

Où sont les preuves à propos des thérapies basées sur les données probantes ? ^{1,2}

Jonathan Shedler PH. D. ³

L'expression « thérapie basée sur les données probantes » est devenue une sorte de slogan accrocheur, une formulation découlant elle-même du vocabulaire médical. Elle a gagné en popularité dans les années 1990 et constituait alors un appel à rendre la pensée plus critique. En outre, elle reflétait le constat que l'argument selon lequel « nous avons toujours fait ainsi » n'était pas une raison suffisante pour continuer à faire les choses de la même façon. Les décisions médicales se devaient de refléter à la fois le jugement clinique, les valeurs et les préférences des patients, ainsi que les recherches les plus pertinentes du corpus scientifique.

Cependant l'expression « données probantes » en est arrivée à signifier quelque chose de très particulier dans le monde de la psychothérapie. On s'est approprié cette expression pour promouvoir un agenda et une idéologie bien spécifiques. C'est devenu un nouveau mot de code pour référer au traitement appelé « programme d'intervention fixe » - le plus souvent bref et extrêmement structuré, des thérapies cognitives comportementales (TCC). Cette expression signifie que la thérapie est littéralement dictée par un manuel d'instruction et peut être prédéfinie, puisque le traitement laisse peu de place à la compréhension des patients en tant qu'individus.

Derrière le concept de « données probantes » se cache ce que j'appellerais un « discours dominant », désormais applicable à tout le champ de la santé mentale. Ce discours dominant s'énonce un peu de la manière suivante : « À l'âge des ténèbres, les thérapeutes pratiquaient de manière non scientifique, sans mettre leur traitement à l'épreuve. La science nous démontre que les traitements basés sur les données probantes sont supérieurs. » Ce discours est devenu une sorte de justification pour les attaques en tout genre contre les thérapies plus traditionnelles (thérapie psychodynamique) c'est-à-dire la psychothérapie qui favorise la compréhension de soi et l'introspection dans une relation thérapeutique continue et signifiante.

¹ Article original paru sous le titre *Where is the Evidence for "Evidence-Based" Therapy?* dans *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care*, Vol.4, May 2015: pp.47-59

² Traduit de l'anglais avec l'aimable autorisation de l'auteur par Vincent Cardinal, psychologue, Kateri Germain, travailleuse sociale, thérapeute conjugale et familiale, psychothérapeute et Isabelle St-Arnaud, psychologue. Il s'agit d'une traduction libre faite par des professionnels de la santé mentale et non des spécialistes en traduction. Les propos tenus par l'auteur dans son texte ne reflètent pas nécessairement l'opinion, en tout ou en partie, des traducteurs.

³Ph D, Department of psychiatry, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado, USA

Voici un court échantillon de ce que les tenants de la thérapie basée sur les « données probantes » disent en public : « Les psychothérapies basées sur des données empiriques ne sont pas encore largement pratiquées. Avec pour conséquence que beaucoup de patients *n'ont pas accès à un traitement adéquat* (Hollon et al. 2002; emphase ajoutée). Notez le sens caché de cette formulation : si le traitement n'est pas basé sur des données probantes (c'est à dire un programme d'intervention fixe), il est inadéquat. Walter Mischel de l'Université Columbia a écrit : « l'écart entre ce que font les cliniciens et ce que la science a découvert est un manque *impardonnable* » (Mischel, 2008; emphase ajoutée).

Lorsque ce discours dominant se répand dans les médias, la situation dégénère. Ainsi le vénérable *Washington Post* a publié un article intitulé « *Is your therapist a little behind the times ?* » (Baker et al. 2009). Il assimilait la thérapie traditionnelle (lire psychodynamique) à la médecine préscientifique, « ...lorsque les guérisseurs utilisaient couramment des pratiques préjudiciables et inefficaces telles que les ventouses, les purges et les saignées ». *Newsweek* y a fait écho dans un article intitulé « *Ignoring the evidence : why do psychologists reject science ?* » (Begley, 2009).

Notez de quelle manière une forme de Maccarthysme prend ici naissance. Parce que les promoteurs des thérapies brèves à intervention fixe se sont approprié l'expression « données probantes », il devient difficile d'avoir un débat intelligent sur ce que constitue une thérapie valable : si on remet en question les thérapies basées sur les données probantes, on risque de se faire accuser d'être « anti science ».

