



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

La pratique des psychologues à l'ère des données probantes. État des lieux d'une crise paradigmatique[☆]

The practice of psychologists in the age of evidence-based practice. An overview of a paradigm crisis

Conrad Lecomte

Université de Montréal, Montréal, Canada

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :
Ef@cacité
Psychothérapeute
Psychothérapie
Recherche
Traitement

Keywords:
Ef@cacy
Psychotherapist
Psychotherapy
Research
Treatment

R É S U M É

Peu de sujets en psychologie clinique et en psychothérapie soulèvent autant de controverses que celui des pratiques fondées sur les données probantes. Les associations professionnelles de psychologie et les instances de gouvernance de services en santé mentale de plusieurs pays préconisent une pratique de la psychothérapie fondée sur l'intégration des résultats de recherche les plus probants, de l'expertise clinique du psychothérapeute et des préférences du patient. Se pose la question de savoir sur quelles données probantes fiables le psychothérapeute peut s'appuyer pour faire des choix éclairés afin d'intervenir de manière pertinente et rigoureuse. En promulguant une liste de traitements thérapeutiques dits efficaces, dont la majorité sont cognitivo-comportementaux, la société de psychologie clinique de l'APA en 1998 a suscité une polémique complexe aux multiples ramifications. Malgré de nombreuses tentatives pour contextualiser ces résultats, les traitements d'orientation cognitivo-comportementale continuent de bénéficier d'un biais scientifique non justifié. Quand des résultats de recherche ont des incidences aussi importantes sur la pratique et la formation des psychothérapeutes, il devient impérieux de les examiner attentivement ; d'étudier leurs méthodes et leurs mesures pour en vérifier la validité et la fidélité. Que savons-nous précisément de l'efficacité de ces traitements dits étayés empiriquement ? Dans l'état actuel de nos connaissances, peut-on déclarer des traitements supérieurs à d'autres ? Quels sont les facteurs explicatifs de l'efficacité ? Une réanalyse des résultats de recherche permet de conclure à l'influence déterminante du psychothérapeute pour expliquer la variabilité des résultats bien au-delà des traitements spécifiques. Les implications pour la pratique et la recherche sont analysées.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

A B S T R A C T

The scope of this debate is considerable, as the findings of these studies directly influence the training of psychotherapists and their clinical practice. When it comes to adopting therapeutic approaches based on research findings, it is essential to ensure that the methods used to measure treatment efficacy are valid and reliable. This raises crucial questions : what do we really know about the efficacy of treatments described as "empirically supported"? Do the available data allow us to declare certain treatments superior to others? What are the key variables that explain therapeutic outcomes? Few topics in clinical psychology and psychotherapy generate as much debate as that of evidence-based practice. Professional associations and mental health governing bodies in many countries advocate an approach based on the integration of the best available research evidence, the psychotherapist's clinical expertise and the patient's preferences. This approach aims to ensure that interventions are both relevant and rigorous. However, a key question remains: what reliable data can psychotherapists rely on to guide their clinical choices in an informed manner? A thorough re-analysis of the research reveals that the determining

Adresse e-mail : conrad.lecomte@umontreal.ca.

* Colloque de l'École de Psychologues Praticiens des 6 et 7 juin 2024.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2025.06.014>

0003-4487/© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires.

factor in the variability of therapeutic outcomes is not so much the treatment itself as is the role of the psychotherapist. The therapist's skills, empathy and ability to establish a solid therapeutic alliance have a far more significant impact on outcomes than the choice of a specific approach. This finding calls into question the idea that one therapeutic model might be more effective or superior to another. The implications of this perspective are far-reaching. From the point of view of practice, the training of psychotherapists needs to be reoriented to place greater emphasis on the development of relational and interpersonal skills. In terms of research, more nuanced studies are needed, studies that explore not only therapeutic models but also the complex interactions between therapist, patient and care context.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

1. Introduction

À une époque où les psychothérapeutes sont de plus en plus invités à non seulement démontrer leur efficacité, mais plus encore leur rentabilité, la problématique de l'efficacité thérapeutique prend une importance accrue [2,7]. De nombreuses métaanalyses [36] ont clairement démontré l'efficacité générale et la rentabilité de la psychothérapie pour un grand nombre de conditions cliniques. La psychothérapie permet de réaliser des économies substantielles, et cela pour des pathologies très variées. Les résultats de la recherche empirique démontrent que l'efficacité des diverses psychothérapies est comparable. Dans une culture d'efficacité, d'efficience et de rentabilité, la recherche d'un traitement qui serait supérieur aux autres devient inévitablement un enjeu majeur [27]. Dans les années quatre-vingt-dix, à la suite d'essais randomisés portant sur des troubles spécifiques, des traitements majoritairement cognitivo-comportementaux sont déclarés efficaces. Une confusion et un débat s'installent quand certains concluent que seuls ces traitements seraient considérés efficaces [7]. Malgré les critiques méthodologiques de chercheurs reconnus et les tentatives d'associations professionnelles pour contextualiser et nuancer ces résultats de recherche [27], rien n'y fait [7]. Encore aujourd'hui, des questionnaires de services de santé mentale dans plusieurs pays continuent de privilégier certains traitements au détriment de traitements ayant une efficacité comparable. Quand des résultats de recherche influencent la pratique, la formation et les décisions administratives, il devient impérieux d'en examiner attentivement la validité pour déterminer ce à quoi les recherches permettent vraiment de conclure [36,27].

