



HAL
open science

Les essais cliniques et le contrôle de l'interaction : le cas singulier de l'évaluation des psychothérapies

Philippe Le Moigne

► To cite this version:

Philippe Le Moigne. Les essais cliniques et le contrôle de l'interaction : le cas singulier de l'évaluation des psychothérapies. *Sciences Sociales et Santé*, 2015, 33 (2), pp.65-76. 10.3917/sss.332.0065 . hal-03433569v1

HAL Id: hal-03433569

<https://hal.science/hal-03433569v1>

Submitted on 18 Mar 2022 (v1), last revised 30 Mar 2022 (v2)

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



L'essentiel de l'information
scientifique et médicale

www.jle.com

Le sommaire de ce numéro

http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/sss/sommaire.md?type=text.html

Sciences
sociales
et santé

Vol. 33 n° 2 juin 2015 trimestriel

Montrouge, le 22/06/2015

Philippe Le Moigne

Vous trouverez ci-après le tiré à part de votre article au format électronique (pdf) :

Les essais cliniques et le contrôle de l'interaction : le cas singulier de l'évaluation des psychothérapies

paru dans

Sciences Sociales et Santé, 2015, Volume 33, Numéro 2

John Libbey Eurotext

Ce tiré à part numérique vous est délivré pour votre propre usage et ne peut être transmis à des tiers qu'à des fins de recherches personnelles ou scientifiques. En aucun cas, il ne doit faire l'objet d'une distribution ou d'une utilisation promotionnelle, commerciale ou publicitaire.

Tous droits de reproduction, d'adaptation, de traduction et de diffusion réservés pour tous pays.

© John Libbey Eurotext, 2015

Les essais cliniques et le contrôle de l'interaction : le cas singulier de l'évaluation des psychothérapies

Commentaire

*Philippe Le Moigne**

Dans son article intitulé « Pour eux c'est à propos de la mortalité. La production des données et ses conséquences dans un essai clinique », C. Brives s'applique à décrire les incidences liées à la mise en œuvre d'un protocole de recherche, tant auprès des populations traitées que des médecins en charge de l'étude. Il y est question, en particulier, de montrer que la mise en œuvre des essais s'apparente à la formation d'une « scène sociale », dont la stabilité est à la fois requise par le respect drastique des procédures de recherche et menacée par l'inscription, d'une part, des patients dans leurs milieux et, d'autre part, des cliniciens dans l'exercice médical qu'ils conduisent par ailleurs. De ce point de vue, cet espace relationnel ne peut se concevoir sans la production simultanée d'un effet d'intrusion sur les cadres sociaux qu'il traverse (Goffman, 1991).

Ainsi, comme le souligne C. Brives, la mise en œuvre de l'essai clinique en Afrique revient de fait à produire les conditions d'une amélioration considérable de l'offre et de la pratique de soin auprès des sujets traités, pour au final en délester ceux-ci une fois l'étude achevée. Par

* Philippe Le Moigne, sociologue, INSERM, CERMES3, 45, rue des Saints-Pères, 75006 Paris, France ; philippe.le-moigne@paris5.sorbonne.fr

ailleurs, les conditions imposées par la procédure, telles que l'observance thérapeutique et l'assiduité aux visites médicales, ne peuvent être réunies que dans la mesure où l'espace créé par la recherche réussit à subordonner à sa cause les milieux qu'il mobilise : la perspective implique ainsi que la médecine traditionnelle soit mise à distance et que les routines de la consultation médicale soient réinvesties et réorientées par les praticiens en vue de servir l'enjeu de la recherche. Toujours menacé par le risque d'empiètement exercé par les espaces concurrents, l'essai clinique est ainsi tenu à de multiples ajustements — comme le démontrent à l'envie les corrections rétrospectives des erreurs d'enregistrement — et tenu à la fois par une série d'« ajusteurs », médecins, infirmières ou aides-soignantes, chargés de la recherche des « perdus de vue » et de leur réintégration dans le protocole.

