINE ET ETUDES RANDOMISEES CONTROLEES

1 L'Evidence Based Medicine, médecine fondée sur les preuves

L'evidence-based medicine (EBM) a été développée dans les années 1980 par l'équipe de Sackett et Guyatt à l'Université McMaster (Canada). Aujourd'hui, de nombreux centres de formation à l'EBM existent; la Cochrane Collaboration, dans une démarche d'EBM, réalise des revues systématiques sur l'efficacité des traitements qui sont reconnues comme de très bonne qualité et considérées comme des références. Au-delà d'une lecture critique de la littérature médicale ("critical appraisal"), l'EBM promeut une application des résultats de la recherche aux problèmes de prise en charge clinique : chaque décision clinique doit s'appuyer sur la connaissance et la compréhension de la littérature médicale. Ainsi, pour chaque thérapeutique est évaluée la qualité de la preuve disponible, qui reflète la confiance que l'on peut accorder aux estimations d'efficacité rapportées dans les études.

Les fondateurs de l'EBM recommandent une évaluation de "l'applicabilité des conclusions des études au problème clinique considéré". L'accent est mis sur une complémentarité entre l'expertise clinique de chaque clinicien et la meilleure preuve scientifique disponible. Une thérapie pour laquelle on dispose d'une preuve de très bonne qualité peut se révéler "inapplicable ou inappropriée pour un patient donné", et les résultats d'études ont pour objectif d'éclairer la pratique clinique. Le clinicien doit, in fine, décider si les résultats de la littérature "s'appliquent à son patient, et, si tel est le cas, comment ces résultats doivent participer d'une décision clinique" (Sackett 1996).

2 Etudes randomisées contrôlées et validité interne

Après la première étude randomisée contrôlée évaluant la pénicilline, conduite par Austin Bradford Hill et son équipe durant la Seconde Guerre mondiale, la méthodologie des essais contrôlés randomisés s'est progressivement structurée. Elle a permis de montrer l'efficacité de nombreuses thérapeutiques (traitements des cancers, contraceptifs oraux...), et a bénéficié de l'essor concomitant de la

biostatistique. Aux Etats-Unis, des mesures de renforcement de l'évaluation du médicament ont été mises en place au début des années 1960. Les études randomisées contrôlées ont alors permis d'établir de façon rigoureuse l'efficacité des médicaments avant d'autoriser leur mise sur le marché. Cette évaluation devait être réalisée dans le cadre d'études avec groupe contrôle, randomisation des traitements, techniques permettant de minimiser les biais, et critères standardisés pour l'évaluation de l'efficacité. Ces méthodes ont permis le développement de médicaments "blockbusters", ciblant une population importante de patients, testés à grande échelle dans des études randomisées contrôlées évaluant leur efficacité et garantissant leur sûreté.

L'objectif des RCT ("randomized controlled trials", études randomisées contrôlées) est de mettre en évidence l'efficacité d'un traitement, c'est-à-dire une relation de cause à effet entre ce traitement et un résultat clinique. Les études randomisées contrôlées permettent ainsi de déterminer si un traitement est, en moyenne, meilleur qu'un autre. La méthodologie des RCT vise à isoler un effet traitement "pur" en contexte expérimental, les autres facteurs susceptibles d'influer sur le résultat clinique devant être neutralisés. La randomisation permet d'assurer que la répartition des facteurs confondants est liée au hasard. Par ailleurs, les autres sources de variabilité sont contrôlées: les critères d'inclusion sélectifs permettent la création de groupes de patients homogènes, et la standardisation des traitements limite la variabilité du traitement administré. Les études randomisées contrôlées présentent donc de nombreuses qualités, qui expliquent leur place de "gold-standard" au sommet d'une hiérarchie de designs.

3 Hiérarchie des designs d'étude

Au cours du développement de l'Evidence based medicine, la nécessité de permettre aux cliniciens de réaliser une lecture rapide et sélective des études apportant "la meilleure preuve disponible" a conduit à mettre en place des échelles de qualité de la preuve (Sackett 1996). De nombreuses échelles de ce type ont été développées depuis les années 1970. Parmi les majeures figurent les échelles GRADE (Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation) et celle de l'Oxford Centre for Evidence-based Medicine (Atkins 2004; OCEBM 2011). GRADE propose une classification simple du niveau de preuve: les études randomisées contrôlées sont associées à un niveau de preuve élevé, les études observationnelles à un niveau faible, et les autres sources de preuve, à un niveau très faible. Cette classification peut être modulée en fonction d'autres facteurs de qualité de l'étude, notamment la taille de l'effet détecté et des biais. La hiérarchie de l'OCEBM, également fondée sur les designs d'études, est plus détaillée. La preuve concernant les bénéfices d'un traitement est ainsi gradée, du niveau 1 (plus haut niveau de preuve) au niveau 5 (preuve de faible qualité) :

- Niveau 1 : revue systématique d'essais contrôlés randomisés ou d'essais de taille importante ;
- Niveau 2 : essai contrôlé randomisé ou étude d'observation avec effet majeur ;

- Niveau 3 : étude de cohorte non randomisée ;
- Niveau 4: série de cas; étude cas-témoins; étude contrôlée pour laquelle la collecte des données du groupe contrôle a précédé celle du groupe étudié ;
- Niveau 5 : raisonnement déductif basé sur la physiopathologie.

Malgré de possibles modulations en fonction de la taille d'effet et des faiblesses de l'étude, cette hiérarchie de qualité de la preuve tend à présenter les études randomisées contrôlées comme la seule source de preuve scientifique valable. Les RCT sont également considérées comme presque toujours supérieures aux études observationnelles en termes de qualité méthodologique.

Si Sackett, dans sa définition de l'EBM, déclare que celle-ci ne se restreint pas à une évaluation réalisée par les RCT, il limite l'utilisation des études observationnelles à l'évaluation de tests diagnostiques (études transversales) et à l'étude de l'évolution naturelle des pathologies (études de cohorte). En ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité de traitements, il considère les études observationnelles comme "conduisant systématiquement à des conclusions faussement positives". Sackett recommande donc l'évaluation de l'efficacité par les études randomisées contrôlées et les revues systématiques de RCT, considérées comme "gold-standard", car "plus susceptibles de nous informer et moins susceptibles de nous induire en erreur" (Sackett 1996). Cette position a été reprise plus récemment par la Cochrane Collaboration, qui considère que les études observationnelles sont à fort risque de comporter des biais et de produire des conclusions erronées, et ne doivent pas être utilisées pour compléter des données insuffisantes de RCT : ceci équivaudrait à "échanger une incertitude indésirable contre une erreur inacceptable". Pour la Cochrane Collaboration, l'inclusion des études observationnelles dans des revues de la littérature n'est justifiée que dans certains cas : évaluations préliminaires à la conduite de RCT, études pour lesquelles la randomisation est difficile à mettre en œuvre, et recueil de données à long terme portant sur des événements rares (Cochrane 2011). Une position similaire est adoptée par GRADE (Atkins 2004), qui considère que les études observationnelles ne fournissent que des preuves de faible qualité et ne peuvent apporter un niveau de preuve modéré ou élevé que rarement, quand la taille de l'effet détecté est très importante. Ainsi, les études observationnelles sont considérées comme ayant de façon inhérente une faible qualité méthodologique, et produisant donc une preuve de faible qualité; par conséquent, les méthodes statistiques et les outils d'évaluation de la qualité méthodologique propres aux études observationnelles sont peu promus par l'EBM.

Les RCT modèlent aujourd'hui les pratiques médicales, l'élaboration des recommandations, les décisions en santé, ainsi que la mise sur le marché et le remboursement des médicaments et matériels médicaux. Plus qu'un design spécifique d'étude, l'étude randomisée contrôlée constitue aujourd'hui un modèle pour penser l'efficacité des traitements et la pertinence de toute thérapeutique. Cette approche n'est pas sans risques. Il est important de souligner que "toute étude est la résultante de plusieurs jugements subjectifs concernant qui traiter, comment traiter, et comment mesurer les

changements. Chacune de ces décisions peut affecter la validité de construit de l'étude - dans quelle mesure l'étude répond véritablement aux questions cliniques sous-jacentes. Par conséquent, même un traitement bien établi par RCT peut être cliniquement de faible valeur, si ces études ont une faible validité externe" (APA 2002). L'évaluation des études par leur seul design ne peut donc être satisfaisante. Par ailleurs, une évaluation de la qualité de la preuve et du risque de biais se basant uniquement sur une hiérarchie des designs d'études ne permet pas de rendre compte de la qualité méthodologique des différentes études, ni des études présentant un design complexe, et conduit à un appauvrissement de la pensée médicale (Rawlins, 2008). La prépondérance des RCT en recherche clinique a plusieurs conséquences, la plus importante étant que la validité interne des études est privilégiée au détriment de leur validité externe.

4 Conclusion

L'EBM, initialement conçue comme un enrichissement de la pratique médicale par les connaissances issues de la recherche, s'est rigidifiée. Les hiérarchies de design d'études ont abouti à une évaluation méthodologique accordant une importance capitale au design des études, et négligeant les autres sources de qualité ou de faiblesse méthodologique. Plus encore, l'applicabilité des résultats à la pratique clinique et aux patients soignés en vie réelle tend à être considérée comme secondaire.

L'évaluation en santé publique s'est développée sur ce modèle de l'EBM. Les résultats d'études randomisées contrôlées orientent les financements en santé publique et ont une influence importante sur le remboursement des soins, et sur la pratique clinique. Les financements en santé tendent ainsi à être orientés vers les thérapies pour lesquelles les RCT montrent des résultats probants. (Newman 1999).

Corollaire de l'importance accordée aux RCT, toute thérapeutique dont l'évaluation est difficile dans le cadre de l'EBM et des études randomisées contrôlées tend à être considérée comme inefficace. C'est le cas notamment pour les thérapies psychodynamiques, dont l'évaluation par les RCT pose de nombreuses difficultés.

B - ETUDES RANDOMISEES CONTROLEES ET THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES : UNE DIFFICILE TRANSPOSITION

L'évaluation des psychothérapies s'est développée dès les années 1950; les RCT étant considérées comme la méthode d'évaluation valable, ce modèle d'étude initialement développé pour la recherche en pharmacologie a été transposé pour l'évaluation des psychothérapies. Des difficultés d'ordre pratique se sont alors posées : comment réaliser une randomisation adéquate? Comment réaliser des psychothérapies en aveugle? Sur quels critères évaluer l'efficacité?

