



Les psychothérapies ‘scientifiques’ : histoire d’un succès fou

Thierry Simonelli

Verachte nur Vernunft und Wissenschaft ...

L’étude empirique des résultats et des modes opératoires de la psychothérapie est au moins aussi ancienne que la profession du psychothérapeute elle-même. Dès le départ, ces études étaient intimement liées à la question de la scientificité de la psychothérapie. L’inventeur de la *profession* de psychothérapeute, Sigmund Freud, restait convaincu que la psychothérapie devait être une science ; tout en s’étonnant que ses cas cliniques se présentaient comme des romans.¹ Depuis lors, la discussion n’a plus cessé et les approches se sont diversifiées.

Ces travaux sont généralement inconnus du grand public, ce qui se comprend. Ils sont également inconnus des décideurs politiques, ce qui se comprend aussi, mais ce qui pose des problèmes quand ces derniers légifèrent en référence à certaines de ces recherches, comme s’il s’agissait de références incontestées et établies une bonne fois pour toutes.

Or, il existe un modèle d’étude qui, contrairement à tous les autres, a connu un succès public et politique assez étonnant, et qui a donné lieu à des « *Empirically Supported Treatments* » (EST).

¹ « [...] es berührt mich selbst noch eigentümlich, daß die Krankengeschichten, die ich schreibe, wie Novellen zu lesen sind, und daß sie sozusagen des ernststen Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren. » (Freud S. (1952, 1999) *Gesammelte Werke I*, p. 227.)

Ainsi, les auteurs du projet de loi luxembourgeois sur les psychothérapies expliquent le choix des thérapies devant être reconnues par le législateur en référence à ce modèle². La loi devrait favoriser les psychothérapies validées de cette manière, car elles représenteraient les seules formes d'intervention scientifiques. Il s'ensuit, bien évidemment, que toute autre forme de thérapie, qu'elle ait ou non été étudiée par une autre procédure empirique ne serait donc pas scientifique : elle serait une simple charlatanerie. Prétendre parler au nom de la science donne en effet ce semblant de légitimité que le public applaudit. En même temps, qui parle au nom de la science disqualifie d'emblée toute critique comme non-scientifique, voire comme irrationnelle.

Un bref historique des EST

Au sein de la communauté *scientifique*, ce modèle des EST reste évidemment soumis à des critiques assez virulentes.

L'idée des *Empirically Supported Treatments* (EST) a initialement été développée en 1995 par la 12^{ème} division de l'Association Psychologique Américaine (APA), la division des psychologues cliniciens.

La préhistoire immédiate des EST commence quand le groupe pharmaceutique Eli Lilly and Co commercialise le chlorhydrate de fluoxétine sous le nom de Prozac (en 1987). Du fait de ses effets escomptés sur les dépressions, le Prozac lance la grande mode des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (les antidépresseurs dits de seconde génération). Le marketing excessivement efficace du produit propageait rapidement la conviction (erronée) que le secret neurobiologique de la dépression avait désormais été percé et que la dépression devenait dès lors une 'maladie' chimiquement curable. Mais si les déprimés allaient vivre heureux depuis, les psychologues commencèrent à déprimer.

Car les assurances maladie menaçaient de retirer leurs remboursements aux psychothérapies dont les preuves d'efficacité semblaient incompatibles avec la bonne gestion des risques financiers. Aux psychothérapeutes donc d'apporter les preuves 'scientifiques' d'un investissement rentable.

² Projet de loi N° 6578 portant création de la profession de psychothérapeute (Session ordinaire 2012-2013), p. 11 : « Il existe donc bel et bien des „*Empirically Supported Treatments*“ au compte de l'une ou de l'autre ou de plusieurs des orientations psychothérapeutiques majeures. »

Ainsi, le concept des EST était d'emblée liée à la question du « *cost containment* », l'un des axes fondamentaux du « *disease management* ». Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le qualificatif 'scientifique' constitue donc avant tout autre chose la condition d'admissibilité à l'entrée sur le marché du *disease management*.

À ce défi, les psychothérapeutes répondirent par une idée simple, intelligente et politiquement efficace : comme la commercialisation pharmaceutique avait déjà réussi auprès des politiques et des assureurs, il suffisait d'utiliser les mêmes arguments de vente.

La naissance des psychothérapies dites 'scientifiques'

Autrement dit, il fallait s'aligner sur le principe fondamental des « essais randomisés contrôlés » de la recherche pharmacologique.³ L'idée de base en est assez simple : pour prouver qu'une molécule a un effet souhaité, on répartit au hasard une 'population' de patients qualifiés par un même diagnostic en deux groupes. La molécule sera administrée à un de ces groupes, alors que l'autre ne reçoit qu'un substitut inactif. Pour éviter tout biais subjectif, ni les patients, ni les médecins ne savent laquelle des pilules prescrites est la bonne. C'est le principe du « double aveugle ».