Un premier survol de la littérature scientifique portant sur l'efficacité de la psychothérapie présente des positions contrastées. D'un côté, des chercheurs affirment que les seules données probantes étayées empiriquement pour expliquer l'efficacité sont celles relatives à des techniques psychologiques spécifiques visant des troubles spécifiques. D'un autre côté, d'autres chercheurs soulignent, preuves à l'appui, que l'efficacité de la psychothérapie est d'abord liée à des facteurs comme la relation thérapeutique, les caractéristiques du psychothérapeute et du patient [36]. Sous-jacents à ce débat se jouent des enjeux épistémologiques au sujet de la méthode de recherche susceptible d'être la plus rigoureuse et la plus pertinente pour étudier la psychothérapie. Pour certains, le pluralisme méthodologique devrait prévaloir pour évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique, alors que pour d'autres, les seuls résultats de recherche fiables et valides sont ceux obtenus par des études randomisées où les caractéristiques du psychothérapeute, du patient et de la relation sont aseptisées par l'homogénéisation et la randomisation.

2. Les données probantes : état des lieux

Pour éclairer et comprendre ce débat, il semble nécessaire de le mettre en contexte en rappelant brièvement l'histoire de son

développement. La recherche sur l'efficacité des psychothérapies a connu quelques phases importantes en fonction de questions et de préoccupations spécifiques de différentes époques.

3. La psychothérapie est-elle efficace ?

À la suite d'une recherche effectuée en 1952, Eysenck [27] affirme que la psychothérapie n'est pas plus efficace que le simple passage du temps. Cette affirmation déclenche une série de recherches pour tenter de démontrer l'efficacité de la psychothérapie au-delà de la seule récupération spontanée. Cette première phase atteint son point culminant avec la première méta-analyse réalisée par Smith et Glass en 1977 [29]. Les auteurs concluent sans équivoque à l'efficacité de la psychothérapie. Les personnes qui consultent démontrent des améliorations de 70 à 80 % supérieures à celles qui n'ont pas suivi une psychothérapie.

4. Certaines psychothérapies sont-elles plus efficaces ?

La première question conduit rapidement à en poser une seconde : y a-t-il une psychothérapie plus efficace que les autres ? La première méta-analyse [30] conclut à une efficacité comparable de dix approches de psychothérapie : résultat inattendu. Dans les années quatre-vingt-dix, l'arrivée d'une nouvelle génération de traitements pharmacologiques a remis en question la valeur de la psychothérapie. S'inspirant de la méthodologie biomédicale pour démontrer l'efficacité d'un médicament, des essais cliniques randomisés sont mis en place pour démontrer l'efficacité de traitements psychologiques spécifiques pour des troubles spécifiques. La psychothérapie connaît un moment fort quand des études comparatives démontrent une efficacité équivalente des traitements psychologiques à celle des traitements psychopharmacologiques. Des traitements psychologiques sont alors classifiés selon une hiérarchie d'évidence consacrant les essais cliniques randomisés au sommet, alors que l'étude de cas est au bas de l'échelle. Une liste de traitements, dits étayés empiriquement, pour des troubles spécifiques est alors publiée. La majorité est de nature cognitivo-comportementale [7]. Plusieurs concluent prématurément que les traitements de cette liste sont les seuls traitements efficaces. Le débat est engagé. Des chercheurs soulignent que produire une abondance de recherches démontrant la supériorité d'un traitement cognitivo-comportemental à des conditions de contrôle comme une liste d'attente, un placebo ou un traitement usuel, ne permet pas de conclure à sa supériorité à d'autres traitements. Il était à prévoir qu'une phase de prescription suivrait. Ce fut le cas. Avec l'objectif d'offrir des traitements dont l'efficacité a été démontrée, c'est souvent de bonne foi qu'une forte majorité du corps médical, des assureurs, des programmes d'aide aux employés et de plusieurs organismes publics recommandent en priorité ces traitements à leurs patients. Certains en font même une question d'éthique [20] en considérant ces traitements comme les seuls ayant une valeur scientifique.