1 RCT et thérapies psychodynamiques : aspects méthodologiques

Randomisation

La randomisation permet d'assurer que les différences éventuelles entre les groupes de traitement concernant la distribution des facteurs pronostiques suivent les lois de probabilité. Il est ainsi possible d'estimer les résultats en utilisant les intervalles de confiance et le "p" (Klungel 2004). Par ailleurs, la randomisation permet d'éliminer les biais de sélection potentiels, tels que la préférence du médecin ou du patient pour un traitement. La randomisation n'assure pas en revanche l'égalité entre les groupes dans la répartition de ces facteurs pronostiques, en particulier quand les tailles d'échantillon sont petites.

Dans les psychothérapies psychodynamiques, une "randomisation autoritaire des patients dans différents groupes de traitement" est donc difficile à mettre en place (Inserm 2004). En effet, la mise en place d'une alliance thérapeutique adéquate nécessite une démarche volontaire et un engagement du patient dans sa thérapie. Par ailleurs, la randomisation des traitements est réalisable pour l'évaluation de thérapies brèves, mais est difficilement applicable pour les thérapies de longue durée.

Standardisation des traitements

Afin de limiter la variabilité et d'assurer la reproductibilité des études randomisées contrôlées, les traitements évalués font l'objet d'une description et d'une standardisation. Dans l'évaluation des psychothérapies, cette standardisation est souvent assurée par des manuels de traitements, et par des contrôles de la conformité du traitement délivré à ces manuels. Le plus souvent, le nombre de séances, leur fréquence et leur contenu sont prédéfinis et ne peuvent être modifiés; la durée de ces thérapies est également limitée et généralement courte. Dans le cas des psychothérapies psychodynamiques, une standardisation rigoureuse par l'application directe de manuels de traitement, comme c'est le cas pour les thérapies cognitivo-comportementales, est difficile. En revanche, les thérapies psychodynamiques peuvent faire l'objet d'une formalisation générale, avec référence à un manuel précisant les points essentiels; une supervision permet également d'assurer une certaine standardisation (Kantrowitz 2009).

Pour toutes les psychothérapies, la standardisation entraîne une rigidité dans la conduite du traitement, qui peut être à l'origine d'une distorsion du processus psychothérapeutique et d'une détérioration de l'alliance thérapeutique, primordiale dans le processus thérapeutique. Une autre conséquence de la standardisation des traitements évalués est une limitation de la validité externe des études. Protocolisés et standardisés par manuel, parfois filmés, souvent dispensés dans des centres hospitalo-universitaires par des professionnels ayant reçu une formation spécifique, ces traitements diffèrent de ceux reçus par les patients en vie réelle. L'applicabilité des résultats des études peut alors être questionnée.

Placebo en psychothérapie

Il existe plusieurs définitions du placebo en psychothérapie (O'Leary 1978). Selon Rosenthal et Franck (1958), il s'agit d' "une thérapie aussi plausible pour le patient [que la psychothérapie évaluée], mais de laquelle on ne s'attend pas, selon la théorie sous-tendant la psychothérapie évaluée, à ce qu'elle ait les mêmes effets que celle-ci". Shapiro (1971) la définit de façon plus simple comme "une procédure sans effet spécifique sur la pathologie évaluée". Étant donné le rôle actif du thérapeute et du patient dans toute psychothérapie, la mise en place du placebo est bien plus complexe que pour l'évaluation des traitements pharmacologiques. La mise en place d'une double aveugle est par ailleurs impossible.

Une autre difficulté réside dans le fait que les placebos en psychothérapie doivent permettre de contrôler l'effet de l'alliance. Pour que se mette en place une alliance de qualité dans le groupe traitement comme dans le groupe placebo, la croyance des patients et des thérapeutes en une certaine efficacité du traitement délivré est essentielle; une différence d'attente peut biaiser les résultats (O'Leary 1978). Le placebo devra donc être aussi crédible qu'une thérapie véritable, et les attentes des patients et des thérapeutes dans le traitement délivré devront être évaluées régulièrement et de façon indépendante tout au long de l'étude (Inserm 2004).

Il ne peut donc exister en psychothérapie de placebo totalement inactif, sur le modèle des études pharmacologiques, puisqu'un tel placebo ne serait crédible ni pour les thérapeutes ni pour les patients (O'Leary 1978). Plusieurs types de groupes contrôles sont retrouvés dans la littérature pour l'évaluation des psychothérapies :

- thérapie ou traitement médicamenteux dont l'efficacité a été montrée pour la pathologie considérée. Ce type de comparaison peut apporter une preuve d'efficacité du traitement plus puissante que la comparaison à un placebo (Nathan 2000) ;
- groupe «attention placebo», thérapie ne comportant pas les éléments supposés actifs de la psychothérapie, dans lequel les patients ont avec le thérapeute un contact minimum. Ce type de comparaison permet d'éliminer les effets simples de prise en charge, et d'apporter des informations sur les mécanismes thérapeutiques (Nathan 2000) ;
- liste d'attente avec simple contact téléphonique. Ces groupes de comparaison ne constituent cependant pas des placebos plausibles de psychothérapie, et n'en comportent

pas les éléments non spécifiques (contact et attention du thérapeute, attentes vis-à-vis du traitement) ;

- d'autres comparateurs, comme les groupes avec injonction paradoxale ou attente neutre sont parfois utilisés dans les études pour mettre en évidence les effets spécifiques des psychothérapies en éliminant les effets liés à l'attente vis-à-vis du traitement.

L'utilisation de placebos en psychothérapie, comme dans d'autres domaines, soulève plusieurs difficultés d'ordre éthique. Selon O'Leary (O'Leary 1978), le placebo, outre qu'il peut être à l'origine d'un retard de prise en charge, peut résulter en une perte de confiance dans le corps soignant. Pour certains auteurs, il est donc souhaitable de comparer le traitement évalué à un traitement à un comparateur actif, la comparaison au placebo devant être réservée aux études explorant des mécanismes théoriques. Si la comparaison à un groupe placebo est nécessaire, l'information doit être clairement délivrée au patient. Par ailleurs, le soin primant sur la validité méthodologique de l'étude, l'état clinique des patients doit être évalué tout au long de l'étude, et les patients dirigés vers des soins appropriés en cas d'aggravation des symptômes (Nathan 2000).

Population éligible et validité externe

Afin d'assurer la reproductibilité des études, la population incluse dans les RCT est une population répondant à des critères bien définis, dont la pathologie a été évaluée avant inclusion par des instruments de mesure standardisés. Le groupe de patients doit être homogène en termes de pathologie, et les patients présentant des comorbidités psychiatriques, somatiques ou addictologiques peuvent être exclus, de même que les patients présentant une pathologie trop ou insuffisamment grave. Le but est de réduire autant que possible la présence de facteurs confondants (Nathan 2000).

Cette nécessité de constituer un groupe de patients homogène soulève plusieurs difficultés. La première difficulté réside dans la définition des critères d'inclusion. Cette définition se base souvent sur des classifications des troubles mentaux basées sur une approche statique et répertorient les troubles ou traits pathologiques présents, comme le DSM IV ou la CIM 10 (Inserm 2004). Ce type de caractérisation des patients inclus peut se révéler inapproprié pour l'évaluation des thérapies psychodynamiques qui relèvent d'une autre nosologie. Ces critères apparaissent restrictifs et inadaptés pour décrire la complexité des problèmes rencontrés par les patients, ainsi que l'étendue des changements induits par la psychothérapie (Newman 1999).

Par ailleurs, des critères d'inclusion stricts conduisent à des différences importantes entre la population éligible, sur laquelle le traitement sera évalué, et la population susceptible de recevoir le traitement en vie réelle. Dans les études randomisées contrôlées, les personnes âgées, cible thérapeutique importante pour de nombreux traitements, sont, comme les mineurs, une population presque systématiquement exclue en raison des possibles effets secondaires. Afin de réduire la présence de facteurs confondants, les patients sélectionnés présentent un minimum de comorbidités, Cette population est donc peu représentative de la population soignée en pratique clinique, qui présente souvent des comorbidités et des troubles mentaux complexes. Par ailleurs, les patients

acceptant de participer à une étude contrôlée, et donc potentiellement de recevoir le comparateur pas ou peu actif, sont probablement des patients ayant une attitude plus passive vis-à-vis de leur pathologie que les patients recherchant d'emblée un traitement efficace. Ainsi, pour les études où les patients acceptent d'être randomisés dans un groupe "liste d'attente", la population incluse risque d'être très différente de celle rencontrée en vie réelle (Nathan 2000). Il existe donc des différences entre la population éligible et la population recevant le traitement en vie réelle qui limitent la validité externe des résultats des études.

Plus encore, il existe également une différence entre la population éligible et la population participant à l'étude. En effet, la participation à un essai randomisé contrôlé est soumise au fait que les patients répondent aux critères d'éligibilité, mais aussi au fait qu'ils puissent et souhaitent participer à l'étude. Par ailleurs, la grande majorité des RCT sont conduites dans des centres hospitaliers universitaires, et recrutent des patients traités dans ces centres. Ainsi, dans les RCT, la population éligible n'est pas représentative de la population susceptible de recevoir le traitement en population générale, et la population incluse n'est pas non plus représentative de la population éligible (McKee 1999; Britton 1998).

Durée de traitement

Afin d'éviter un nombre trop important de perdus de vue, et pour des questions de coût - les RCT demandant une mobilisation importante de moyens -, les études sont souvent conduites sur une durée limitée. Les traitements sont ainsi évalués sur des durées inférieures aux durées de traitement en vie réelle. L'efficacité à long terme ne peut donc être évaluée, de même que les effets indésirables survenant après un certain temps de latence. Cette limitation dans la durée pose un problème essentiel dans l'évaluation des psychothérapies psychanalytiques, où les effets sont souvent ressentis sur le long terme, et sont susceptibles d'évoluer dans le temps.

Mesures

La mesure de l'efficacité implique un choix des critères de jugement. L'évaluation des psychothérapies psychanalytiques doit rendre compte du "fonctionnement psychique de la personne et de ses acquisitions (par exemple, l'identification, la capacité d'insight et de distanciation, l'organisation de sa personnalité, son autonomie psychique, l'utilisation de ses capacités, la qualité de ses relations interpersonnelles, la possibilité et la nature de ses investissements)" (Inserm 2004). En effet, les changements fondamentaux pourraient ne pas se traduire systématiquement par une amélioration des symptômes (Newman 1999). Il est donc nécessaire d'utiliser à la fois des instruments utilisant des critères d'évaluation symptomatiques ou nosologiques, et des instruments spécifiques de l'évaluation des changements psychodynamiques (Inserm 2004). Ces mesures permettent de mettre en évidence l'évolution du processus psychothérapique "en fonction des interactions et des états du thérapeute et du patient".