En ce sens, la mise en œuvre de l'essai clinique se lirait mieux comme un jeu d'équations entre règles prescrites et règles locales, pari étant fait de la subordination de celles-ci à celles-là, Deux implications se déduisent de cette perspective. D'abord, elle suppose la soumission des comportements de santé des populations au fait de santé étudié en propre par l'essai. Ensuite, elle implique une sujétion au moins relative de la pratique clinique à la pratique de recherche. C'est là que se situe le second intérêt de l'analyse produite par C. Brives : le degré d'effacement des règles locales devant les règles prescrites dépend à chaque fois de la nature particulière de l'une et l'autre, c'est-à-dire des spécialités médicales et des milieux sociaux traversés, mais tout également de l'objet travaillé en propre par l'essai et de ses enjeux. Ainsi, comme elle le montre, dans le cadre d'un traitement antirétroviral précoce du VIH, l'étude de la mortalité convoque obligatoirement celle de la morbidité, de sorte que la statistique des décès doit s'enrichir d'un diagnostic médical permanent et donc de la condition d'un maintien optimal des patients dans la consultation.

Mais, encore s'agit-il là d'un objet de recherche qui reste inscrit dans l'examen des pathologies. La question du contrôle relationnel, impliqué par la procédure de recherche, comprend une difficulté supplémentaire lorsque cet objet s'applique à des comportements de santé ou bien à la pratique médicale elle-même. Par exemple, certaines études cherchent aujourd'hui à mesurer, au moyen d'un groupe contrôle, l'amélioration des comportements alimentaires de la population au moyen d'une procédure d'éducation à la santé, en l'occurrence, par la délivrance durant un temps donné d'un panier quotidien de fruits et de légumes. Si tant est qu'on puisse mesurer ainsi un changement de comportement, à quoi l'assigner ? À l'efficacité du dispositif éducatif ou bien au fait que le protocole ait offert un bénéfice net à cette population

en termes de provision de nourritures ? Et, en l'absence de suivi, comment être certain que les changements alimentaires observés ne cesseront pas lorsque ce bénéfice aura disparu ? En s'appliquant ainsi aux comportements de santé, le contrôle relationnel requis par l'essai peut tout simplement déboucher sur un artefact : le changement escompté, étant seulement produit par la procédure, disparaît lorsque celle-ci est éteinte.

On pourrait appliquer les mêmes réserves aux essais qui s'appliquent à dégager les contours des « bonnes pratiques » dans le champ médical. En effet, ici encore, la procédure de recherche ne peut probablement pas exercer un total effet de clôture sur les comportements, sauf à considérer à chaque fois que les praticiens tireraient nécessairement bénéfice des pratiques ainsi prescrites, tant au cours de l'étude qu'au-delà, c'est-à-dire dans la suite de leur exercice professionnel.

Je voudrais poursuivre ici la réflexion entamée par C. Brives à la croisée des deux problématiques d'action pointées par elle, en mêlant la question du contrôle de l'interaction à celle de la qualité de l'objet à laquelle s'adresse l'essai clinique. Sur ce dernier point, il n'est pas simplement question de faire remarquer que la maîtrise de l'interaction varie en fonction de la pathologie ou du comportement étudié et des enjeux que leur traitement ou leur évaluation soulève. Le propos vise plutôt à faire remarquer que cette maîtrise peut conduire, dans certains cas, à l'imposition d'un « effet de procédure », l'essai recouvrant de ses principes le phénomène qu'il est censé étudier au point de le transformer à son image. Naturellement, ce renversement est d'autant plus probable que l'objet d'étude s'applique aux comportements de santé et, plus encore, à l'interaction thérapeutique elle-même.

Pour donner à voir cette éventualité, l'application des essais cliniques à l'évaluation des psychothérapies constitue un terrain de choix. Il ne s'agit pas de revenir sur les controverses suscitées par l'expertise de cette évaluation par l'INSERM (Le Moigne, 2008). Il s'agit plutôt d'observer comment l'application de l'essai clinique, en vertu même de ses principes, bute ici sur un point-limite. Pour alimenter cette réflexion, je reviens d'abord sur la genèse des principes de l'essai clinique, puis sur leur transposition dans le cadre de la recherche consacrée aux psychothérapies, enfin, sur les enseignements de cette recherche.

L'essai clinique randomisé : éléments d'une genèse méthodologique

Les essais cliniques, qu'ils s'appliquent aux pathologies somatiques ou psychiques, procèdent de la manière suivante : ils établissent l'effet attribuable à la thérapie en comparant le degré d'amélioration de patients atteints du même trouble, selon qu'ils ont bénéficié du traitement ou reçu un placebo, voire encore une thérapie de substitution. L'allocation des patients dans chacun des groupes, « traités » et « témoins », se fait de manière aléatoire (par randomisation) et, selon les cas, à l'insu tant des sujets que des cliniciens chargés d'évaluer leur rémission. Les fondements auxquels puise cette procédure sont hérités de la statistique psychologique et d'une forme particulière de l'expérimentalisme médical. Je les présente à grands traits.