Dans ce contexte de tensions, il est démontré clairement que lorsque des traitements psychothérapeutiques structurés « *bona fide* » c'est-à-dire des traitements fondés sur des principes psychologiques avec des visées thérapeutiques et appliqués par des psychothérapeutes compétents, et que l'allégeance théorique des chercheurs est contrôlée, leur efficacité est comparable [36]. Plus précisément, lorsque des traitements psychothérapeutiques spécifiques « *bona fide* » sont comparés, il n'y a pas de différences significatives observées dans le traitement de troubles spécifiques. Dans ce contexte d'efficacité équivalente des traitements, plus on tient compte des préférences et des besoins des patients, non seulement on observe moins d'abandons, mais le traitement se révèle plus efficace. La pluralité des traitements, dès qu'elle respecte la diversité des préférences des patients, contribue à améliorer l'efficacité [18].

Malgré cette démonstration rigoureuse d'une efficacité équivalente et même si, depuis, d'autres traitements psychothérapeutiques ont été déclarés efficaces [27], sur le terrain, des chercheurs et des décideurs persistent à conclure que l'abondance des recherches liées à une seule approche la rend supérieure. Une telle position non seulement ne correspond pas aux résultats de recherche les plus probants, mais plus encore, va à l'encontre de la position officielle d'associations professionnelles comme l'APA [2]. Cette situation continue d'engendrer confusion et tensions inutiles, voire contre-productives entre les tenants de différentes approches thérapeutiques. Alors que de nombreuses méta-analyses rigoureuses démontrent l'équivalence d'efficacité entre les approches [36], il est difficile de justifier les lignes directrices des guides de traitement de plusieurs pays soulignant que les traitements cognitivo-comportementaux sont supérieurs aux autres traitements. On peut citer l'exemple le plus paradoxal, soit celui du guide de l'APA pour le traitement du stress post-traumatique (TSPT) produit en 2019. Alors que l'APA, dans son positionnement orienté vers une pratique fondée sur des données probantes, souligne l'équivalence d'efficacité des traitements, le guide pour le TSPT [3], lui, priorise les traitements cognitivo-comportementaux. Un débat virulent s'ensuit et persiste [23].

5. Quels sont les facteurs explicatifs de l'efficacité ?

Bien que l'efficacité de plusieurs traitements psychothérapeutiques soit reconnue, il est plus difficile d'en dégager les facteurs explicatifs. Il n'est pas suffisant de constater que la psychothérapie est efficace, il est crucial d'en connaître le pourquoi et le comment. Comment expliquer l'équivalence de l'efficacité de traitements aussi contrastés ? Que dire du fait qu'après plus de 721 méta-analyses [36], les résultats de la première méta-analyse de Smith et Glass [29] sont sensiblement demeurés les mêmes au fil des années. De 70 à 80 % des personnes manifestent une amélioration significative. La psychothérapie n'a produit aucun effet significatif pour 20 à 30 % des personnes. Plus encore, de 5 à 15 % rapportent des effets négatifs, voire une détérioration surtout liée aux caractéristiques et aux variables relationnelles du psychothérapeute.

Dans une analyse méthodologique méticuleuse de l'efficacité des traitements reconnus comme validés empiriquement, on démontre qu'en moyenne les patients traités demeurent symptomatiques malgré des résultats statistiques significatifs [37]. Dans l'analyse des traitements spécialisés pour le trouble des états limites, on constate que 50 % des patients ne répondent pas à ces traitements spécialisés et scientifiquement validés [39]. Autant dans l'étude de l'efficacité des traitements auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves que de troubles de la personnalité, de plus en plus de recherches démontrent que la rémission symptomatique, même si elle est significative, ne prédit pas les changements personnels ni interpersonnels [30]. Plus

encore, un constat s'impose de plus en plus, soulignant l'écart entre les résultats de recherche fondés sur des méthodes objectives et quantitatives et les résultats de recherches qualitatives centrées sur l'expérience perçue et vécue des patients [30]. En accordant une place prioritaire aux essais randomisés avec en point de mire le modèle médical et sa logique de l'efficacité des médicaments, un traitement psychothérapeutique est déclaré comme empiriquement validé lorsqu'il produit des résultats supérieurs à un traitement placebo ou à un traitement alternatif, et lorsque cette supériorité est attestée dans au moins deux recherches différentes. Ce traitement se réalise avec l'aide d'un manuel précisant non seulement les techniques spécifiques à utiliser pour tels problèmes spécifiques, mais aussi la marche à suivre. Privilégiant la validité interne, cette méthodologie s'appuie sur une opérationnalisation qui vise à homogénéiser les psychothérapeutes et les patients pour vérifier l'effet de traitements spécifiques. De telles bases de validation de l'efficacité ignorent la variabilité des psychothérapeutes et des patients, tout comme elles ignorent l'influence de la relation thérapeutique.