Le tableau ci-dessous, établi par l'Inserm, décrit les principaux instruments d'évaluation spécifiques à l'approche psychodynamique, et leurs caractéristiques.

Instruments d'évaluation du fonctionnement global et de la détresse symptomatique

HSRS	Échelle santé-maladie (<i>Health-sickness rating scales</i> [HSRS]) (Luborsky, 1962 ; Luborsky et Bachrach, 1974). Après avoir déterminé le niveau général de la santé de l'individu (à partir de notes...), un manuel contenant 24 illustrations de cas graduées sur une échelle à 100 points est consulté, et la cotation est réalisée en décidant si la personne en question est plus ou moins en bonne santé qu'un cas donné en illustration.
GAS ou GAF	Échelle d'évaluation globale ou de fonctionnement global (<i>Global assessment scale</i> [GAS], Endicott et coll., 1976, et <i>Global assessment of functioning scale</i> [GAF]). Adaptation allégée de l'HSRS. Incorporée à l'axe V du DSM-III-R. Comprend dix niveaux descriptifs et des points d'échelle allant de 1 à 100.
SAS	L'Échelle d'ajustement social (<i>Social adjustment scale</i> [SAS]) (Weissman, 1975) permet d'évaluer le fonctionnement social et l'activité dans un large éventail de domaines incluant le travail à l'extérieur et à la maison, les relations avec les partenaires, la famille et les amis. Cette échelle a une consistance particulière pour mesurer le rapport coût-efficacité d'une psychothérapie (Krupnick et Pincus, 1992)
SCL-90-R	La SCL-90-R (<i>Symptom check list-90-revised</i> , Derogatis, 1983) est un questionnaire à 90 items de type Likert auto-administré. Derogatis a rapporté une consistance interne allant de 0,77 à 0,90 et une fidélité test-retest entre 0,80 et 0,90 sur un intervalle d'une semaine. La SCL-90 est conçue pour mesurer 9 axes majeures de détresse symptomatique : somatisation, sensibilité interpersonnelle, anxiété, anxiété phobique, trouble obsessionnel compulsif, dépression, hostilité-colère, idéation paranoïde, et psychoticisme. L'Index de sévérité globale de la SCL-90-R (GSI) peut être utilisé comme une mesure générale de l'adaptation du patient.

Instruments d'évaluation des changements psychodynamiques

MSI	<i>McGlashan semistructured interview</i> (Goin et coll., 1995). Le MSI identifie 32 axes psychologiques regroupées en huit dimensions dont l'amélioration peut être considérée comme un but approprié de la psychothérapie psychodynamique. Ces axes incluent des catégories telles que la sécurité de base, la capacité de séparation/individuation et la cohérence du sens de soi.
ECPD	Échelles de changement dans les psychothérapies dynamiques (Hoglund et coll., 2000). Entretien semi-structuré explorant cinq dimensions : relations interpersonnelles amicales et familiales, relations sentimentales et sexuelles, tolérance aux affects, <i>insight</i> , capacités d'adaptation et de résolution de problèmes. Cotation de 1 à 100.
KAPP	<i>Karolinska Psychodynamic Profile</i> (Weinryb et Rössel, 1991 ; in Wilczek, 1998). Le KAPP est un instrument d'évaluation basé sur la théorie psychanalytique qui évalue les modes relativement stables de fonctionnement mental et les traits de caractère, tels qu'ils apparaissent dans la perception de soi et les relations interpersonnelles. Il est constitué de 18 sous-échelles s'inscrivant dans sept dimensions. Dix-sept des sous-échelles sont à un bas niveau d'abstraction et pourraient être considérées comme représentant les traits de caractère ; la dernière sous-échelle se réfère au caractère comme organisation. Chaque sous-échelle est fournie avec une définition et trois niveaux définis. Deux niveaux additionnels intermédiaires peuvent être utilisés, aboutissant à une échelle en 5 points (1, 1,5, 2, 2,5 et 3). Sur toutes les sous-échelles, le niveau 1 représente le niveau le plus normal et le niveau 3 le moins normal. Le KAPP s'est avéré discriminer les patients avec ou sans diagnostic DSM. Il a un pouvoir prédictif par rapport à la façon de réagir à un événement (opération chirurgicale).
CCRT	<i>Core conflictual relationship theme</i> (Luborsky, 1976). Le CCRT tente de mesurer les conflits relationnels et les patterns sur la base de trois composants : les souhaits envers les autres, les réponses des autres et les réponses du moi.

2 Apports des RCTs dans l'évaluation des thérapies psychodynamiques

Depuis les débuts de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies dans les années 50, deux types d'approches coexistent : une recherche centrée sur l'efficacité théorique ou potentielle ("efficacy"), et une recherche centrée sur l'efficacité réelle ou utilité clinique ("effectiveness"), mettant l'accent sur l'application clinique des savoirs théoriques.

Dans la recherche centrée sur l'efficacité théorique, l'accent est mis sur la validité interne et la reproductibilité des études. L'évaluation des psychothérapies est réalisée par des études cliniques randomisées contrôlées. Le traitement délivré est standardisé et délivré par des thérapeutes entraînés, ce qui permet d'assurer la reproductibilité des études. Les patients inclus répondent à des critères stricts et constituent un groupe de patients homogène, afin de minimiser les biais. L'administration du traitement en double aveugle n'étant pas réalisable étant donné le rôle actif du thérapeute en psychothérapie, les traitements sont délivrés en simple aveugle du patient. L'évaluation des résultats se fait à court terme, et est souvent ciblée sur une modification des symptômes, plutôt que sur un changement plus global de comportement. Basée sur le modèle de la recherche en pharmacologie, cette recherche centrée sur l'efficacité théorique se heurte à plusieurs écueils d'ordre méthodologique, liés à la difficulté d'adapter les psychothérapies au design des études randomisées contrôlées. Dans la recherche centrée sur l'utilité clinique ("effectiveness"), la validité externe est privilégiée; l'évaluation a pour objectif de déterminer si les traitements sont réalisables et efficaces dans des conditions de vie réelle, sur une population large. Les critères d'inclusion, peu stricts, permettent d'inclure des patients présentant la pathologie considérée à différents stades de gravité, ainsi que des comorbidités. Les traitements délivrés sont peu standardisés, les thérapeutes ne reçoivent pas d'entraînement spécifique. Plutôt que sur des évaluations ciblées de symptômes, l'efficacité du traitement est souvent mesurée en termes de retentissement sur la qualité de vie du patient (mesures portant sur le handicap, la qualité de vie...). Dans ce type de recherche centrée sur l'utilité clinique, les études peuvent être des RCT conçues de façon " pragmatique", ou des études observationnelles (Nathan 2000).

Dans le domaine des psychothérapies psychodynamiques, ce débat entre "efficacy" et "effectiveness" s'illustre par les méthodes mises en œuvre. Les RCT permettent d'établir de façon claire des réponses aux questions d'efficacité théorique ("efficacy"). Elles sont particulièrement adaptées dans des contextes où une comparaison est possible entre deux groupes où seul le traitement diffère, toutes choses étant égales par ailleurs. L'évaluation des psychothérapies par des études randomisées contrôlées, centrée sur l'efficacité théorique, a permis des progrès importants dans ce domaine, et a permis de montrer l'efficacité générale des psychothérapies. Elles ont permis d'étudier les processus psychothérapeutiques, de "modéliser les variables d'interaction, et notamment les ingrédients majeurs des principales approches", comme l'alliance thérapeutique, et "ont été accompagnées du

développement de tout un ensemble de définitions pratiques et d'instruments d'évaluation qui sont utilisables en dehors du laboratoire" (Thurin 2007).

La validité des résultats de RCT en termes d'utilité clinique ("effectiveness") peut en revanche être questionnée, car leur validité externe reste limitée. Plusieurs auteurs ont cherché à définir quels seraient, pour les psychothérapies psychodynamiques, les critères d'une recherche évaluative pertinente, dont les résultats seraient transposables à la pratique clinique.

IV. VERS UNE RECHERCHE ADAPTEE AUX THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES

A - ADEQUATION DES METHODES EVALUATIVES ET QUALITE DE LA PREUVE

Des contraintes imposées par l'évaluation de l'efficacité par les RCT, il découle que certaines problématiques sont plus aisées que d'autres à évaluer. Les thérapies de courte durée, ciblées sur un problème, qui peuvent faire l'objet d'une standardisation et d'une protocolisation, se prêtent ainsi plus facilement aux études contrôlées randomisées que les traitements à long terme ciblant plusieurs axes (APA 2002). Par conséquent, les thérapies cognitivo-comportementales font l'objet de plus d'évaluations que les thérapies psychodynamiques. Parmi les thérapies psychodynamiques, les thérapies brèves ont donné lieu à davantage d'études d'évaluation que les psychothérapies analytiques de longue durée (Inserm 2004).

Le volume de littérature scientifique disponible sur un sujet donné varie en fonction de la facilité avec laquelle l'intervention peut-être évaluée par des RCT (APA 2002). Or, ce design d'étude privilégie certains types de psychothérapies par rapport à d'autres. Ainsi, bien que les comparaisons entre psychothérapies aient conclu de façon répétée à une équivalence des psychothérapies entre elles en termes d'efficacité (le fameux "Dodo bird effect" mis en évidence par Rosenzweig en 1936, et confirmé notamment par Luborsky en 2002), l'efficacité de la psychanalyse est souvent remise en question. Ces interrogations sont liées au faible nombre de RCT portant sur les thérapies psychodynamiques, qui ne découle pas nécessairement d'une inefficacité de ces thérapies, mais révèle des difficultés à conduire une recherche évaluative selon les standards méthodologiques actuels.

Il est donc nécessaire de développer une évaluation adaptée aux pratiques des thérapies analytiques. La transposition des RCT à l'évaluation des thérapies analytiques est, comme nous l'avons vu plus haut, à l'origine de difficultés techniques et de limites en termes de validité externe. L'adaptation de la pratique clinique à un modèle d'évaluation dominant semble par ailleurs peu pertinente, et conduit à des contresens cliniques.

La vision unique de l'évaluation en médecine par l'EBM suscite aujourd'hui de nombreuses réserves; en avril 2012, le JAMA titrait "Is-il Time for Medicine-based Evidence ?", et plaidait en faveur d'une évaluation centrée sur la validité externe, prenant en compte des études observationnelles de qualité. Dans le domaine des thérapies psychodynamiques, où la mise en place de RCT pose des problèmes méthodologiques et où les conclusions de ces études restent difficiles à prendre en compte pour la pratique clinique, cette démarche apparaît pleinement pertinente.