Vous pensez sans doute qu'en vertu des solides arguments concernant les thérapies basées sur les « données probantes » et du dénigrement des thérapies psychodynamiques ou qui s'appuient sur la compréhension de soi, qu'il doit bien y avoir des preuves solides sur le plan scientifique pour qu'on puisse parler de leurs bénéfices. Il n'en est rien. Il existe un gouffre béant entre ce qu'on prétend que la recherche prouve et ce qu'elle démontre dans les faits.

Ce que la recherche empirique démontre véritablement, c'est que les thérapies basées sur les « données probantes » sont inefficaces pour la plupart des gens, la plupart du temps. Dans la première partie, j'exposerai ce que la recherche empirique démontre réellement. Dans la seconde partie, je regarderai d'un peu plus près certaines des pratiques les plus troublantes de la recherche portant sur la psychothérapie basée sur les « données probantes ».

Première partie : ce que la recherche démontre réellement

La recherche démontre que les traitements thérapeutiques basés sur les « données probantes » donnent de minces résultats et que les bénéfices qu'en retirent les patients sont négligeables. La plupart des patients ne vont pas mieux et les quelques avantages qu'ils en retirent sont passagers.

Mon discours est sans doute très différent de ce que vous avez déjà entendu. Peut-être êtes-vous en train de vous dire : « Mais qui est ce type et pourquoi devrais-je le croire? » J'y

reviendrai dans ma conclusion. Je ne vous demande pas de me croire sur parole; je citerai des sources fiables.

La référence absolue pour établir une preuve dans les recherches sur la thérapie fondée sur les « données probantes » est l'expérimentation clinique par échantillonnage aléatoire. Les patients sont assignés au hasard selon leur diagnostic à un groupe de traitement ou à un groupe témoin, puis l'étude compare les deux groupes.

L'Institut national de la santé mentale - INSM (National Institute of Mental Health - NIMH) et son programme de recherche concertée pour le traitement de la dépression est à la base de tous les essais cliniques sur la psychothérapie par échantillonnage aléatoire. C'est le premier projet de recherche d'envergure multi-sites à s'intéresser à ce qu'on appelle aujourd'hui les « thérapies basées sur les données probantes ». L'étude comprenait trois traitements actifs : la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie interpersonnelle à intervention fixe (TIP) et la prise d'antidépresseurs. Le groupe témoin a reçu un placebo et a été soumis à une prise en charge clinique, mais sans psychothérapie. L'étude a été lancée au milieu des années 1970 et les premières publications importantes à ce sujet datent des années 1990.

Durant les vingt-cinq dernières années, on a dit que cette étude avait démontré que la TCC, la TIP et les antidépresseurs étaient des traitements « validés empiriquement » pour la dépression. On a dit qu'il était scientifiquement prouvé que ces traitements étaient puissants et efficaces. Je vais me concentrer sur la TCC parce que c'est ce qui a reçu le plus d'attention et, bien sûr, parce que c'est le thème de cette conférence.

Les affirmations relatives aux avantages de la TCC s'appuient sur l'hypothèse qu'elle serait plus efficace que le groupe témoin de manière « statistiquement significative ». Cette dernière expression ne signifie pas ce que l'on croit communément. Mettons de côté les idées préconçues au sujet du terme *significatif* et envisageons plutôt la réelle différence entre le groupe TCC et le groupe témoin qui a reçu un placebo dans l'étude de l'INSM.

L'outil de mesure principal utilisé pour les résultats dans l'étude de l'INSM était l'*Échelle de dépression de Hamilton* en 54 points. La différence entre le groupe TCC et le groupe témoin était de 1,2 point.

La différence de 1,2 point est insignifiante et cliniquement non significative. Elle ne répond pas de façon satisfaisante aux questions « Et alors? » « Est-ce vraiment important ? » ou « Pourquoi devrait-on s'en préoccuper? ».