Dans une méta-analyse s'appuyant sur des critères rigoureux [7], il est démontré que dès que l'on cherche à étudier la variabilité des résultats obtenus en tenant compte des psychothérapeutes, le facteur le plus important pour expliquer la variabilité des résultats thérapeutiques est sans contredit le psychothérapeute. Résultat pour le moins déstabilisant, considérant que la majorité des recherches repose sur le postulat de l'uniformité des psychothérapeutes. Non seulement certains psychothérapeutes sont plus efficaces que d'autres, mais ils sont, en outre, responsables de l'efficacité d'ensemble obtenue. Quel que soit le traitement utilisé, certains psychothérapeutes démontrent une efficacité supérieure alors que chez d'autres, l'inverse est observé [19,24]. À ce stade des connaissances, des auteurs arrivent à la conclusion que 15 à 20 % des psychothérapeutes démontrent une efficacité supérieure et stable, et que 15 à 20 % des psychothérapeutes, à l'inverse, affichent une efficacité inférieure de façon stable [6]. Ces effets deviennent encore plus prononcés lorsqu'on prend en compte le degré de sévérité de la détresse. Des psychothérapeutes obtiennent des effets de détérioration de l'ordre de 19 % avec 160 patients, alors que d'autres obtiennent un taux de 1 % de détérioration avec plus de 300 patients [6]. Certains patients connaissent des améliorations jusqu'à 50 % supérieures et un taux d'abandon de 50 % moins élevé avec certains psychothérapeutes. Ainsi, malgré tous les efforts pour annuler la variabilité attribuable à l'influence du psychothérapeute en utilisant des manuels systématiques de formation et d'intervention, le psychothérapeute contribue largement à expliquer la variabilité des résultats obtenus dans toute démarche thérapeutique, quelle que soit l'approche [6]. Paradoxalement, à tenter d'homogénéiser les psychothérapeutes, les patients et leur relation pour assurer la validité interne, on se condamne à n'expliquer qu'une faible portion de l'ensemble de la variabilité du changement thérapeutique [19].

De tels résultats ont d'importantes implications, autant pour la recherche, la formation que pour la pratique. Au lieu de rechercher quel traitement spécifique est le plus efficace pour tel trouble spécifique, la question devient « Quel psychothérapeute appliquant tel traitement pour tel trouble est le plus efficace ? ». De ce point de vue, il reste à savoir quels aspects de cette contribution du psychothérapeute sont les plus porteurs d'un changement significatif.

6. La prise en compte de la contribution du psychothérapeute

En premier lieu, il est important de reconnaître que cette question ne prend tout son sens que dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire des contributions du psychothérapeute, du patient et du traitement avec ses techniques spécifiques. Ce

changement de paradigme permet de constater que nous sommes encore loin des changements épistémologiques nécessaires pour que les protocoles trop restrictifs cèdent suffisamment de terrain afin d'arriver à bien représenter la complexité des interactions non linéaires des caractéristiques du psychothérapeute, du patient, de la relation et des techniques.

Depuis quelques années, de plus en plus de recherches visent en particulier à préciser qui sont et que font les psychothérapeutes reconnus scientifiquement comme plus efficaces [20]. Pour ce faire, on a invité des chercheurs-psychothérapeutes à présenter les résultats de leurs investigations. Ce groupe de réflexion réunissant 19 chercheurs-cliniciens reconnus pour leur expertise en psychothérapie a dressé le profil des compétences fondamentales caractérisant les psychothérapeutes efficaces [6] :

- d'abord et avant tout, les psychothérapeutes efficaces démontrent une capacité à établir et à maintenir une relation tout au long du traitement ;
- plus précisément, ils savent gérer l'interaction constante et non linéaire de la relation et de l'application d'un traitement ;
- pour assurer une relation optimale tout au long du processus thérapeutique, ils s'engagent radicalement dans le processus de réparation des ruptures relationnelles inévitable ;
- pour assurer la réceptivité et l'intégration, ces psychothérapeutes manifestent une grande flexibilité interpersonnelle, cognitive et affective pour ajuster sur mesure le processus d'intervention aux besoins et préférences du patient ;
- pour faciliter la régulation somato-affective des patients en difficulté et traiter les tensions de résistance et d'ouverture au changement, ces psychothérapeutes arrivent à tolérer, réguler et mentaliser leurs propres expériences affectives et celles du patient ;
- le développement de leurs compétences est intimement lié au développement d'une conscience réflexive de soi et de l'autre en interaction.