B - CRITERES D'UNE RECHERCHE ADAPTEE AUX THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES

Il importe de déterminer le type d'étude adaptées à l'évaluation de l'efficacité des thérapies psychodynamiques. Selon l'Inserm (Inserm 2004), les études réalisées sur l'efficacité des psychothérapies psychodynamiques présentent pour la plupart les limites suivantes :

- ensemble des cas traité par un seul même praticien ;
- absence de description du traitement mis en place, absence de vérification de sa conformité aux théories psychodynamiques ;
- absence de groupe contrôle sans traitement ou recevant un autre traitement ;
- faible expérience clinique des psychothérapeutes participant à l'expérience ;
- absence de randomisation des traitements ;
- efficacité du traitement déduite d'un taux de réussite attribué par les thérapeutes ou issu de leurs notes.

Les travaux menés par les équipes de Bachrach et Waldron, et, plus récemment, la synthèse réalisée par Kantrowitz (Bachrach 1991; Waldron 1997; Kantrowitz 2009), ont permis de définir les critères d'une bonne recherche évaluative pour les psychothérapies psychodynamiques brèves et pour les thérapies analytiques longues.

Suivi à long terme

Les changements opérés chez les patients par la psychanalyse ne sont pas stables dans le temps. Le bénéfice thérapeutique est donc variable selon le moment où il est mesuré : chez certains patients, une amélioration observée ne sera pas maintenue dans le temps, tandis que chez d'autres, une absence d'effet observé évoluera par la suite vers une amélioration. Il est donc souhaitable d'évaluer les changements des patients sur le long terme, et d'assurer un suivi sur une période étendue (Kantrowitz 2009).

Mesures répétées, subjectives et objectives

Afin de prendre en compte les différents éléments de l'analyse et identifier les processus de changement, il est important d'évaluer les similarités et les différences entre le patient et l'analyste, leurs stratégies respectives d'adaptation et de défense, leurs conflits, leurs points de force et de vulnérabilité. Les mesures doivent porter à la fois sur le patient, l'analyste, et sur leur interaction. Ces mesures doivent être répétées, réalisées avant et après la thérapie psychanalytique. Elle peuvent être

réalisées de façon subjective par entretien, et de façon plus objective par un instrument d'évaluation standardisé et validé (tests projectifs par exemple). L'évaluation des changements psychologiques du point de vue du patient et de l'analyste, peut être complétée par des mesures objectives réalisées par un évaluateur indépendant (Kantrowitz 2009).

Processus analytique

Pour Laplanche et Pontalis, il est possible de distinguer dans la thérapie psychanalytique "l'intervention proprement psychanalytique par rapport à d'autres modes d'action psychothérapique (suggestions, conseils, directives, éclaircissements, soutien, etc.)" (Laplanche et Pontalis 1967)

Si le bénéfice thérapeutique est souvent lié au processus analytique, beaucoup de patients montrent un bénéfice thérapeutique sans qu'il y ait eu développement d'un processus analytique. Il est donc nécessaire de pouvoir rendre compte à la fois du processus analytique et de l'efficacité de la thérapie. En effet, l'étude du processus analytique est indispensable pour identifier l'adéquation entre un patient et un type de thérapie, et pour étudier des mécanismes de changement en jeu dans la thérapie évaluée (Inserm 2004). Cette évaluation peut être réalisée de façon subjective par le biais des notes prises au long de la cure par le thérapeute (notes portant sur le déroulement de la cure, le transfert et le contre-transfert, le contenu des entretiens...) et de façon plus objective par des enregistrements audio (Kantrowitz 2009).

Modalités du traitement

Le traitement doit être conduit par des praticiens suffisamment formés et expérimentés (Bachrach 1991). Par ailleurs, comme dans l'évaluation des psychothérapies par les RCT, la mise en place d'enregistrements audio des entretiens, et leur évaluation par un évaluateur indépendant peuvent permettre de rendre compte de la conformité de la thérapie délivrée à la thérapie qu'on cherche à évaluer.

Les études observationnelles permettent une évaluation correspondant à l'ensemble de ces critères : suivi à long terme, mesures répétées et multidimensionnelles, conduite du traitement en conditions de pratique réelle permettant l'étude du processus analytique.

V. ETUDES OBSERVATIONNELLES

A - ETUDES OBSERVATIONNELLES : DEFINITION ET METHODES

L'une des caractéristiques principales des études observationnelles est que la répartition dans les groupes de traitement n'est pas randomisée, et que les résultats sont alors plus susceptibles d'être biaisés par des facteurs de confusion. Les facteurs de confusion sont des facteurs associés à la fois à l'exposition et aux résultats cliniques, qui peuvent biaiser les résultats observés. Dans les études randomisées contrôlées, la randomisation permet d'assurer que la répartition de ces facteurs entre les groupes de traitement est liée au hasard; il est alors possible de calculer la probabilité, étant donné ce hasard, d'aboutir à une conclusion biaisée. Dans les études observationnelles, les facteurs de confusion doivent être identifiés et mesurés, et des méthodes spécifiques sont utilisées pour prendre en compte ces facteurs dans l'interprétation des résultats. Il existe différents types d'études observationnelles et différentes méthodes permettant de prendre en compte les facteurs de confusion. Par ailleurs, les études observationnelles disposent, au même titre que les RCT, d'un ensemble d'outils permettant d'évaluer la qualité de leur description et leur qualité méthodologique.

1 Types d'études observationnelles

La définition même des études observationnelles est large, et recouvre de nombreux designs d'études, dont voici les principaux.

- Etude de cohorte : un ensemble de patients est suivi de façon prospective (recrutement avant traitement) ou rétrospective (recrutement après traitement) afin d'étudier les relations entre traitement reçus et résultats cliniques.
- Etude cas contrôle : afin d'évaluer l'association entre survenue d'un événement ou d'une pathologie et exposition à un traitement, des cas et des contrôles sont comparés en termes d'exposition au traitement. Ce design est particulièrement adapté pour l'étude d'événements rares.
- Etude transversale : les relations entre traitement et état de santé sont étudiées par le biais d'un recueil d'informations à un moment donné dans une population donnée.
- Etude contrôlée avant/après : observation des groupes traitement et contrôle avant et après traitement. L'expérimentateur n'exerce pas de contrôle sur la répartition des sujets dans les groupes de traitement.

- Etude de type chronologique : les observations sont réalisées à des points multiples avant et après l'intervention. L'objectif est d'évaluer les tendances sous-jacentes afin de déterminer l'effet de l'intervention en prenant en compte ces tendances.
- Etude contrôlée avec groupe témoin historique : un groupe recevant le traitement est comparé à un groupe contrôle similaire observé antérieurement.
- Série de cas : des observations sont réalisées sur des séries de sujets recevant le même traitement, avec comparaison avant et après traitement, mais sans groupe contrôle.

Les terminologies employées pour les design d'études observationnelles sont souvent variables selon les auteurs, ce qui peut être à l'origine de difficultés d'indexation dans les bases de recherche. Le NRSMG ("Non randomized studies method group", groupe de recherche sur les méthodes des études non randomisées de la Cochrane Collaboration) a établi un outil permettant de différencier les études selon leur design effectif (Cochrane 2011). Cet outil recommande l'examen des points suivants:

- le caractère expérimental ou observationnel de l'étude : l'investigateur joue-t-il un rôle au moment de l'allocation dans les groupes de traitement - qu'il s'agisse d'un traitement randomisé ou non? les groupes de traitement sont-ils déterminés par des décisions thérapeutiques non liées à l'étude?
- le fait qu'il s'agisse d'une comparaison entre groupes, ou d'une simple description de cas;
- la méthode de création des groupes de traitement : randomisation, quasi-randomisation, répartition selon des facteurs temporels ou géographiques (études de cohorte), décision de soignants, études cas-contrôles;
- le caractère prospectif ou rétrospectif du recrutement des participants, de l'énoncé des hypothèses de travail et du recueil des données;
- les méthodes employées pour assurer la comparabilité entre les groupes (mesures à l'inclusion, prise en compte des facteurs confondants);
- les variables sur lesquelles a été évaluée la comparabilité entre les différents groupes de traitement.

2 Biais dans les études observationnelles

Les biais retrouvés dans les études observationnelles peuvent être liés au médecin, au patient, mais aussi à la situation clinique, comme les biais d'indication et biais protopathiques, qui s'observent lorsque le traitement est initié en réponse à des symptômes qui constituent un facteur de risque pronostique ou les signes prodromiques d'une pathologie (Deeks 2003). Afin de prendre en compte ces biais dans l'évaluation des traitements, il existe plusieurs méthodes statistiques.

3 Méthodes de prise de compte des biais

Stratification et appariement

La stratification ou l'appariement des patients est réalisé en fonction de certaines caractéristiques susceptibles de biaiser les résultats. Il n'est pas nécessaire de caractériser la relation entre la variable considérée et le résultat clinique. En général, seules une ou deux variables peuvent être prises en compte par cette méthode, la multiplication des variables rendant difficiles l'appariement et la stratification. Un des avantages de ces méthodes est que les déséquilibres de répartition des covariables entre groupes de traitement est facilement mise en évidence.

Analyse multivariée

Un modèle comprenant une variable dépendante (résultat clinique) est construit. Les variables indépendantes sont les variables susceptibles de biaiser le résultat. Un grand nombre de variables qualitatives comme quantitatives peut ainsi être pris en compte. Il existe plusieurs types d'analyse multivariée : régression linéaire multivariée, régression logistique, analyse de survie (Cox). Dans ce type d'analyse, les déséquilibres dans la répartition des covariables entre les groupes de traitement sont difficilement mis en évidence.

Ajustement sur le score de propension

Dans cette méthode, une analyse multivariée est réalisée en deux temps. Dans un premier temps, un index composite (score de propension côté entre 0 et 1) est établi, reflétant la probabilité des patients de recevoir un traitement donné en fonction de leurs caractéristiques à l'inclusion (âge, sexe, gravité de la maladie...). Un ensemble de variables est ainsi remplacé par une seule variable, le score de propension, fonction des variables d'origine. Ce score est ensuite utilisé au cours de l'analyse pour un appariement ou une stratification des patients - méthodes les plus fréquemment employées -, ou inclus comme variable quantitative dans un modèle de régression.

La pertinence de cette technique est basée sur une évaluation adéquate des facteurs de risque considérés pour l'élaboration du score de propension. Par ailleurs, la taille d'échantillon requise est importante, particulièrement dans le cadre d'un appariement sur la valeur du score de propension (Concato 2012).