Comment peut-il y avoir un tel écart entre ce qui s'est dit et ce que la recherche a réellement démontré? Vous vous demandez peut-être s'il est possible que les chercheurs n'aient pas présenté clairement leurs résultats. Ce n'est pas le cas. Le premier rapport de recherche important émanant du programme de recherche de l'INSM a été publié en 1989 dans *Archives of General Psychiatry* (Elkin et al. 1989). Les auteurs ont écrit : « Il y avait peu de preuve de l'efficacité inhérente à la thérapie interpersonnelle et aucune pour ce qui est de la thérapie cognitivo-comportementale [Emphase ajoutée]. » C'est ce qu'indique l'étude originale.

En 1994, le chercheur principal a écrit une synthèse de ce que nous avons déjà réellement appris de cette étude intitulée: « The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Where we began and where we are » (Elkin, 1994).

En des termes mesurés, ce chercheur déclare : « Le plus frappant dans les résultats est le pourcentage relativement faible des patients qui demeurent en traitement, guérissent complètement et restent en santé durant les 18 mois suivant le traitement. » Le pourcentage était si petit que cela « soulevait des questions quant à savoir si l'efficacité des traitements à court terme pour la dépression n'a pas été exagérée » (Elkin, 1994, p. 131).

Quel était réellement ce pourcentage? Il s'avère que seulement 24% des patients de l'étude se sont rétablis durablement. En d'autres termes, environ 75% – la très grande majorité – ne se sont pas rétablis. Comment cela se peut-il? On a dit le contraire au cours des 25 dernières années. On a même affirmé que la TCC est puissante et efficace.

Revenons maintenant au terme « significatif ». En anglais, cet adjectif est synonyme d'*important* ou de *valable*. Mais ce n'est pas ce que le terme veut dire dans le domaine de la statistique où il devient un terme technique. Il signifie alors que le résultat d'une étude n'est pas le résultat du hasard. Dans la recherche de l'INSM, on notait une différence de 1,2 point entre le groupe ayant reçu la TCC et le groupe témoin. Cela est évidemment insignifiant sur le plan clinique. Mais la différence est « statistiquement significative », c'est-à-dire qu'elle n'est probablement pas due au hasard.

Il y a peu d'autres domaines où l'on utilise l'expression « effet significatif » plutôt que « bénéfice réel ». Quand un chercheur met l'accent sur l'expression « statistiquement significatif », il ne dit pas tout. S'il existe un bénéfice thérapeutique réel, on parle de cela, pas de validité sur le plan statistique. Si l'on parlait d'un médicament efficace pour abaisser la pression artérielle, on dirait dans quelle mesure le médicament réduit la pression. Si l'on disposait d'un programme efficace pour la perte de poids, on préciserait que les individus perdent en moyenne 25 ou 30 livres, ou peu importe. S'il était question d'un médicament qui abaisse le cholestérol, on préciserait dans quelle mesure le cholestérol a été réduit. Nous ne parlerions pas de « différences significatives ». Quand le chercheur met l'accent sur l'expression « statistiquement significatif », il ne dit pas tout.

Les résultats de l'INSM ont été publiés il y a plus de 25 ans. Assurément, les conclusions de la recherche pour la TCC ont dû s'améliorer au fil du temps. Faisons un saut vers les plus récentes études, à la fine pointe des méthodes d'échantillonnage aléatoire relativement à la dépression (Driessen et al, 2013). Cette récente étude, publiée dans l'*American Journal of Psychiatry*, portait sur 341 patients déprimés assignés de façon aléatoire à 16 séances de TCC ou à 16 séances de psychothérapie brève d'orientation analytique.

Les auteurs écrivent : « L'élément notable est que 22,7 % seulement des patients se sont remis » (Driessen et al. 2013, p.1047). Ils ajoutent : « Nos résultats indiquent qu'une proportion importante de patients exigent davantage qu'un temps prédéterminé pour se remettre. » En d'autres termes, environ 75 % des patients n'allaient pas mieux, soit essentiellement le même résultat que celui dont parlait l'étude de l'INSM il y a un quart de siècle.

La conclusion à tirer de ces deux grandes études est que les traitements brefs et prédéterminés sont inefficaces pour la plupart des patients déprimés, et ce, la plupart du temps.

J'ai donc revu la première étude majeure, puis la plus récente. Qu'en est-il de la recherche effectuée entre ces deux moments? Les résultats sont généralement les mêmes. Ceux-ci sont résumés dans une revue de littérature dirigée par Westen (2004). Il s'agit d'une revue exhaustive portant sur les programmes d'intervention fixe d'approche TCC pour la dépression et les troubles anxieux.