Les *Empirically Supported Treatments* seraient donc ces types de thérapie qui auraient démontré leur « efficacité » dans ce type d'études, c'est-à-dire les études calquées sur le modèle des études randomisées contrôlées.

Or, ce qui dans la recherche médicale et pharmacologique s'avère parfois bien compliqué pour les maladies somatiques, devient un sérieux casse-tête pour les psychopathologies. D'une part, ces dernières posent de multiples problèmes de diagnostic. D'autre part, l'étude randomisée contrôlée des psychothérapies se heurte à des obstacles insurmontables.

Nombre de diagnostics psychopathologiques paraissent simplement arbitraires ou transis de normes sociales et morales. De même, peu de 'troubles' mentaux diagnostiqués se présentent sous la belle forme des entités morbides isolées des manuels de psychopathologie. En règle générale ils existent dans des rapports plus ou moins complexes avec

³ Il ne s'agit pas ici de remettre en question le modèle des essais randomisés contrôlés en général, dans leur usage en médecine et dans la recherche pharmacologique. Je voudrai juste montrer le non-sens de l'application de ce modèle à la recherche en psychothérapie.

d'autres 'troubles'⁴. Les problèmes de la dépression ou de l'anxiété, par exemple, s'avèrent donc autrement plus complexes que ceux de l'arthrose de la hanche ou du 'manque' supposé de sérotonine dans le cerveau.

Quant aux obstacles insurmontables, en voici quelques exemples : l'application du « double aveugle » en psychothérapie supposerait un thérapeute administrant un dosage X de thérapie A ou B, sans savoir ce qu'il fait.

Or, étant donné l'impossibilité d'une telle situation, il faudra circonscrire de la manière la plus détaillée l'intervention du thérapeute ; c'est ce qu'on désigne de traitement selon manuel (« traitement manualisé »). De ce fait, le thérapeute devra suivre ligne par ligne les instructions pré-rédigées d'un mode d'emploi, et n'en dévier en aucun cas, pour aucune raison. Aussi faudra-t-il sérieusement limiter le nombre des interventions thérapeutiques, car tout thérapeute qui vaut ses honoraires a tendance à adapter son intervention aux spécificités individuelles de son patient.

Autre exemple : le thérapeute ne devrait présenter aucune préférence personnelle pour une quelconque forme de thérapie, car il est connu depuis bien longtemps combien de telles convictions comptent dans les résultats de son intervention. Pour ces études, il faudrait donc trouver des thérapeutes qui seraient rigoureusement indifférents et neutres quant à leur propre activité. Cherchez toujours ...

En résumé, les conditions requises pour le modèle des essais randomisés contrôlés – le diagnostic et le « double aveugle » - requièrent un nombre d'arrangements tel que les résultats en restent plus ou moins aléatoires. Aucun outil mathématique, aussi raffiné soit-il, ne permet de compenser les inconsistances du mesurage.

La scientificité problématique des études empiriques

Il faut reconnaître que les auteurs de ces études ont eux-mêmes reconnu les problèmes scientifiques et épistémologiques de leur approche.⁵ Les critiques généralement retenues sont les suivantes :

⁴ Ainsi, l'étude néerlandaise des dépressions et anxiétés de 2011 estime le taux de comorbidité chez les personnes atteintes de troubles dépressifs et des troubles anxieux à 75%. Voir Lamers, F. *et alii* (2011). « Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). » *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341–348.

1. Les résultats issus de ces études ne sont pas automatiquement transposables au contexte clinique réel. L'efficacité (*efficacy*) empirique d'une *étude* sous les conditions mentionnées n'est pas à confondre avec l'efficacité (*efficiency*) réelle d'une *thérapie* sous des conditions naturelles, c'est-à-dire au cabinet ou à l'hôpital.
2. Les études EST reprennent, sans autre réflexion méthodologique ou clinique le modèle des études en pharmacologie. Cette imitation aveugle ne convainc ni par sa légitimité épistémologique, ni par ses qualités scientifiques.⁶
3. Ces études reposent sur l'approche psychopathologique descriptive préconisée par le manuel diagnostique de l'Association Américaine de Psychiatre. Or, le caractère scientifique et la légitimité clinique de cette approche sont de plus en plus largement contestés, autant par la psychiatrie américaine que par la psychiatrie européenne.⁷
4. Les études EST témoignent d'un biais de sélection important des patients. Elles requièrent des diagnostics mono-symptomatiques peu répandus et, suivant certaines critiques, reposent sur des biais culturels et ethniques problématiques. De ce fait, elles ne sont donc pas vraiment randomisées.
5. Les critères postulés par ces études impliquent un biais évident en faveur des thérapies brèves, opérant selon la règle des thérapies comportementales et cognitives. Sans surprise, on ne trouvera aucune thérapie non-directive ou introspective telle que la psychanalyse, la Gestalt-thérapie, la thérapie systémique, etc., sur les listes des EST.
6. Les variables étudiées dans les études des EST ne représentent qu'une petite partie des facteurs contribuant aux résultats des psychothérapies. Certains auteurs évaluent l'impact statistique des ces facteurs étudiés par les EST à 10%. Les facteurs relationnels (dont l'impact sur les

⁵ Voir p.ex. Norcross, J. C. (1999). « Collegially Validated Limitations of Empirically Validated Treatments. » *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 472–476.