Variables instrumentales

La méthode des variables instrumentales identifie une variable qu'on considère comme associée avec le traitement évalué, mais indépendante des résultats cliniques. L'analyse est ensuite ajustée sur cette variable. Une des difficultés de cette méthode réside dans la difficulté à identifier les variables instrumentales, et à prouver leur indépendance par rapport aux résultats cliniques. Des analyses de sensibilité supplémentaires sont alors parfois nécessaires (Concato 2012). L'avantage des variables instrumentales est de contourner le problème des covariables mesurées, qui impliquent une possible erreur de mesure ou l'omission de covariables importantes.

Si le risque de biais est plus important dans les études observationnelles que dans les RCT, il est possible d'employer des techniques statistiques permettant de les minimiser. Une limitation importante à l'utilisation de ces techniques réside dans le fait qu'elles sont plus complexes que les techniques statistiques employées dans les RCT, et moins connues de la communauté médicale (Falissard 2005; Klungel 2004).

B - ETUDES OBSERVATIONNELLES ET QUALITE METHODOLOGIQUE

1 Evaluation du risque de biais dans les études observationnelles

En l'absence de randomisation, le travail sur la réduction des biais est très important dans les études observationnelles. Il est donc primordial de mesurer la qualité méthodologique de ces études, à savoir la qualité des méthodes mises en œuvre pour minimiser les biais et éviter d'aboutir à des conclusions erronées.

Le guide méthodologique Cochrane propose à ses auteurs un outil d'évaluation des risques de biais adapté aux études randomisées, mais également aux études prospectives de cohorte ("Risk of bias tool"). Cet outil évalue la qualité des méthodes employées pour la randomisation, l'aveugle, la gestion des données manquantes, le reporting sélectif des résultats, ainsi que d'autres sources de biais potentielles. Pour chacun de ces items, après description des méthodes employées dans l'étude considérée, les lecteurs doivent juger le risque de biais potentiel. L'échelle de Jadad est également très utilisée. Ces échelles ne sont cependant pas adaptées à l'évaluation des psychothérapies et nécessitent des adaptations (Leichsenring 2008).

De nombreuses autres échelles existent, qui sont plus ou moins détaillées et plus ou moins spécifiques à l'évaluation des études observationnelles. En 2003, une revue des check-lists et échelles de qualité pouvant être appliquées à l'évaluation de la qualité des études observationnelles a été réalisée par Deeks et son équipe (Deeks 2003); au total, 193 outils ont été identifiés. Afin de permettre une comparaison des outils entre eux, les auteurs ont établi par méthode Delphi une liste de 12 aspects de la qualité des études, recouvrant la validité interne, la validité externe et la qualité du reporting. Parmi ces aspects, deux ont été considérés comme d'une importance cruciale dans l'évaluation des études non randomisées : la **méthode de création des groupes de traitement** (notamment le **mode d'allocation** des patients aux différents groupes et les **méthodes employées pour équilibrer ces groupes**) et la **comparabilité des groupes lors de l'analyse** (en particulier **l'identification des biais** et les méthodes d'**ajustement**). En considérant ces critères, les auteurs ont identifié :

- des "top tools", au nombre de 60, permettant une bonne évaluation de la validité interne des études. Ces outils devaient évaluer au moins 5 des 6 aspects suivants : création des groupes de traitement, aveugle, pertinence de l'information (traitement effectivement reçu par le patient, imputabilité des résultats au traitement), information sur le suivi, comparabilité des groupes lors de l'analyse, résultats.
- des "best tools", au nombre de 14, plus pertinents pour l'évaluation des études non randomisées. Ces outils évaluaient au moins 3 des 4 items suivants : mode d'allocation, méthodes employées afin d'équilibrer les groupes lors de l'allocation; identification des facteurs pronostiques et ajustement lors de l'analyse.

Parmi les 14 "best tools", Deeks et al. ont identifié six outils pouvant être utilisés dans le cadre de revues systématiques, ces outils "[obligent] les lecteurs à être systématiques dans leur évaluation des études, et [permettant] de garantir que des jugements de qualité sont réalisés de la manière la plus objective possible". Des adaptations pour l'évaluation des études observationnelles étaient cependant nécessaires, ces six outils n'évaluant pas en détail le risque de biais de sélection (allocation des participants aux différents groupes), et n'étant pas tous adaptés aux différents designs d'études observationnelles.

Le travail réalisé par Deeks et coll. a permis de recenser les échelles d'évaluation de la qualité des études observationnelles, et d'évaluer leur qualité. Au terme de ce travail, les instruments se révélant les plus adaptés à des revues systématiques d'études non randomisées sont le Downs and Black instrument et l'échelle Newcastle-Ottawa. L'échelle Newcastle-Ottawa présente deux versions, l'une adaptée à l'évaluation des études cas-contrôles, la seconde adaptée à l'évaluation des études de cohorte. Cette échelle comprend 8 items, répartis en 3 axes. Le premier axe porte sur la représentativité et la précision de la définition des cas et contrôles, ou des exposés et non exposés. Le second évalue les méthodes mises en place pour contrôler les biais et facteurs confondants. Le troisième axe concerne l'évaluation de l'exposition des cas (cas-contrôles) ou l'évaluation du résultat clinique (cohorte) : l'évaluation doit idéalement être réalisée en aveugle, après une durée de suivi suffisamment longue; le taux de non réponse (cas-contrôles) ou de perdus de vue (cohorte) doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats. L'instrument de Downs et Black comporte 27 items. Les domaines évalués sont la qualité de la description (10 items), la validité externe (3 items), la validité interne (13 items évaluant les biais d'évaluation, la fiabilité de l'analyse statistique, les méthodes permettant de limiter et de prendre en compte des facteurs confondants, et la prise en compte des perdus de vue) ainsi que la puissance statistique de l'étude (1 item).

2 Description des études observationnelles

En 1993 est né le projet CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials). Cherchant initialement à développer un instrument pour l'évaluation de la qualité des RCT, les auteurs de CONSORT ont fait le constat que la faible qualité de la description des études ne permettait pas une évaluation adéquate de leur qualité. La checklist de CONSORT a donc été créée pour améliorer la description des études afin que leur qualité méthodologique puisse être évaluée. Une revue de la littérature réalisée par Moher et coll. (Moher 2001), comparant la qualité des études publiées avant et après l'adoption de CONSORT par les revues médicales, a montré que l'adoption de CONSORT a été à l'origine d'une amélioration de la description des études randomisées contrôlées; plus encore, cette amélioration de la description des études randomisées contrôlées a eu pour effet indirect d'améliorer leur qualité méthodologique.

En 2007 a été créé STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology), un équivalent de CONSORT pour les études observationnelles. Cette initiative internationale a permis d'établir la checklist STROBE, qui établit une liste d'items pour la description

des études cas-contrôle, transversales et de cohorte. Cet instrument est conçu comme un support pour une description rigoureuse de la planification et de la réalisation des études, ainsi que des résultats et de leur interprétation. STROBE ne vise donc pas directement à améliorer la qualité méthodologique des études observationnelles, mais permet l'évaluation de cette qualité et pourrait, comme CONSORT, être à l'origine d'une amélioration de la qualité des études cas contrôle, transversales et de cohortes rapportées dans la littérature (von Elm 2007). Les éléments listés dans STROBE portent sur les différentes parties de la description d'une étude : titre et résumé, introduction, méthodes (design, contexte, caractéristiques des patients inclus, critères d'efficacité, facteurs confondants identifiés, source des données, méthodes de contrôle des biais, variables quantitatives, méthodes statistiques) et résultats, discussion.

3 Enregistrement des études observationnelles

L'enregistrement des études randomisées contrôlées en cours et de leurs protocoles, notamment sur ClinicalTrials.gov, permet aux chercheurs de dresser une véritable cartographie des équipes travaillant sur un même sujet. Cette enregistrement permet d'éviter la redondance dans la recherche, de réaliser des études complémentaires, et permet également de mettre en évidence des biais de publication (le fait que les études présentant des résultats positifs soient plus volontiers publiées que les études présentant des résultats négatifs).

Dans un éditorial de janvier 2010, le Lancet encourageait les auteurs d'études observationnelles à faire enregistrer leurs études et les protocoles de leurs études dans un registre tel que ClinicalTrials.gov (OMS) avant de débiter les études, et à fournir dans leurs rapports d'étude un lien vers le protocole établi a priori. Cet enregistrement améliore la transparence, facilite la réalisation de revues systématiques, évite les doublons, et pourrait permettre de mener des études observationnelles de façon concertée (Lancet 2010).

C - ETUDES OBSERVATIONNELLES ET THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES : CONCLUSIONS

Il est possible de réaliser des études observationnelles de qualité, utilisant des méthodes statistiques qui prennent en compte les facteurs confondants autrement que par une randomisation (Concato 2012). L'avantage majeur des études observationnelles réside dans une approche "medicine-based", centrée sur l'utilité clinique (Concato 2012). Ces études incluent une population comparable à la population traitée en vie réelle; les traitements, moins standardisés que dans les RCT, sont dispensés dans des conditions semblables à celles rencontrées en pratique. Le suivi peut-être long, permettant l'évaluation des effets à long terme et de la persistance de l'efficacité. Par ailleurs, le coût moindre des études observationnelles permet une mise en place plus rapide, tant pour les études rétrospectives que prospectives (Concato 2010).

Une critique souvent faite à l'encontre des études observationnelles est qu'elles surestiment systématiquement l'effet traitement (Merkow 2011). Kunz et coll. ont réalisé une revue comparant les résultats d'études observationnelles et de RCT pour l'évaluation des mêmes traitements. Ce travail a montré que, bien que les conclusions des études puissent différer, les différences n'allaient pas toujours dans le sens d'une surestimation par les études observationnelles (Kunz 1998). Ce résultat a été confirmé dans la métaanalyse sur l'efficacité des thérapies psychodynamiques de longue durée menée par Leichsenring et Rabung en 2008 (Leichsenring 2003). Par ailleurs, McKee, Britton et leur équipe ont montré qu'une concordance des résultats de RCT et d'études observationnelles pouvait être observée quand les populations incluses étaient similaires, et que les biais étaient adéquatement identifiés et contrôlés dans les études observationnelles (McKee 1999). Un autre argument en défaveur des études observationnelles est lié à l'absence de confirmation systématique des résultats d'études observationnelles par les RCT. Cet argument reste discutable étant donné que différentes RCT portant sur le même sujet peuvent également avoir des conclusions différentes (Concato 2010).