Les chercheurs ont constaté que les patients qui ont suivi un programme d'intervention fixe en TCC pour la dépression sont restés, en moyenne, cliniquement déprimés après le traitement (moyenne de 11 à l'Échelle de Dépression de Beck). Qu'en est-il des troubles autres que la dépression, par exemple le trouble panique? Ce trouble est probablement celui qui répond le mieux à un programme d'intervention fixe en TCC. Toutefois, le patient type (*NTD*) -- celui qui correspond au plus grand nombre d'individus dans l'échantillon ayant reçu un traitement fondé sur les données probantes pour le trouble panique -- souffrait encore d'attaques de panique presque chaque semaine et présentait toujours quatre des sept symptômes énumérés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*. Ces patients ne se portaient donc pas mieux non plus.

Une autre des conclusions de la recherche était que les bénéfices du traitement du programme d'intervention fixe basé sur les données probantes disparaissaient rapidement. Le résultat d'un traitement est généralement mesuré au dernier jour du suivi. Toutefois, quand les patients font l'objet d'un suivi de mesures après le traitement, les résultats s'estompent. La majorité des patients ayant subi un traitement basé sur les données probantes - plus de 50 % - consultent à nouveau dans les 6 à 12 mois pour le même trouble. Et ce serait une erreur d'en déduire que ceux qui ne recherchent pas d'autres traitements vont bien. Certains peuvent s'être remis. D'autres peuvent avoir conclu que la psychothérapie ne les aide pas et ont abandonné.

Deuxième partie : Un regard plus attentif sur les pratiques de recherche

Voyons maintenant certaines des pratiques de recherche à l'appui des programmes d'intervention fixe, c'est-à-dire les thérapies basées sur les « données probantes ». Premièrement, la plupart des patients ne sont jamais comptabilisés dans ces études. Deuxièmement, le groupe témoin est une fumisterie. Troisièmement, la thérapie à intervention fixe, basée sur les « données probantes » n'a pas démontré sa supériorité sur toute autre forme de psychothérapie appropriée. Quatrièmement, certaines données sont supprimées.

La plupart des patients ne sont jamais comptabilisés

Les échantillons aléatoires classiques des thérapies basées sur les données probantes excluent *a priori* environ les deux tiers des patients (Westen et al. 2004). Ceux-ci ont bien reçu le diagnostic dont il est question et consultent, mais, en raison des critères d'inclusion et d'exclusion de la recherche, ils ne peuvent y participer. À titre d'exemple, ces patients exclus correspondent aux critères du *DSM-IV* pour plus d'un diagnostic, ou ils souffrent d'un certain trouble de la personnalité, ou ils sont considérés comme instables d'une façon ou d'une autre, ou ils pourraient être suicidaires. En d'autres mots, les deux tiers des patients exclus sont ceux que l'on rencontre dans la pratique réelle.

Ainsi, les deux tiers des patients qui consultent sont exclus avant même le début de la recherche. Du tiers qui est retenu, environ la moitié démontre une amélioration. Nous en sommes donc à 16% des patients qui consultent au point de départ, mais cela ne concerne que les patients chez qui on note une « amélioration ». Le pourcentage des patients qui, de fait, se portent mieux est alors 11% des patients qui ont consulté initialement. De la sorte, les patients qui se portent mieux et qui le demeurent représentent environ 5 %.

En d'autres termes, la recherche scientifique démontre que les traitements basés sur les « données probantes » sont efficaces et ont des bénéfices prolongés pour environ 5% des patients qui consultent. En voici l'illustration : un iceberg représente tous les patients qui consultent pour un trouble donné - dépression, anxiété généralisée, etc. - La partie de l'iceberg qui émerge représente les patients retenus. Tout le reste, l'énorme partie restée sous l'eau, correspond à ceux dont on n'entend pas parler. Ces patients ne sont pas comptabilisés. Ils sont invisibles.

Les groupes témoins sont une supercherie

Le groupe témoin constitue généralement une supercherie, c'est-à-dire que les thérapies « basées sur les données probantes » ne sont presque jamais comparées à des modalités thérapeutiques alternatives appropriées. Le groupe témoin est le plus souvent un leurre inventé par les chercheurs engagés à démontrer les bénéfices de la TCC. Autrement dit, le groupe témoin est un pseudo-traitement conçu pour échouer.