⁶ « ... science is about examining all the evidence, not just the results from particular designs. » Westen, D., & Bradley, R. (2005). « Empirically Supported Complexity Rethinking Evidence-Based Practice in Psychotherapy. » *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266–271.

⁷ En témoigne notamment l'initiative « Stop DSM » (<http://www.stop-dsm.org>), Voir aussi l'article paru dans *Libération* (9 mai 2013, http://www.liberation.fr/societe/2013/05/07/fronde-contre-la-psychiatrie-a-outrance_901586).

résultats est évalué jusqu'à 20%) et l'investissement personnel patients (de 25-30%) restent ignorés par cette approche.⁸

7. Sur le plan professionnel, l'application du modèle des EST à la pratique réelle et à la formation en psychothérapie ferait que chaque thérapeute serait idéalement spécialisé dans un type d'intervention thérapeutique, applicable à un type de diagnostic mono-symptomatique. Si de tels psychothérapeutes répondraient aux critères 'scientifiques' du modèle des études empiriques, ils se montreraient incapables d'intervenir comme thérapeutes dans les situations cliniques réelles.
8. Les études des EST font systématiquement abstraction de toute réflexion sur le contenu, le sens, la pertinence méthodologique ou le fondement théorique (s'il y en a) des thérapies, et ce au bénéfice de la seule quantification de « résultats » abstraits, obtenus sous les conditions problématiques mentionnées. Dès lors, rien n'empêche *a priori* le sermon du dimanche de se qualifier comme psychothérapie scientifique.

Par-delà les EST

En réaction à ces critiques, la division 29 (psychothérapie) de l'Association américaine de psychologie a mis en place sa propre *Task force* dès 2002. Partant d'une approche tout à fait différente, il ne s'agissait pas tant de vérifier des efficacités différentielles par des études de laboratoire, mais d'identifier les « facteurs de changement » réels, indépendamment des types de thérapies administrées. Partant d'une étude ayant évalué l'efficacité de la *qualité du rapport* thérapeute-patient jusqu'à 70%, la 29^{ème} division a donc propagé une liste des « *Empirically Supported Relationships* » (ESR).

Sans surprise, les critiques des ESR restent, en grande partie, identiques aux critiques des EST. De même que les EST, les ESR n'ont pas non plus su, jusqu'à ce jour, fournir les lignes directrices d'une implémentation pratique de leurs résultats au travail quotidien des thérapeutes.

Suite à ces difficultés, une troisième *Task force* a été formée au sein de l'APA pour apporter une résolution diplomatique au conflit. En 2005, cette *Task force* propose un modèle synthétique nommé « *Evidence Based*

⁸ Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). « Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. » *Journal of counseling psychology*, 38(2), 139.

Practice in Psychotherapy » (EBPP). Bien évidemment, les critiques de ce modèle ne font que récapituler les apories, les inconsistances et les effets paradoxaux des *Empirically Supported Relationships et Treatments* qu'elles entendent synthétiser.

Aucun de ces trois modèles, loin s'en faut, n'a donc su à ce jour faire l'unanimité ne serait-ce qu'au sein de la seule Association Américaine de Psychologie. C'est la raison pour laquelle certains auteurs en ont appelé à oublier ces revendications impossibles et à opter pour le projet plus réaliste des « *Empirically Informed Therapies* ». Il s'agirait là de psychothérapies qui tiendraient compte d'informations scientifiques pertinentes, sans pour autant être rabattues au modèle d'études empiriques, opérant sous des conditions contrôlées artificielles.

En réalité, il existe un grand nombre de méthodes empiriques d'évaluation.⁹ Chacune de ces méthodes permet, dans le meilleur des cas, d'éclairer certains aspects de certains types de thérapies, de contribuer aux discussions scientifiques, et parfois même aux questions cliniques concrètes du travail quotidien avec des patients.

La prétention, par contre, d'ériger une méthode d'évaluation empirique en mode d'emploi universel du *traitement* reste scientifiquement insensée et cliniquement folle.

⁹ À titre d'exemple concret, on trouvera une liste non-exhaustive des différents types d'études et de méta-études empiriques au seul sujet de la psychanalyse à l'adresse suivante : http://www.apsa.org/Programs/Research/Empirical_Studies_in_Psychoanalysis.aspx.