Au même titre que les sciences médicales et que la psychologie, les thérapies psychodynamiques doivent pouvoir être évaluées afin de rester pertinentes. De par leurs particularités, elles ne peuvent cependant se conformer à une évaluation par des études randomisées contrôlées. La mesure des processus, des conflits inconscients et de la vie fantasmatique des patients demande une approche très spécifique (Leuzinger-Bohleber 2002). Les études observationnelles pourraient permettre de répondre à cette exigence d'une évaluation adaptée, visant à établir des conclusions utiles pour les praticiens. Nous présentons ici quelques exemples d'études observationnelles portant sur l'évaluation des thérapies psychodynamiques, qui présentent des caractéristiques très différentes.

VI. EXEMPLES D'ETUDES OBSERVATIONNELLES

A - KNEKT 2011, UNE ETUDE QUASI-EXPERIMENTALE

Le Helsinki Psychotherapy Study Group a mené entre 1994 et 2000 une étude comparant l'efficacité des psychothérapies de courte et de longue durée avec celle de la psychanalyse (Knekt 2011). Cette étude a inclus 326 patients présentant des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux. Ces patients ont été randomisés dans différents groupes de traitement : thérapies axées sur la recherche de solutions, psychothérapie psychodynamique à court terme, psychothérapie psychodynamique à long terme. Par ailleurs, 41 patients susceptibles de bénéficier d'une psychanalyse ont été inclus. Les patients ont été suivis sur une durée de 5 ans, et évalués en début de traitement, puis à 9 reprises. Les critères d'éligibilité étaient restrictifs : patients de 20 à 45 ans, ayant consulté dans les services psychiatriques de la région d'Helsinki entre Juin 1994 et Juin 2000. Ces patients présentaient un trouble de longue date à l'origine de dysfonctions au travail, et répondaient aux critères du DSM IV pour les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux. Les critères d'exclusions étaient les troubles psychotiques, troubles de la personnalité sévère, troubles de l'adaptation, abus de substance ou trouble organique. Les patients ayant été traités par psychothérapie dans les 2 années précédentes étaient également exclus. Les mesures d'efficacité principales étaient réalisées par hétéroévaluation, grâce à des scores mesurant l'anxiété et la dépression, côtés par les évaluateurs non aveugles aux groupes de traitement. Les mesures d'efficacité portaient sur le Beck Depression Inventory, les échelles de Hamilton pour la dépression et pour l'anxiété, et sur l'échelle d'anxiété de la Symptom Checklist. Afin d'évaluer la capacité au travail, l'adaptation sociale et la capacité fonctionnelle ont également été mesurés par des instruments spécifiques. Les prises de traitement associées (psychothérapies, psychotropes, hospitalisations en psychiatrie) ont été évaluées par le biais de questionnaires, et par consultation de registres de santé publique.

Dans tous les groupes de traitement ont été observés une réduction des symptômes psychiatriques et une amélioration de la capacité de travail et la capacité fonctionnelle. Les thérapies de courte durée étaient plus efficaces que la psychanalyse durant la première année, les thérapies de longue durée se révélant plus efficaces après trois ans de suivi. A cinq ans, la psychanalyse était la thérapie la plus efficace.

Plusieurs remarques peuvent être faites sur cette étude. Tout d'abord, il ne s'agissait pas d'une étude randomisée contrôlée, car les patients inclus dans les groupes psychothérapie et dans le groupe psychanalyse étaient issus de populations éligibles différentes. Par ailleurs, si les patients étaient randomisés entre les différentes psychothérapies - thérapie centrée sur les solutions, psychothérapies psychodynamiques à court et long terme -, l'inclusion dans le groupe psychanalyse se faisait au choix du patient. Ce design particulier entraîne la présence de facteurs confondants; les patients inclus dans le groupe psychanalyse sont susceptibles d'être différents des patients randomisés dans les groupes

psychothérapies. L'inclusion dans ce groupe étant basée sur le volontariat, les patients étaient probablement plus actifs dans la recherche de traitement. Cette hypothèse semble confirmée par le fait qu'il y a moins de refus de participation et moins de perdus de vue dans ce groupe (1%, vs 14% dans le groupe psychothérapie psychodynamique de courte durée). Afin de prendre en compte les possibles biais, un ajustement (modèle linéaire généralisé et régression logistique) a été réalisé sur les caractéristiques des patients à l'inclusion (symptômes, diagnostic, personnalité, capacités fonctionnelles et caractéristiques sociodémographiques) susceptibles de différer entre les patients inclus dans le groupe psychanalyse et ceux des groupes psychothérapie. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter, en utilisant des méthodes d'ajustement afin de prendre en compte les facteurs confondants. Par ailleurs, en raison de la longue durée de suivi, et pour des raisons éthiques, il n'a pas été possible de réaliser un groupe contrôle. Il n'a donc pas été possible de comparer les groupes traitement à un groupe ayant une évolution naturelle. Les traitements n'ont pas fait l'objet d'une standardisation afin d'être le plus proches possible de ceux réalisés en pratique clinique. Les mesures n'ont pas été réalisées par des évaluateurs indépendants en aveugle. En revanche, un échantillon d'entretiens filmés a été évalué indépendamment tout au long de l'étude afin de tester l'accord inter-juges et l'accord intra-juge au cours du temps.

Cette étude, bien qu'elle soit en partie randomisée, est une étude observationnelle : absence de standardisation des traitements, absence de groupe contrôle non traité. Ce design original témoigne d'un effort des auteurs pour réaliser une étude qui puisse répondre aux standards de qualité méthodologique des RCTs. L'étude, de bonne qualité, ne comporte cependant pas une évaluation indépendante des résultats qui aurait pu être menée dans ce contexte.

Ce travail réalisé par Knekt et coll. illustre les difficultés méthodologiques dans la conduite d'études randomisées contrôlées portant sur l'évaluation des thérapies psychodynamiques, et montre qu'il est possible, en utilisant les méthodes statistiques appropriées, de réaliser des études observationnelles de qualité dans ce domaine (Knekt 2011).

B - SANDELL 2000, UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE PROSPECTIVE UTILISANT DES MESURES QUANTITATIVES

Cette étude observationnelle prospective a été réalisée sur une durée de 3 ans, de 1994 à 1996. Un total de 756 patients ont été inclus. Ces patients étaient des patients (n=202) ayant été subventionnés pour un traitement par psychanalyse (3 à 5 séances hebdomadaires) ou par psychothérapie (1 à 3 séances hebdomadaires) d'une durée maximale de 3 ans, ou des patients sur liste d'attente pour une telle subvention (n=554). Le choix d'une orientation vers une psychanalyse ou une psychothérapie était réalisé par des psychiatres ou psychanalystes après évaluation du patient; le traitement n'était donc pas randomisé.

A l'inclusion, les patients étaient évalués selon le DSM IV. Le critère principal d'efficacité était le Global Severity index du SCL-90, mesuré par auto-évaluation. Une hétéroévaluation a été réalisée à deux reprises par des entretiens, sur un sous-groupe de 60 patients, à différentes étapes du traitement. Ces entretiens avaient pour but de recueillir des données qualitatives, et étaient enregistrés. Des données concernant les thérapeutes des patients inclus ont également été recueillies par questionnaires. Les données d'assurance maladie ont permis de compléter cet ensemble de données subjectives par des données objectives.

Sur les 756 patients inclus, 331 patients traités par psychothérapie psychodynamique longue et 74 patients traités par psychanalyse ont répondu à l'évaluation complète. Il a été observé dans les deux groupes une amélioration progressive au cours du traitement pour l'auto-évaluation de la détresse liée au symptôme et l'auto-évaluation du moral. Ces améliorations semblaient proportionnelles à la durée du traitement. En revanche, dans les deux groupes, on notait une absence d'amélioration dans l'auto-évaluation des relations sociales.

Il importe de noter que cette étude comportait de nombreux biais. L'attribution des patients étant décidée après évaluation par un thérapeute, les patients orientés vers une psychanalyse et ceux orientés vers une psychothérapie psychodynamique longue présentaient des différences, tant du point de vue des caractéristiques sociodémographiques et économiques que du point de vue de la pathologie psychiatrique considérée. Par ailleurs, les thérapeutes étaient également différents dans les deux groupes, les psychanalystes apparaissant globalement plus expérimentés que les psychothérapeutes. Un lien entre les attitudes des thérapeutes et les résultats cliniques a également été retrouvée, l'hypothèse avancée étant que l'attitude psychanalytique "classique" (distance thérapeutique, neutralité), bénéfique dans le cas d'une psychanalyse, se révèle délétère au cours des psychothérapies.

Cette étude prospective présentait l'avantage de mesurer les effets de la thérapie au cours du temps, avec des points de mesure avant, pendant et après le traitement. En revanche, le contexte expérimental était susceptible d'avoir une influence sur le processus psychanalytique. Le nombre de perdus de vue est important, lié au design prospectif de l'étude : seuls 60% des patients inclus ont répondu à l'évaluation dans son entier (Sandell 2000).

Cette étude est un bon exemple d'étude observationnelle prospective portant sur les thérapies psychodynamiques. Le contexte très particulier dans lequel elle a été réalisée (patients subventionnés pour le traitement et donc en quelque sorte "captifs") limite sa validité externe. Par ailleurs, bien que les données recueillies soient quantitatives et qualitatives, l'accent est mis sur les données quantitatives, ce qui limite la richesse des résultats.

C - LEUZINGER-BOHLEBER 2003, UNE ETUDE RETROSPECTIVE UTILISANT DES MESURES MIXTES QUALI-QUANTITATIVES

L'étude menée par Leuzinger-Bohleber et son équipe est une étude observationnelle rétrospective, évaluant la psychanalyse et les thérapies psychodynamiques de longue durée, et associant des mesures quantitatives et qualitatives. Les sujets inclus (n=401) étaient des patients ayant achevé leur traitement auprès de membres de la German Psychoanalytical Association entre 1990 et 1993, contactés par leur analyste et volontaires pour participer à l'étude. Afin de contrôler la représentativité de l'échantillon inclus par rapport à la population éligible, plusieurs données ont été recueillies, telles que les caractéristiques des patients, le type de thérapie, et l'évaluation des résultats de la thérapie par les patients eux-mêmes. La similarité des distributions de ces caractéristiques a été vérifiée aux différentes étapes. Parmi les 401 patients inclus, 194 ont été randomisés pour être inclus dans une démarche d'évaluation complète (auto et hétéroévaluation), tandis que 207 étaient inclus dans une démarche d'évaluation partielle (hétéroévaluation). Cette restriction dans le nombre de patients ayant une évaluation complète était liée à une limitation des moyens humains et financiers.

