

# Le « fondement par les preuves » comme critère de la sélection de la psychothérapie ?

## À propos d'un bon concept – et de son usage abusif

Jürgen Kriz

Psychotherapie-Wissenschaft 9 (2) 51–52 2019

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-2-51>

*Mots clés* : intensité d'effet, fondement par les preuves, adaptation, procédé psychothérapeutique, RCT, facteurs efficaces

Dans cette contribution, on souligne tout d'abord que le « fondement par les preuves » est un concept bon et utile destiné à permettre tant aux praticiennes et praticiens qu'aux chercheuses et chercheurs d'avoir une meilleure vue d'ensemble de l'état actuel de la recherche à partir de meilleurs aperçus et aides à l'évaluation scientifiquement assurés. À partir de là, il est destiné à assurer, dans un certain domaine spécialisé, la convergence de l'expérience médicale et psychothérapeutique, des perspectives individuelles des patientes et des patients et les résultats correspondants de la recherche aux fins de traiter au mieux les différentes patientes et patients.

Ce bon concept est cependant souvent utilisé de façon abusive à travers une réduction de celui-ci aux RCT. Car du fait de cette réduction, des résultats de recherche justement importants disparaissent tout simplement du champ de vision du fait qu'ils ne suivent pas la logique RCT. Le design de la RCT est certes un remarquable modèle pour examiner les questions de recherche expérimentale. Cela ne vaut cependant que si des causes pouvant être clairement définies et de la même manière des effets pouvant être clairement définis peuvent être suffisamment isolés en reproduisant la réalité examinée de façon utile. Plus grande est la marge de manœuvre au niveau de la configuration des causes (interventions), et plus les effets pertinents sont complexes.

Comme il l'est montré par la suite, les designs RCT conviennent particulièrement à la recherche en psychothérapie lorsque des *programmes* standards sont *appliqués*. C'est principalement le cas pour la thérapie du comportement. En ce qui concerne la procédure psychothérapeutique, qui est essentiellement fondée sur le *développement de principes* spécifiques au processus, la grande variabilité des causes de détail (interventions) fait exploser l'homogénéité nécessaire des statistiques de masse pour un design expérimental. À part la recherche fondamentale en psychothérapie, cela est cependant le cas pour les procédés psychodynamiques, humanistes et systémiques – y compris les nombreuses approches pouvant être attribuées à ces trois orientations psychothérapeutiques de base. La prétention de démontrer l'efficacité

surtout voire exclusivement à partir de designs RCT débouche ainsi sur des artefacts méthodiques et impose une certaine préférence psychothérapeutique, à savoir pour la thérapie du comportement, en écartant les autres approches psychothérapeutiques sur le chemin menant vers une certaine méthodique de preuve.

Ce biais consistant à vouloir imposer un certain schéma clinique, thérapeutique et humain par-dessus la méthodique d'autres procédés devient évident dans le débat tournant autour d'une nouvelle loi sur la psychothérapie en Allemagne : certains réclament ici la complète dissolution des procédés psychothérapeutiques au profit d'un principe modulaire composé d'interventions spécifiques aux dysfonctionnements basées sur les preuves – sachant que les « preuves » sont justement réduites à l'approche RCT. Cela voudrait dire en fin de compte que les patientes et patients doivent être à l'avenir privés dès le départ de plus de 90 % de ce qui est considéré comme efficace dans la recherche en psychothérapie. En effet, la part des techniques spécifiques participant du résultat des thérapies au centre desquelles se trouve la recherche en RCT est généralement estimée à moins de 10 %.

Une autre réduction supplémentaire douteuse de la méthodique RCT en ce qui concerne les questions touchant à la recherche en psychothérapie réside dans le fait qu'une grande partie de ce qui, dans la littérature internationale, fait l'objet d'une discussion relative à l'« adaptation » et qui est généralement considéré comme essentiel pour comprendre l'effet se trouve occultée : la recherche en RCT englobe en effet des aspects importants – mais en aucun cas tous les aspects – de l'adaptation entre le modèle de traitement et le modèle de trouble. Les adaptations entre les patientes et patients et le modèle de traitement, entre les thérapeutes et les patientes et patients ainsi qu'entre les thérapeutes et les troubles des patientes et patients passent ici pourtant largement à la trappe.

Par la suite seront encore abordés les problèmes suscités par certaines autres réductions et erreurs d'interprétation en relation avec les designs RCT et de méta-études. C'est ainsi que les RCT sont très souvent regroupées pour les très appréciées « méta-études » dans une mesure

appelée « intensité d'effet ». Cette « intensité d'effet » est en outre utilisée dans la discussion concurrente afin de démontrer la supposée supériorité d'une certaine approche par rapport aux autres. Beaucoup de cliniciennes et cliniciens – et encore plus les représentantes et représentants de caisses de maladie ou du monde politique – croient que l'« intensité d'effet » mesure effectivement l'effet clinique d'un certain traitement. Mais il s'agit en réalité d'une simple mesure statistique de la discrimination entre deux distributions – et ceci *peut* certes représenter l'effet clinique, mais tout autant l'homogénéité des variances sous-jacentes. Cette dernière n'a factuellement rien à voir avec ce que l'on se représente sur le fond par un « effet clinique ». Il est fait ailleurs référence à un exemple de démonstration dans lequel il est démontré qu'un traitement peut tout à fait, en termes de calcul, présenter une intensité d'effet très élevée alors que ce dernier est très peu efficace au plan clinique, alors qu'en revanche l'intensité d'effet est bien moindre pour un traitement alternatif qui est pourtant bien plus efficace au plan clinique.

Pour finir est encore abordé le problème que la concentration, souvent liée à la logique RCT, sur des facteurs efficaces dans une réalité complexe – comme le traitement psychothérapeutique le représente en fait au-delà des conditions artificielles en laboratoire – est plus que douteuse. Il est typique de la réalité que de nombreuses influences

produisent, sur un mode non linéaire, un effet tel que le déclenchement de certains effets est susceptible de conduire à des non-sens substantiels ou à des artefacts méthodiques. Le « diagramme de fromage » connu et apprécié, en vertu duquel la relation thérapeutique est censée contribuer à hauteur de 30 % à l'amélioration des thérapies, est un tel non-sens numérique. La mesure dans laquelle la relation thérapeutique contribue à l'amélioration des thérapies dépend des approches retenues et de la part que prennent ces dernières dans l'investigation correspondante.

#### **L'auteur**

*Jürgen Kriz*, Prof. Dr., est professeur émérite de psychothérapie et de psychologie clinique à l'université d'Osnabrück, mais a été pendant plus de 25 ans détenteur de chaires de statistiques et de méthodes de recherche. Il est membre honorifique de plusieurs associations spécialisées en psychothérapie, a été professeur invité entre autres à Vienne, Zurich, Berlin, Moscou, Riga et aux États-Unis, et est l'auteur de plus de 20 livres et de 300 articles spécialisés. Il a, outre le prix Viktor-Frankl (2004) été actuellement honoré du prix suisse Dr. Margrit Egnér (2019).

#### **Contact**

E-Mail : [kriz@uos.de](mailto:kriz@uos.de)