Une étude sur le trouble de stress post-traumatique (TSPT), à la fine pointe de la recherche et subventionnée par le NIMH, donne un bon exemple de ce que j'entends par supercherie du groupe témoin (Gilboa-Schechtman et al., 2010). L'étude a porté sur le TSPT à la suite d'un seul incident. Les patients étaient en santé, mais ils ont souffert d'un TSPT après avoir vécu un événement traumatisant précis et identifiable.

Cette étude prétend comparer la thérapie psychodynamique à une forme de TCC appelée « thérapie à exposition prolongée ». Elle entend démontrer que la TCC est supérieure à la thérapie psychodynamique. Voici un extrait de la discussion : « [La TCC] était supérieure à la [thérapie psychodynamique] pour faire diminuer les symptômes du TSPT et de la dépression, pour améliorer le fonctionnement ... et accroître le mieux-être de façon générale » (Gilboa-Schechtman et al., 2010, p. 1040).

Voilà ce qui a été communiqué aux médias, au public et aux décideurs. Si vous lisez le texte écrit en petits caractères, la réalité est toute autre.

Les thérapeutes qui ont administré le traitement psychodynamique dans cette étude étaient-ils des « thérapeutes psychodynamiques » qualifiés et d'expérience? Non, plutôt des étudiants à la maîtrise ayant suivi précisément deux jours de formation en thérapie psychodynamique, formation donnée par un autre étudiant à la maîtrise et, qui plus est, rattaché à un laboratoire dédié à la TCC. Par contre, les thérapeutes ayant offert la TCC ont été formés pendant cinq jours par la thérapeute et chercheuse de renommée internationale Edna Foa, celle-là même qui est à l'origine de cette forme de thérapie. Ce n'est pas exactement ce qu'on pourrait appeler des règles du jeu équitables.

Pourtant, ce n'était pas le défaut le plus grave de cette étude. Les prétendus « thérapeutes psychodynamiques » s'étaient vu interdire de discuter de l'événement traumatisant ayant amené les patients en thérapie. Imaginez un peu : vous venez en thérapie parce que vous avez vécu tel incident et votre thérapeute ne peut pas en parler avec vous. Quand les patients abordaient le traumatisme, les thérapeutes avaient pour consigne de changer de sujet.

Or, quiconque pratiquerait de cette façon pourrait être accusé de faute professionnelle. En recherche, on forme ainsi un groupe témoin et on s'en sert pour justifier l'affirmation que la TCC est supérieure à la thérapie psychodynamique.

La « supériorité » des thérapies basées sur les « données probantes » est un mythe

Si vous pensez que cette étude du TSPT est inhabituelle - peut-être choisie pour soutenir mon point de vue - ce n'est pas le cas. Il existe une revue de littérature complète sur la recherche en psychothérapie qui cible exactement cet enjeu (Wampold et al. 2011). Elle porte sur les essais contrôlés par échantillonnage aléatoire concernant l'anxiété et la dépression. Les chercheurs ont examiné des études qui prétendent comparer une thérapie fondée sur les données probantes à une autre forme de psychothérapie.

Ces chercheurs ont examiné plus de 2500 résumés d'articles scientifiques, parmi lesquels seulement 149 études semblaient avoir pour objet de comparer une thérapie fondée sur les « données probantes » à une autre forme de thérapie appropriée. À la fin ne subsistaient que 14 études comparant effectivement la thérapie fondée sur des « données probantes » à une psychothérapie valable de quelque sorte que ce soit.

Bon nombre d'études disent utiliser un groupe témoin ayant reçu un « traitement standard », lequel faisait partie « des traitements qui *ne comprenaient aucun type de psychothérapie* (Wampold et al., 2011, p.1310; emphase ajoutée). Sans interpréter ni paraphraser, je cite très exactement un passage de cet article. En d'autres termes, les traitements prétendument fondés sur des « données probantes » n'ont pas été comparés à d'autres formes de psychothérapie, mais plutôt à une « non-intervention », ou encore à des groupes témoins ayant reçu une forme de thérapie pervertie. J'entends par là le genre de méthode où les thérapeutes avaient les mains liées, comme dans l'étude sur le TSTP que j'ai précédemment décrite.