Les mesures réalisées étaient qualitatives et quantitatives, cliniques et non cliniques, incluant des entretiens psychanalytiques évalués et des questionnaires, tests psychologiques, ainsi que l'analyse de données d'assurance maladie. L'ensemble des 401 patients ont rempli une autoévaluation présentée sous la forme de questionnaires, comprenant notamment le questionnaire SCL-90. Les patients ayant une évaluation complète ont ensuite été évalués par des évaluateurs psychanalystes et non psychanalystes au cours d'entretiens enregistrés. Les données concernant les dépenses de santé (autoévaluation et données de l'assurance maladie) à différentes étapes, avant, pendant et après la thérapie, ont été recueillies.

L'instrument de mesure principal de l'étude était qualitatif. Il consistait en la conduite d'entretiens des évaluateurs avec les patients. Les entretiens, enregistrés, comportaient une partie ouverte, non structurée, ayant pour but d'analyser le vécu des patients concernant leur thérapie psychodynamique, prenant en compte les éléments communiqués de façon consciente, mais aussi inconsciente. A la suite de ce premier entretien, l'évaluateur enregistrait également ses impressions concernant le patient et son traitement, et remplissait une évaluation globale des résultats de la thérapie psychodynamique. Après une réunion de supervision avec un autre membre du groupe de recherche, l'évaluateur réalisait un second entretien avec le patient. Ce second entretien comportait une première partie non structurée, et une seconde partie semi structurée (questions portant sur la thérapie, la relation entre le patient et le thérapeute, les symptômes, le sens du traitement pour le patient, les événements de vie...). Dans le même temps, un entretien avec le thérapeute du patient était réalisé indépendamment par un membre du groupe de recherche ne disposant pas d'information sur le patient. Enfin, le groupe de recherche local se réunissait, afin de réaliser une évaluation en plusieurs temps. L'évaluateur ayant rencontré le patient présentait ses observations ainsi que l'enregistrement des entretiens. L'évaluateur ayant rencontré le thérapeute présentait ensuite ses observations. Par

une succession de discussions en groupe, de cotations individuelles, et de comparaison de ces cotations, un consensus était recherché entre l'ensemble des membres du groupe concernant l'évaluation de l'efficacité globale de la thérapie considérée. Chacune de ces sessions du groupe de recherche était enregistrée. Cette démarche complexe permettait d'avoir une approche individuelle - proche de la classique étude de cas en psychanalyse -, tout en permettant une évaluation globale de l'échantillon, chaque cas faisant l'objet d'une synthèse.

Les résultats de cette étude étaient globalement positifs. Après une durée moyenne de 6,5 ans après la fin de leur psychanalyse ou de leur psychothérapie psychodynamique, 70 à 80 % des patients rapportaient des modifications psychiques durables. Les dépenses liées à la santé mentale semblaient réduites après la thérapie, avec une diminution des arrêts de maladie durant les 7 années suivant l'achèvement du traitement psychanalytique. Des différences entre psychanalyse et psychothérapies psychodynamiques de longue durée ont été relevées. Les patients ayant eu une psychanalyse avaient acquis une attitude analytique leur permettant de poursuivre le processus analytique après la fin du traitement. Cette attitude semblait moins présente chez les patients ayant eu une psychothérapie psychodynamique. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude de Sandell (Sandell 2000).

Par ailleurs, il a été observé que les analystes ayant obtenu des résultats positifs, de diverses obédiences, avaient tous en commun une certaine souplesse dans la conduite de la thérapie. Leur champ de vision n'apparaissait pas limité par la théorie, et ces thérapeutes étaient disposés à une remise en question de leurs pratiques. Dans le cas des traitements réussis, la relation apparaissait comme empathique, souple et adaptée aux besoins du patient.

Cette étude montre l'avantage des études rétrospectives, qui permettent d'étudier les effets d'une thérapie psychodynamique en conditions de vie réelle, sans qu'il n'y ait aucune influence de l'étude sur le déroulement de la thérapie. Comparées aux études observationnelles prospectives, les études observationnelles rétrospectives permettent l'inclusion d'un nombre de patients important, et les résultats peuvent être obtenus après un temps assez court. L'évaluation rétrospective par les patients peut cependant être biaisée par le point de vue individuel des patients et par divers biais, notamment celui de remémoration. Pour minimiser ce biais, une vision multidimensionnelle du processus et de l'efficacité de la thérapie a été recherchée dans cette étude. Les données issues des entretiens avec le patient, avec le thérapeute, une évaluation collégiale par un groupe de recherche, et un examen des données de l'assurance maladie ont ainsi été menés (Leuzinger-Bohleber 2003).

Cette étude montre également l'intérêt de mesures mixtes qualitatives et quantitatives. L'approche qualitative était ici considérée comme primordiale. L'étude se distingue ainsi de la plupart des études en psychothérapie, qui mettent au premier plan l'analyse statistique des données quantitatives, et illustrent les résultats par données qualitatives (études de cas). Les éléments qualitatifs recueillis au cours des entretiens ont permis l'évaluation de phénomènes psychiques et psychosociaux complexes.

La comparaison des évaluations indépendantes portant sur le patient et sur le thérapeute donne lieu à quelques observations. Ainsi, dans les thérapies psychodynamiques considérées comme réussies, l'histoire clinique relatée était sensiblement la même (moments clefs identifiés, résultat global du traitement). Dans les cas des échecs de thérapies vécues, les avis du patient et du thérapeute apparaissaient divergents. Par ailleurs, cette étude a permis de montrer l'intérêt pour les psychanalystes de s'impliquer dans des activités de recherche. Les cliniciens ayant participé à cette étude ont rapporté un intérêt direct, leur pratique clinique s'étant trouvée enrichie par cette expérience de recherche évaluative.

D - BRIFFAULT 2007, ETUDE OBSERVATIONNELLE MENEES EN RESEAU DE RECHERCHE CLINIQUE

L'étude pragmatique de cas en conditions de pratique réelle, menée au sein d'un réseau de recherche clinique, telle que celle menée par Briffault et son équipe (Briffault 2007) représente également un type d'études prometteur pour l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques. Le design est celui d'une étude longitudinale prospective; les mesures réalisées sont qualitatives et quantitatives, l'objectif étant d'évaluer les processus et les résultats au cours de psychothérapies psychodynamiques (Thurin M. 2006). Ce type d'étude est ainsi similaire dans ses principes méthodologiques à l'étude de Leuzinger-Bohleber vue précédemment. Sa particularité réside dans les conditions de réalisation. L'étude pragmatique de cas "associe une description rigoureuse de chaque cas (patient/situation-traitement-thérapeute/contexte institutionnel) et la mise en relation de ses résultats avec ceux émergeant d'une base de données étendue, regroupant toutes les descriptions de cas" (Briffault 2007).

Ce type d'étude permet ainsi d'observer le déroulement d'une psychothérapie en conditions réelles de traitement et de prendre en compte les variables individuelles des patients, celles du thérapeute, et leurs interactions tout au long du processus thérapeutique. L'évaluation n'est donc pas réalisée sur les seuls résultats, mais sur l'ensemble du processus psychothérapeutique et ses différents éléments. L'objectif est de déterminer quelles sont les psychothérapies efficaces, et d'analyser les éléments permettant cette efficacité. L'étude répond ainsi aux questions suivantes : "Quel diagnostic peut-on poser ou quels sont les éléments diagnostiques repérables? Quel est ou quels sont les objectifs que l'on peut envisager? Quelle est, à ce stade, la meilleure stratégie à mettre en place?" (Thurin 2006)

Les patients inclus sont des patients éligibles, consultant chez l'un des psychothérapeutes participant à l'étude. Les entretiens font l'objet d'une prise de notes et d'un enregistrement audio. Le diagnostic de départ est rigoureusement établi, par une description des troubles (DSM IV) et par des échelles fonctionnelles dynamiques. Pour chaque cas sont associés "un diagnostic psychopathologique, un diagnostic santé-maladie et un diagnostic catégoriel". Des mesures répétées de l'état du patient sont ensuite réalisées tout au long du traitement. Ce recueil de cas individuels est structuré afin de pouvoir constituer une base de données et réaliser des comparaisons entre cas. L'évaluation porte sur le fonctionnement psychodynamique des patients, les caractéristiques du processus de la psychothérapie, et les changements observés chez les patients (Thurin M. 2006). Comme dans l'étude de Leuzinger-Bohleber, chaque étape de l'évaluation qualitative du patient fait l'objet d'une cotation par le thérapeute du patient et par d'autres membres du réseau de recherche à partir des notes du thérapeute et des enregistrements; les évaluations retenues sont obtenues au terme d'un travail de synthèse et de consensus. L'implication des cliniciens dans la recherche et la mise en place de moyens adaptés (système informatique en réseau) est essentielle dans le cadre d'une telle démarche.

Les études menées en réseau de recherche clinique permettent une recherche fondée sur la pratique clinique. L'objectif est de résoudre l'opposition entre recherche en psychothérapie et pratique psychothérapeutique. La formulation des hypothèses de départ et la conduite de la recherche par des cliniciens permettent d'aboutir à des résultats adaptés aux questions qui se posent dans la pratique courante. Ces études, réalisées dans le cadre de l'évaluation des psychothérapies psychodynamiques, permettraient d'obtenir des résultats pertinents, pouvant être facilement extrapolés à la pratique quotidienne afin d'aider les praticiens à prendre des décisions cliniques. Elles permettraient par ailleurs une thésaurisation des connaissances acquises en pratique clinique par de nombreux cliniciens, portant sur l'efficacité d'un type de traitement pour une pathologie donnée, et les mécanismes sous-tendant les changements (Kazdin 2008).

VII. CONCLUSION

La recherche évaluative sur les thérapies psychodynamiques a produit à ce jour peu d'études randomisées contrôlées de bonne qualité méthodologique. Ce défaut d'études considérées comme valables est à apprécier dans le contexte actuel de la pensée médicale, dominée par l'Evidence-Based Medicine. Initialement développées pour l'évaluation des médicaments, les études randomisées contrôlées sont devenues pour beaucoup la seule source de preuve valide. Dans le cadre de l'évaluation des thérapies psychodynamiques, ce design se révèle cependant peu adapté. La randomisation, la standardisation des traitements, l'aveugle, le choix de mesures d'efficacité pertinentes, posent ainsi de nombreuses difficultés de mise en œuvre. Le faible niveau de preuve retrouvé pourrait ainsi être lié à cette inadéquation, plutôt qu'à une faible efficacité des thérapies psychodynamiques.