Bref, l'analyse de l'ensemble de la littérature suggère que les psychothérapeutes les plus efficaces offrent des interventions optimales facilitant le changement thérapeutique lorsqu'ils sont en contact réflexif avec leurs expériences émotionnelles, sensibles au contexte interactif et attentifs à l'expérience subjective du patient. Tout en maîtrisant des théories, des techniques et des traitements, ils savent les utiliser sans rigidité, toujours prêts à les adapter, afin de favoriser la rencontre et le processus de changement thérapeutique [6,19,22,28]. Poussant plus loin l'analyse de la variabilité des psychothérapeutes, on peut observer qu'une minorité de psychothérapeutes maîtrise les compétences fondamentales qui caractérisent les psychothérapeutes efficaces. Ainsi, les psychothérapeutes varient considérablement dans leur capacité à établir et maintenir une alliance thérapeutique [4,12]. La majorité des psychothérapeutes éprouvent des difficultés à traiter et à réparer les ruptures relationnelles inévitables [12,26,25]. De plus en plus de recherches soulignent qu'un grand nombre de psychothérapeutes ne parviennent pas à tolérer et à réguler des expériences somato-affectives intenses vécues avec des patients en difficulté. Quand des psychothérapeutes vivent à répétition des difficultés à établir un lien de confiance et vivent des expériences de dysrégulation somato-affective, la pratique de la psychothérapie risque alors de conduire à l'épuisement professionnel [10].

7. Un paradigme de la complexité qui s'impose en psychothérapie

Bien qu'on observe un développement vertigineux de techniques et d'approches, le taux d'efficacité de la psychothérapie est

resté à peu près le même depuis la première méta-analyse de Smith et Glass en 1977 [29], comme rappelé *supra*. Considérant que près de 50 % des recherches empiriques présentent d'importantes lacunes méthodologiques [9,32], qu'à peine 7 % des méta-analyses ont des effets non biaisés, que les traitements empiriquement validés ont des effets durables pour environ 33 % des patients [37], que les techniques spécifiques n'expliquent pas la variabilité des résultats obtenus [36], et que 50 % des patients avec un trouble de personnalité limite ne démontrent pas de changements significatifs à la suite des traitements spécialisés empiriquement validés [39], le temps semble venu de réviser le paradigme de la recherche en psychothérapie [35]. Au lieu d'imposer une approche méthodologique de recherche à la pratique thérapeutique, l'inverse semble essentiel, c'est-à-dire identifier une méthodologie adaptée à la réalité clinique. Au lieu de chercher à annuler et uniformiser l'expérience du psychothérapeute, du patient et de leur relation comme propose la logique des essais cliniques randomisés, il semble crucial de passer d'une épistémologie réductionniste à une posture permettant de représenter la réalité clinique de mondes d'expériences subjectives en interaction.

L'analyse de la variabilité des résultats en psychothérapie permet de conclure que la mesure de l'efficacité thérapeutique prend son sens dans l'étude complexe, dynamique et non linéaire de leur interaction, pour un processus d'intervention ajusté sur mesure aux besoins et préférences du patient. Comment étudier de façon valide l'interaction complexe des caractéristiques du psychothérapeute, du patient, de leur relation et des techniques spécifiques ? Ces facteurs sont indissociables. Dans ce contexte, le grand défi sera sans doute de reconnaître l'influence omniprésente du psychothérapeute et de la relation dans tout processus d'intervention, quelle que soit l'approche. Dans une telle perspective, il devient impossible d'étudier les facteurs liés à la technique en dehors du contexte relationnel dans lequel ils se produisent [23,4]. L'efficacité d'une intervention est largement influencée par le contexte relationnel dans lequel elle est menée, comme le démontrent de nombreuses études [22]. L'interaction constante des variables du psychothérapeute, du patient, de leur relation, du processus thérapeutique et des variables contextuelles, ajoutée au caractère profondément subjectif et intersubjectif de la situation psychothérapeutique, appelle à une réévaluation des méthodes de recherche.

Plusieurs auteurs ont récemment proposé un pluralisme méthodologique [16,13] fondé sur la complémentarité des différents devis de recherche. En plus d'intégrer les études de cas unique aux comparaisons de groupe, d'autres cherchent à combiner la recherche quantitative à la recherche qualitative. Ils soulignent que les notions de triangulation, de validité convergente et discriminante et de matrice trait-méthode-observateur sont applicables autant dans les méthodes quantitatives que qualitatives. Tout en reconnaissant la pertinence d'une stratégie complexe et diversifiée utilisant des méthodes classiques et d'autres idiographiques, il est crucial de souligner les limites de chacune de ces méthodes dans la validation de la psychothérapie. Dans tous les cas de figure, il semble essentiel de reconnaître qu'aucun protocole expérimental standardisé ne peut prétendre représenter fidèlement la réalité clinique et la singularité de l'expérience humaine. Pour démontrer l'intérêt potentiel de tout programme de recherche psychothérapeutique, il semble nécessaire de se rapprocher particulièrement de la clinique réelle des praticiens. Au premier plan, instaurer la reconnaissance primordiale du savoir clinique, issu de la méthodologie herméneutique et constructiviste. Les pistes explorées ci-haut, à savoir la pluralité de méthodes de recherche, à la fois classiques et idiographiques, pourraient permettre de s'approcher de l'essence du processus psychothérapeutique, du vécu du psychothérapeute et du patient en interaction. Il devient ainsi méthodologiquement