Cette revue de littérature a été publiée dans une revue spécialisée conservatrice et les auteurs ont dû présenter leurs conclusions dans un langage académique prudent. Ils ont conclu: « Présentement, il n'existe pas de preuves suffisantes pour suggérer que le fait de remplacer une thérapie basée sur les « données probantes » au traitement habituel, comprenant déjà une psychothérapie, améliorerait la qualité des services » (Wampold et al., 2011: p. 1311).

En termes plus clairs, les thérapies basées sur les « données probantes » n'ont pas démontré une meilleure efficacité que toute autre psychothérapie appropriée. Ce n'est pas simplement mon opinion, mais ce que la littérature scientifique démontre. C'est aussi la conclusion de la politique scientifique officielle de l'Association américaine de psychologie (American Psychological Association, 2013).

Des données sont supprimées

Le « biais de publication » est bien connu en recherche : il fait référence aux études ayant des résultats positifs - et qui correspondent aux résultats souhaités par les chercheurs - que l'on a tendance à publier plus souvent que celles ayant des résultats non souhaités.

Ainsi, la littérature scientifique publiée peut fournir une image biaisée ou déformée des résultats de recherche réels, ou ce que l'on appelle aussi « l'effet tiroir ». La question est de savoir à quel nombre d'études aux résultats négatifs restés cachés chaque étude publiée aux résultats positifs correspond. Comment prouver que des classeurs sont remplis de résultats négatifs non publiés? Étonnamment, il existe une méthode statistique pour estimer le nombre d'études non publiées ayant des résultats négatifs et maintenues dans l'ombre.

Une équipe de chercheurs a abordé cette question en examinant des études sur l'utilisation de la TCC pour les cas de dépression (Cuijpers et al. 2010).

Ces scientifiques ont constaté que les avantages supposés de la TCC sont gonflés de 75% en raison de biais de publication. En d'autres termes, l'avantage réel qu'un patient est susceptible d'obtenir est seulement d'environ le quart de ce que la littérature nous porterait à croire.

Comment arrive-t-on à découvrir une telle distorsion? Comment peut-on savoir ce qui est caché dans les classeurs? Le moyen d'y parvenir est d'examiner ce qu'on appelle un graphique en entonnoir. Même si ce processus semble compliqué à première vue, il s'agit de la représentation d'une idée plutôt simple. Supposons que vous fassiez un sondage - « Les habitants du Royaume-Uni sont-ils pour ou contre une politique ? » et que vous ayez un très petit échantillon, soit de trois personnes seulement. Les résultats du sondage peuvent être tout à fait à l'opposé : il se pourrait que les trois personnes (100%) de l'échantillon soient favorables ou défavorables à l'option présentée. Ainsi, lorsque l'échantillon est très petit, la dispersion ou l'étendue des résultats est grande. Au contraire, à mesure que la taille de l'échantillon grossit, les résultats se stabilisent et convergent.

En transposant les résultats d'une étude sur un graphique - dans ce cas-ci, la relation entre la taille de l'échantillon et les avantages du traitement -, on obtient un tracé qui ressemble à un entonnoir (Fig.1, graphique de gauche). Les études pour lesquelles l'échantillon est plus petit affichent davantage de variabilité dans les résultats, et celles dont l'échantillon est plus important ont tendance à converger vers des valeurs similaires : ce à quoi le graphique en entonnoir devrait ressembler si certaines données n'étaient pas cachées.

En réalité, cela ressemble plutôt au graphique de droite (Fig.1 graphique de droite). Les données qui devraient apparaître dans la partie inférieure gauche du graphique et représentées par des points sont manquantes.