Par ailleurs, l'évaluation des thérapies psychodynamiques par les études randomisées contrôlées produit des résultats difficilement transposables à la pratique clinique. La standardisation des traitements, la constitution de groupes de patients homogènes, l'exclusion des patients présentant des comorbidités sont autant de facteurs assurant la validité interne des études, mais limitant leur validité externe. Si elles permettent de démontrer une efficacité parfois controversée, les études randomisées contrôlées se révèlent inadaptées pour évaluer les thérapies psychodynamiques telles qu'elles sont réellement conduites. Par ailleurs, l'évaluation du processus analytique et de l'alliance thérapeutique ne peuvent être réalisées, le contexte expérimental étant à l'origine d'une distorsion de ces éléments. D'autres designs d'études semblent plus pertinents. Les études observationnelles permettent une évaluation en conditions de traitement réel, avec des durées de suivi importantes. La prise en compte des biais par des outils statistiques adéquats, une description rigoureuse et une évaluation de leur qualité méthodologique assurent à ces études une bonne validité interne. Les méthodes mixtes sont également intéressantes dans l'évaluation de l'efficacité des thérapies psychodynamiques. Mêlant évaluation qualitative et quantitative, elles permettent de quantifier les processus thérapeutiques et d'étudier les mécanismes de changement. Cette démarche intégrative aboutit à une évaluation multidimensionnelle des thérapies psychodynamiques.

Les études en réseaux de pratique clinique constituent une autre piste d'intérêt. Développées à partir de réseaux de soins existants et impliquant fortement les cliniciens, elles établissent un continuum entre recherche et pratique clinique. Dans l'évaluation des thérapies psychodynamiques, une telle complémentarité entre recherche et clinique permet de mener, en conditions de traitement réel, une recherche visant directement à améliorer la pratique clinique.

Les thérapies psychodynamiques, de par leur complexité, nécessitent le développement de méthodes de recherche adéquates, différentes des études randomisées contrôlées. Plusieurs méthodologies semblent pertinentes, parmi lesquelles les études observationnelles, qui peuvent porter sur des données quantitatives et qualitatives et être réalisées dans le cadre de réseaux de pratique clinique. Ces études permettent une évaluation multidimensionnelle, en conditions de pratique réelle. Au-delà du débat opposant psychanalyse et évaluation, les thérapies psychodynamiques apparaissent ainsi comme un domaine privilégié pour le développement de méthodes alternatives aux études randomisées contrôlées dans la recherche évaluative.

Bibliographie

American Psychological Association. Criteria for evaluating treatment guidelines. *Am Psychol*. 2002 Dec;57(12):1052-9. PMID: 12617064

Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun 19;328(7454):1490. PMID: 15205295

Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, Waldron S Jr. On the efficacy of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc*. 1991;39(4):871-916. PMID: 1800553

Briffault X, Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. Nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie: évaluation d'un protocole de recherche et proposition d'un dispositif méthodologique et technique. *L'Encéphale* 2007 ; 33 : 911-923.

Britton A, McKee M, Black N, McPherson K, Sanderson C, Bain C. Choosing between randomised and non-randomised studies: a systematic review. *Health Technol Assess*. 1998;2(13):i-iv, 1-124. PMID: 9793791

The Cochrane Collaboration, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. 2011 Higgins JPT, Green S (editors). Available from www.cochrane-handbook.org.

Concato J. Is it time for medicine-based evidence? *JAMA*. 2012 Apr 18;307(15):1641-3. PMID: 22511693

Concato J, Lawler EV, Lew RA, Gaziano JM, Aslan M, Huang GD. Observational methods in comparative effectiveness research. *Am J Med*. 2010 Dec;123(12 Suppl 1):e16-23. PMID: 21184862

Deeks JJ, Dinnes J, D'Amico R, Sowden AJ, Sakarovich C, Song F, Petticrew M, Altman DG; International Stroke Trial Collaborative Group; European Carotid Surgery Trial Collaborative Group. Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess*. 2003;7(27):iii-x, 1-173 PMID: 14499048

Despland Jean-Nicolas et al., « L'évaluation empirique des psychothérapies », *Psychothérapies*, 2006/2 Vol. 26, p. 91-95. DOI : 10.3917/psys.062.0091

Favereau E., Autisme : coups durs contre la psychanalyse, *Journal Libération*, 9 mars 2012

Falissard, B. Comprendre et utiliser les statistiques dans les sciences de la vie, 380 pages (3ème édition, Masson, Paris, 2005).

Haute Autorité de Santé, Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent

[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf)

[03/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/argumentaire_autisme_ted_enfant_adolescent_interventions.pdf) (consulté en juillet 2012)

Haute Autorité de Santé – ANESM 08 mars 2012 Questions /Réponses http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/questions_reponses_vdef.pdf (consulté en juillet 2012)

Inserm, Psychothérapies- Trois approches évaluées, Expertise Collective, éditions Inserm, 2004

Kantrowitz Judy L. Ph.D. (1997): A brief review of psychoanalytic outcome research, *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 17:S1, 87-101

Kazdin AE. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol.* 2008 Apr;63(3):146-59. PMID: 18377105

Klungel OH, Martens EP, Psaty BM, Grobbee DE, Sullivan SD, Stricker BH, Leufkens HG, de Boer A. Methods to assess intended effects of drug treatment in observational studies are reviewed. *J Clin Epidemiol.* 2004 Dec;57(12):1223-31. PMID: 15617947

Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Renlund C, Haaramo P, Hämäläinen T, Virtala E; Helsinki Psychotherapy Study Group. Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up. *J Affect Disord.* 2011 Jul;132(1-2):37-47. PMID: 21316768

Kunz R, Oxman AD. The unpredictability paradox: review of empirical comparisons of randomised and non-randomised clinical trials. *BMJ.* 1998 Oct 31;317(7167):1185-90. PMID: 9794851

Lancet editorial, Should protocols for observational research be registered? *Lancet.* 2010 Jan 30;375(9712):348. PMID: 20113809

Laplanche et Pontalis *Vocabulaire de la Psychanalyse* 1967, Presses Universitaires de France - PUF; 3e Édition (2 novembre 2004)

Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA.* 2008 Oct 1;300(13):1551-65 PMID: 18827212

Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Roger B, Beutel M. How to study the 'quality of psychoanalytic treatments' and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal.* 2003 Apr;84(Pt 2):263-90. PMID: 12856352

McKee M, Britton A, Black N, McPherson K, Sanderson C, Bain C. Methods in health services research. Interpreting the evidence: choosing between randomised and non-randomised studies. *BMJ.* 1999 Jul 31;319(7205):312-5. PMID: 10426754

Merkow RP, Ko CY. Evidence-based medicine in surgery: the importance of both experimental and observational study designs. *JAMA.* 2011 Jul 27;306(4):436-7 PMID: 21791695

Moher D, Jones A, Lepage L; CONSORT Group (Consolidated Standards for Reporting of Trials). Use of the CONSORT statement and quality of reports of randomized trials: a comparative before-and-after evaluation. *JAMA*. 2001 Apr 18;285(15):1992-5. PMID: 11308436

Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL. Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychol Bull*. 2000 Nov;126(6):964-81. PMID: 11107885

Newman MG, Castonguay LG. Contemporary challenges and new directions in psychotherapy: an introduction. *J Clin Psychol*. 1999 Nov;55(11):1321-3. PMID: 10599823

OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. Durieux N, Pasleau F, Howick J., Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653> (consulté en juillet 2012)

O'Leary KD, Borkovec TD. Conceptual, methodological, and ethical problems of placebo groups in psychotherapy research. *Am Psychol*. 1978 Sep;33(9):821-30. PMID: 707872

Rawlins M. De Testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *Clin Med*. 2008 Dec;8(6):579-88. PMID: 19149278

Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71-2. PMID: 8555924

Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy. A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal*. 2000 Oct;81 (Pt 5):921-42. PMID: 11109577

SPP 2012, site de la Société Psychanalytique de Paris, <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/la-psychanalyse/la-methode/> (consulté en juillet 2012)

Thurin M, Lapeyronnie B, Thurin JM. Mise en place et premiers résultats d'une recherche naturaliste en réseau répondant aux critères actuels de qualité méthodologique. *Bulletin de Psychologie* 2006 ; 59(6):591-603

Thurin JM, Thurin, Midgley N (2012): Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network, *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice*, DOI:10.1080/14733145.2012.696122

Thurin JM, Thurin M, Lapeyronnie B, et al, *Évaluer les psychothérapies Méthodes et pratiques*, Collection: *Psychothérapies*, Dunod 2007

Thurin JM. Peut-on faire de la recherche empirique en psychanalyse, pourquoi et sur quelles bases ? *Psychologie Clinique* 2005 ; 19 : 221-250.

von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet*. 2007 Oct 20;370(9596):1453-7. PMID: 18064739

Waldron S Jr. How can we study the efficacy of psychoanalysis? *Psychoanal Q*. 1997 Apr;66(2):283-322. PMID: 9154652

RESUME

Dans le domaine des psychothérapies psychodynamiques, la recherche évaluative selon les principes de l'Evidence-Based Medicine n'a produit à ce jour que peu d'études randomisées contrôlées (RCT). Ce faible niveau de preuve pourrait être lié à une certaine inadéquation des RCT dans ce contexte, plutôt qu'à une faible efficacité des thérapies. En effet, la réalisation de RCT dans ce domaine pose des difficultés méthodologiques, et la généralisabilité des résultats obtenus reste limitée.

D'autres types d'études paraissent plus pertinentes pour l'évaluation des thérapies psychodynamiques. Les études observationnelles permettent une évaluation multidimensionnelle en conditions de pratique réelle, ainsi qu'une mesure des processus thérapeutiques et des mécanismes de changement. La mise en œuvre des études observationnelles dans le cadre de réseaux de pratique clinique permet d'établir un continuum entre recherche et pratique clinique. Les résultats sont alors issus de la pratique clinique, et directement transposables à celle-ci. Différents exemples d'études évaluatives portant sur les thérapies psychodynamiques montrent l'intérêt d'une approche observationnelle intégrative. Cette approche associe des mesures qualitatives et quantitatives, dans des conditions de pratique réelle, avec une durée de suivi de plusieurs années.

Au-delà du débat opposant psychanalyse et évaluation, les thérapies psychodynamiques apparaissent ainsi comme un domaine privilégié pour le développement de méthodes alternatives aux RCT dans la recherche évaluative, permettant de passer du paradigme d'une Evidence-Based Medicine à celui d'une Medicine-Based Evidence.

MOTS-CLEFS

Evaluation / Recherche évaluative / Efficacité

Psychanalyse /Psychodynamique

Méthodologie

Validité interne

Validité externe / généralisabilité

Etudes randomisées contrôlées

Etudes observationnelles

Données mixtes quanti-qualitatives

Réseaux de pratique clinique

Université PARIS 5 – Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

15 rue de l'Ecole de Médecine 75270 Paris cedex 06

www.medecine.parisdescartes.fr