concevable de rejoindre des critères scientifiques reconnus en tenant compte de la complexité de l'humain et de sa singularité. En deçà de ces propositions, un paradigme de la complexité semble s'imposer pour prendre en compte le caractère interactif, contextuel et relationnel de tout processus d'intervention. La réalité clinique demande de passer de la démonstration de l'effet d'une technique spécifique pour des troubles focalisés à l'étude de la dynamique du changement et de sa chronologie au cours du processus psychothérapeutique tout en prenant en compte les variables individuelles, d'interaction du patient et du psychothérapeute, ainsi que du processus d'intervention mis en œuvre dans différentes situations psychopathologiques [33].

Pour tenter d'étudier de façon valide et pertinente ces processus complexes en interaction, des chercheurs proposent l'utilisation de versions révisées des études de cas. À cet effet, on assiste depuis quelques années à une valorisation et une élaboration des méthodes axées sur les études de cas [21,11]. Parmi ces propositions, la mise en valeur des approches intensives à cas uniques semble particulièrement pertinente lorsque le phénomène étudié ne peut être séparé de son contexte pour l'étude des processus thérapeutiques [16,13,14]. Cette méthodologie permet d'apporter une attention particulière et continue à l'évolution dans le temps du processus d'intervention et des caractéristiques des psychothérapeutes et des patients en interaction. Dans ce cadre, l'utilisation d'approches méthodologiques, comme le processus psychothérapeutique Q-Sort (PQS) [1] qui permet d'évaluer certaines variables les plus caractéristiques du psychothérapeute, du patient et de leurs interactions, est une piste particulièrement intéressante.

Afin de pousser plus loin cette méthode d'investigation, on propose, à l'instar des méthodes de recherche utilisées dans l'étude des interactions mère-enfant [31,5], l'étude intensive de micro-moments en psychothérapie des processus d'intervention thérapeutique. Cette méthode permet d'étudier ce qui se passe et ce que font concrètement les psychothérapeutes en interaction avec leurs patients. La question de l'efficacité prend alors tout son sens. Cette approche semble une voie prometteuse pour apporter un nouvel éclairage sur les processus et les résultats thérapeutiques. Ainsi, pour avoir une meilleure représentation de l'évolution dynamique d'un processus d'intervention et l'étude en temps réel des micro-moments d'intervention et d'interaction, de nouvelles méthodes de micro-observations et de micro-analyses sont proposées [38]. Au lieu d'analyser globalement des échantillons vidéo de cinq minutes, l'étude minutieuse de micro-moments parfois en millisecondes d'intervention est effectuée. Des observations inattendues émergent, ouvrant sur des indicateurs prédictifs de résultats [34]. Ce qui était invisible dans la majorité des recherches devient visible. Ainsi, on découvre qu'un seul micro-moment de rupture relationnelle dans un essai clinique pour le traitement de l'anxiété généralisée a eu un effet de grandeur de 0,25 sur l'augmentation du taux d'inquiétude d'un patient [15]. L'analyse des moments de désaccordage avec le psychothérapeute démontre qu'ils ont des effets profondément aversifs et déstabilisants pour les patients [34]. Toute forme de rupture d'alliance engendre des expériences de confusion, de méfiance et de dévalorisation, autant chez le psychothérapeute que chez le patient [25,34]. Quand on sait que les ruptures et micro-ruptures relationnelles sont fréquentes et inévitables dans tout processus thérapeutique et que seule une minorité de psychothérapeutes sait les réparer [12], et plus encore qu'une rupture non réparée est associée à l'abandon [25], ces résultats commencent à éclairer la problématique des taux relatifs d'efficacité, du taux d'abandon et de l'absence d'effets durables de traitements. L'étude intensive de ces micro-moments en temps réel pourrait éclairer non seulement la nature de l'efficacité, mais aussi sa mesure. Pour assurer la généralisation des résultats pouvant éclairer la pratique, nous suggérons de comparer

l'évolution de cas analogues et de mettre en relation leurs changements avec les principales caractéristiques de la psychothérapie au cours de son processus [33]. Des études de cas peuvent être recoupées pour déterminer la pertinence et la généralisation des hypothèses qui en découlent.