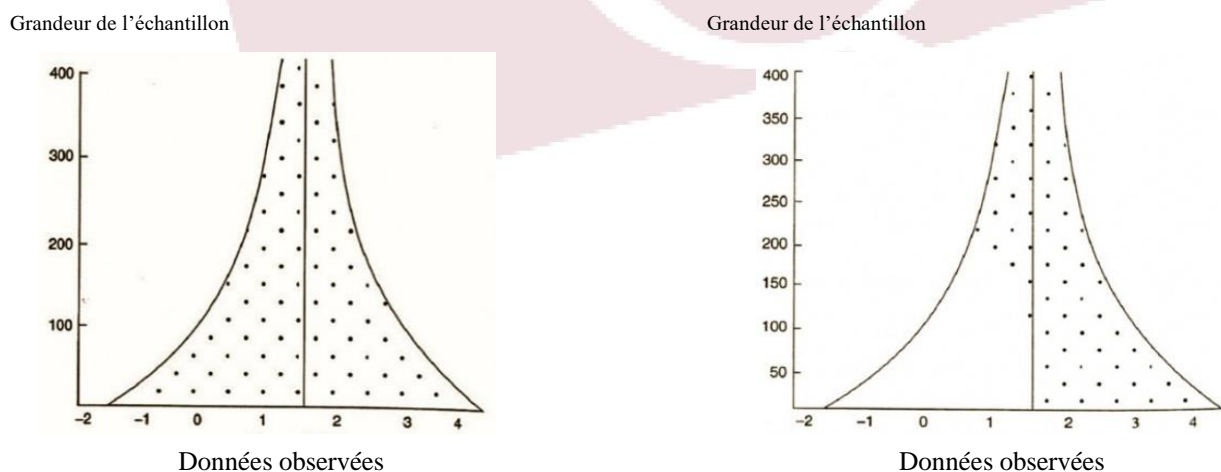
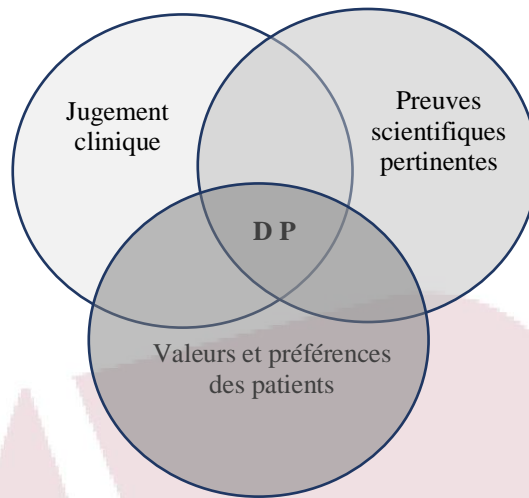


Figure 1

Qu'est-ce que la médecine basée sur les « données probantes » ?



Sackett DL, et al., BMJ. 1996; 312(7023);71-72

Figure 2

Qu'est-ce que l'expression « basé sur les données probantes » est censée signifier?

Qu'est-ce que l'expression « basé sur des données probantes » est censée signifier? J'ai noté plus tôt que cette expression vient du domaine médical. La médecine basée sur les données probantes devait représenter la convergence ou l'intersection entre 1) les données scientifiques pertinentes, 2) les valeurs et les préférences des patients, et 3) l'expérience et le jugement clinique du praticien (Figure 2).

Qu'en est-il de ces idées transposées dans le champ de la psychothérapie? « Les preuves scientifiques pertinentes » n'ont plus d'importance parce que les adeptes des thérapies censément basées sur les « données probantes » ne tiennent pas compte des données relatives à la thérapie qui n'est pas un programme d'intervention fixe. En 2010, j'ai publié un article dans l'*American Psychologist* intitulé « *The efficacy of psychodynamic psychotherapy* » (Shedler, 2010). Cet article démontre que les bienfaits de la psychothérapie psychodynamique sont au moins aussi importants que ceux des thérapies dites basées sur les « données probantes » et qui plus est, les bénéfices de la thérapie psychodynamique sont *durables*. Les adeptes des thérapies basées sur les données probantes escamotent souvent cette réalité.

Les « valeurs et préférences des patients » ne comptent pas non plus parce que ces derniers ne sont pas suffisamment informés pour effectuer un véritable choix. Peut-être ne se font-ils offrir que des programmes à intervention fixe sous prétexte que ce sont des soins de hauts niveaux. Le « jugement clinique » ne compte pas non plus, puisque les cliniciens sont censés suivre le programme plutôt que d'exercer leur jugement clinique. On leur demande de fonctionner comme des techniciens et non comme des cliniciens.

On pourrait avancer que l'expression « basé sur des données probantes », telle qu'elle est utilisée en psychothérapie, est une perversion de tous les principes fondateurs sur lesquels repose le concept de données probantes en médecine.

Conclusion

Qui est ce Shedler? Pourquoi devrais-je le croire? Toutes les sources fiables consultées semblent en contradiction avec ses dires.

Pourquoi devriez-vous me croire? Vous ne devriez pas me croire sur parole, ni quiconque d'ailleurs.

Voici trois choses simples à faire désormais et qui vont vous aider à distinguer la vérité de la généralisation. Lorsque quelqu'un revendique les bienfaits d'un traitement, n'importe lequel, suivez ces trois étapes simples :

Étape 1. Dites : « Montrez-moi l'étude. Donnez-moi une référence, une citation, un texte; donnez-moi accès à cette recherche. » Vous constaterez que parfois elle n'existe pas.

Étape 2. Si une telle étude existe, lisez là attentivement, particulièrement les notes de bas de page.

Étape 3. Tirez vos propres conclusions. Demandez-vous si les méthodes et les résultats soutiennent les assertions.

Si vous prenez l'habitude de suivre ces trois étapes, vous pourrez faire des découvertes étonnantes.

Références

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2013). « Recognition of psychotherapy effectiveness », *Psychotherapy*, 50 : 102-109.

at: www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx

BAKER, T., R. MCFALL et V. SHOHAM, (2009). Is your therapist a little behind the times? *The Washington Post*, 15 November, 2009.

BEGLEY, S. (2009). Ignoring the evidence: why do psychologists reject science? *Newsweek*, 154(15): 30.

CUIJPERS, P., F. SMIT, E. BOHLMMEIJER, S. D. HOLLON et G. ANDERSSON (2010).

« Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other 58, » *The Journal of Psychological Therapies in Primary Care* Jonathan S, « Psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias, » *British Journal of Psychiatry*, 196: 173-178.

doi: 10.1192/bjp.bp.109.066001.

DRIESSEN, E., H. L., VAN, F. J. DON, J. PEEN, S. KOOL, D. WESTRA, M. HENDRIKSEN, R. A., SCHOEVERS, P. CUIJPERS, J. W. R. TWISK, et J. J. M. DEKKER (2013). « The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial, » *American Journal of Psychiatry*, 170: 1041-1050.

ELKIN, I. (1994). « The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Where we began and where we are », dans A. E. BERGIN et S. L.

GARFIELD (éd.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4^e édition, p. 114-139. New York, Wiley.

ELKIN, I., M. SHEA, J. T. WATKINS, S. D. IMBER, S. M. SOTSKY, J. F. COLLINS, D. R. GLASS, P. A., PILKONIS, W. R. LEBER, J. P. DOCHERTY, S. J. FIESTER, et M. B.

PARLOFF (1989). « National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments », *Archives of General Psychiatry*, 46(11): 971-982.

doi :10.1001/archpsyc.1989. 01810110013002.

GILBOA-SCHECHTMAN, E., E. B. FOA, N. SHAFRAN, I. M. ADERKA, M. B. POWERS, L. RACHAMIM, L. ROSENBAACH, E. YADIN, et A. APTER (2010). « Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: a pilot randomized controlled trial, » *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49: 1034-1042.

HOLLON, S. D., M. E. THASE et J. C. MARKOWITZ (2002). « Treatment and prevention of depression, » *Psychological Science in the Public Interest*, 3: 39-77.

MISCHEL, W. (2008). « Editorial: connecting clinical practice to scientific progress, » *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2): i-ii.

SHEDLER, J. (2010). « The efficacy of psychodynamic psychotherapy », *American Psychologist*, 65: 98-109.
doi: 10.1037/a0018378.

WAMPOLD, B. E., S. L. BUDGE, K. M. LASKA, A. C. DEL RE, T. P. BAARD SETH, C. FLOCKIER, T. MINAMI, D. M. KIVLIGHAN et W. GUNN (2011). « Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: a meta-analysis of direct comparisons, » *Clinical Psychology Review*, 31: 1304-1312.

WESTEN, D., C. M. NOVOTNY and H. THOMPSON-BRENNER (2004). « The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials », *Psychological Bulletin*, 130: 631-663.
doi :10.1037/0033-2909.130.4.631