8. Conclusions

L'ensemble de ces considérations apporte un nouveau regard sur la définition d'une pratique fondée sur l'intégration des meilleurs résultats de recherche disponibles et de l'expertise clinique en tenant compte des caractéristiques des patients et de leurs préférences. En psychothérapie, une autre réalité clinique entraîne une autre perspective. Elle invite à passer d'un modèle médical centré sur l'importance de la technique à un modèle qui considère le contexte relationnel [35]. Considérant que les meilleurs résultats de recherche démontrent que les traitements empiriquement validés « *bona fide* » sont d'efficacité comparable et, d'autre part, que la source la plus importante de la variabilité de l'efficacité est le psychothérapeute, une redéfinition de la pratique fondée sur les données probantes s'impose. Au lieu de se demander quel traitement est le plus efficace pour tel problème spécifique, les meilleurs résultats de recherche invitent à se demander quel psychothérapeute, capable d'établir, de maintenir une alliance thérapeutique et d'en réparer les ruptures inévitables, peut appliquer le traitement le plus ajusté aux besoins et aux préférences de tel patient avec tel problème. Dans ce contexte, la pluralité présente l'avantage de mieux respecter la diversité des préférences et des besoins des patients.

Plus largement, on ne peut plus penser la psychothérapie comme contenant des parties différentes, isolées et sans lien. Plus encore, on ne peut plus comprendre les mondes expérientiels comme étant compressibles, ou encore comme des catégories diagnostiques statiques. Les mondes expérientiels sont changeants à mesure qu'ils émergent, et ils émergent à mesure qu'ils changent [8]. Voilà le contexte complexe dans lequel s'inscrit toute démarche de psychothérapie. Ce qui explique en bonne partie le problème de la reproductibilité des recherches. D'où l'importance de choisir des méthodologies adaptées au contexte de la réalité de la pratique de la psychothérapie. L'analyse de la variabilité des résultats en psychothérapie permet de conclure que la mesure de l'efficacité thérapeutique prend son sens dans l'étude intensive, dynamique et non linéaire de l'interaction complexe des caractéristiques du psychothérapeute, du patient, de leur relation et des techniques spécifiques permettant un processus d'intervention ajusté sur mesure aux besoins et préférences du patient. Il devient prioritaire de favoriser les recherches axées sur l'étude minutieuse et approfondie des processus d'intervention thérapeutique et de leur impact. L'étude en temps réel des micro-moments des interactions des caractéristiques du patient, du psychothérapeute, de leur relation et des techniques d'intervention et leur impact tout en tenant compte de la réciprocité des influences entre ces registres est à privilégier.

L'utilisation de ces méthodologies adaptées à la réalité clinique laisse espérer qu'une meilleure compréhension de ces processus d'intervention permettra d'améliorer le taux d'efficacité de la psychothérapie et d'en diminuer les effets négatifs. Dans une telle perspective, la recherche d'un traitement supérieur aux autres n'a plus sa place. En fait, en respectant les préférences et les besoins des patients, la pluralité de traitements efficaces contribue à améliorer l'efficacité et à diminuer significativement le taux d'abandon [18]. Malgré le peu de preuves empiriques d'efficacité, les propositions de traitements émanant des neurosciences continuent de séduire un grand nombre. Toutefois, leurs perspectives réductionnistes du fonctionnement du psychisme

humain invitent à la réflexion et à la prudence. On ne saurait trop souligner l'importance de sortir des antagonismes entre approches. De surcroît, on continue d'assister à des débats houleux d'interprétation de méta-analyses pour démontrer la supériorité de certains traitements. Les débatteurs font souvent la sourde oreille. Cette posture méthodologique est définie comme étant la science de la colère [17]. Posture qui amène des chercheurs à valider leurs hypothèses, quitte à tordre un peu les paramètres pour obtenir les résultats souhaités. Afin de tenter de pallier cette situation, nous proposons une collaboration dite de la confrontation [17]. Des scientifiques avec des hypothèses différentes sont invités à collaborer pour tenter de trouver des pistes communes. Il n'y a alors ni vainqueur ni vaincu, mais souvent une avancée scientifique. Si cette démarche peut élargir les esprits et favoriser les relations entre les chercheurs, nous constatons [17] qu'il est rare qu'un chercheur change sa position fondamentale. Il semble que l'avenir de la psychothérapie passe par l'acceptation de faire le deuil de la recherche de la certitude face à la complexité humaine tout en cherchant à améliorer l'efficacité de la psychothérapie.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L. The contributions of the psychotherapy process Q-set to psychotherapy research. *Res Psychother* 2011;14:14–48.
- [2] American Psychological Association. Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy* 2013;50:102–9.
- [3] American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder. Washington D.C: APA; 2017. p. 119.
- [4] Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consul Clin Psychol* 2007;75:842–52.
- [5] Beebe B, Jaffe J, Markese S, Buck K, Chen H, Cohen P, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev* 2010;12:6–141.
- [6] Castonguay LG, Hill CE. How and why are some therapists better than others. New York: Wiley; 2017. p. 816.
- [7] Chambless DL, Baker MJ, Baucom DH, Beutler LE, Calhoun KS, Daiuto A. Update on empirically validated therapies, II. *Clin Psychol* 1998;51:3–16.
- [8] Coburn WJ. Psychoanalytic complexity: clinical attitudes for therapeutic change. New York: Routledge; 2013. p. 204.
- [9] Cuijpers P. Are all psychotherapies equally effective in the treatment of adult depression? The lack of statistical power of comparative outcome studies. *Evid Ment Health* 2016;19:39–42.
- [10] Deutsch CJ. A survey of therapists' personal problems and treatment. *Prof Psychol Res Pr* 1985;16:305–15.
- [11] Elliot R. Hermeneutic single-case efficacy design. *Psychother Res* 2002;12:1–21.
- [12] Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: a meta-analysis. *Psychotherapy* 2018;55:508–19.
- [13] Fischman G. Modèles épistémologiques de l'évaluation des psychothérapies et méthodologies de la recherche en psychanalyse. *Inf Psychiatr* 2009;2:143–51.
- [14] Greenberg LS. Ideal psychotherapy research: a study of significant change processes. *J Clin Psychol* 1999;55:1467–80.
- [15] Hara KM, Westra HA, Coyne A, Di Bartolomeo AA, Constantino M, Antony M. Therapist affiliation and hostility in cognitive-behavioral therapy with and without motivational interviewing for severe generalized anxiety. *Psychother Res* 2022;32:598–610.
- [16] Hill CE, Norcross JC. Skills and methods that work in psychotherapy: observations and conclusions from the special issue. *Psychotherapy* 2023;60:407–16.
- [17] Kahneman D. Experiences of collaborative research. *Am Psychol* 2003;58:723–30.
- [18] Kaiser T, Volkmann C, Volkmann A, Karyotaki E, Cuijpers P, Brakemeier EL. Heterogeneity of treatments effects in trials on psychotherapy of depression. *Clin Psychol Sci Prac* 2022;29:294–303.
- [19] Lecomte C, Savard R, Drouin MS, Guillon V. Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Rev Que Psychol* 2004;25:73–102.
- [20] Lilienfeld SO, Fowler CA, Lohr JM, Lynn SJ. Pseudoscience, nonsense, and nonsense in clinical psychology: dangers and remedies. In: Wright RH, Cummings NA, editors. Destructive trends in mental health: the well-intentioned path to harm. New York: Routledge; 2005.
- [21] Miller RB. Real Clinical Trials (RCT1)–Panels of psychological inquiry for transforming anecdotal data into clinical facts and validated judgments: Introduction to a pilot test with the case of “Anna”. *Pragmat Case Stud Psychother* 2011;7:6–36.
- [22] Norcross JC, editor. Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness. 2^e Ed., New York: Oxford University Press; 2011. p. 688.
- [23] Norcross JC, Wampold BE. Relationships and responsiveness in the psychological treatment of trauma: the tragedy of the APA clinical practice guideline. *Psychotherapy* 2019;56:391–9.
- [24] Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clin Psychol Psychother* 2003;10:361–73.
- [25] Safran J, Kraus J. Alliance ruptures, impasses and enactments: a relational perspective. *Psychotherapy* 2014;51:381–7.
- [26] Safran JD, Muran JC. Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide. New York: Guilford Press; 2000. p. 363.
- [27] Shedler J. Where is the evidence for “Evidence-Based” therapy? *Psychiatr Clin North Am* 2018;41:319–29.
- [28] Skovholt TM, Jennings L. Master therapists: exploring expertise in therapy and counselling. New York: Allyn & Bacon; 2004. p. 472.
- [29] Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1977;32:752–60.
- [30] Soloff PH. Bridging the gap between remission and in BPD: qualitative versus quantitative perspectives. *J Pers Disord* 2021;20:1–20.
- [31] The Boston Change Process Study group. Change in psychotherapy: a unifying paradigm. New York: W.W. Norton & Company; 2010. p. 256.
- [32] Thoma NC, McKay D, Gerber AJ, Milrod BL, Edwards AR, Kocsis JH. A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: an assessment and meta-regression. *Am J Psychiatry* 2012;169:22–30.
- [33] Thurin JM. Évaluation du changement en psychothérapie. *Ther Fam* 2009;30:235–50.
- [34] Viklund E, Holmqvist R, Zetterqvist Nelson K. Client-identified important events in psychotherapy: interactional structures and practices. *Psychother Res* 2010;20:151–64.
- [35] Wampold BE. The basic of psychotherapy: an introduction to theory and practice. Washington, DC: APA; 2010. p. 176.
- [36] Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work. New York: Routledge; 2015. p. 324.
- [37] Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;130:631–63.
- [38] Westra HA, Di Bartolomeo AA. Developing expertise in psychotherapy: the case for process coding as clinical training. *Am Psychol* 2024;79:163–74.
- [39] Woodbridge J, Townsend M, Reis S, Singh S, Grenyer BFS. Non-response to psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Aust J Psychiatry* 2022;56:771–87.