L'une des premières sources des essais cliniques est liée au développement de l'expérimentation en sciences humaines et, à son corollaire, la création de la statistique. Au milieu du XIX^e siècle, l'État a cherché à intervenir sur les lois du marché en se prévalant de mesures efficaces et suffisamment impartiales. Toutefois, très vite, la question s'est posée de savoir quelle part du changement observé pourrait être imputée en propre à l'intervention planifiée. Aux États-Unis, le sociologue F.S. Chapin y a vu une impossibilité : l'idée d'évaluer l'effet d'une mesure publique de façon purement « étanche » était, selon lui intenable, en vertu de la multiplicité des facteurs agissant sur la vie sociale. Selon Chapin, même si la sociologie en avait été capable, l'opération aurait abouti à créer des groupes parfaitement abstraits, de sorte que la mesure de l'action publique aurait été renvoyée à une sorte de « fiction sociale » (Dehue, 2000).

C'est la psychologie de l'éducation qui a introduit l'idée de comparer des groupes artificiels plutôt que naturels. L'évaluation comparée des méthodes pédagogiques butait sur la même difficulté : comment constituer des groupes d'études homogènes, sachant que l'impact des techniques éducatives a partie liée avec le niveau intellectuel, l'origine sociale ou bien encore le genre de l'élève ? Dans les années 1920, W. McCall recommande d'utiliser le hasard en vue de composer les deux populations de recherche, sous réserve que l'échantillon soit assez important (Dehue, 2000).

Dans les années 1930, le statisticien R. Fisher conclut, par d'autres voies, à la même nécessité de composer la population d'étude par allocation aléatoire. En vue de déterminer, à l'issue de l'épreuve, dans quelle mesure les groupes font part de différences significatives, il élabore un test statistique resté fameux : l'analyse de covariance. Mais, il est vrai

que, chez Fisher, l'expérimentation s'était d'abord appliquée à l'agronomie, c'est-à-dire au rendement acquis par l'adjonction d'engrais dans la production agricole. Dans ce cadre, la randomisation n'affecte pas la population randomisée. En revanche, l'application du procédé à l'être humain doit composer avec l'interaction sociale et, en médecine en particulier, avec la relation du praticien et du patient.

L'introduction du placebo est quant à elle plus ancienne, même si elle n'a été associée à la randomisation qu'au ^{xx}e siècle. Le procédé, conçu au ^{xviii}e siècle, s'appuyait sur le constat suivant : la pratique médicale avait révélé que des substances inactives pouvaient être porteuses d'amélioration, en vertu d'effets dits « psychologiques », assez mal identifiés, imputables tant aux anticipations du patient qu'à l'échange entre les deux protagonistes de la consultation (Kirsh, 1997). En distribuant le traitement et le placebo à l'insu des patients, la procédure laissait présager que l'amélioration procurée par le traitement, si elle s'avérait significative, pourrait être affectée à la part proprement active de la thérapeutique, et non à un pur effet de suggestion (Kaptchuk, 1998).

À partir des années 1950, l'expérimentalisme médical, qu'on désigne aujourd'hui plus communément sous le terme de médecine des preuves (evidence-based medicine), va ajouter l'idée d'étendre cette clause au médecin expérimentateur afin qu'il ne sache pas si le sujet qu'il examine est ou non traité. Avec cette extension, la procédure allait prendre la forme qu'on lui connaît aujourd'hui, à savoir celle de l'essai clinique randomisé avec placebo en double aveugle. Un tel dispositif, construit à l'insu du clinicien, cherche à l'évidence moins à tirer parti de ses différents savoirs qu'à les mettre à l'écart. Pourquoi ?

L'expérimentalisme médical contemporain, tel qu'il est soudé à la méthode des essais cliniques, doit son origine à une perspective qui exclut l'apport de la théorie comme celui de l'intelligence pratique, pour ne considérer que l'impact que l'expérience de recherche est capable d'exercer sur le vivant. Si on se réfère à U. Tröhler (2000), ce projet naît également au ^{xviii}e siècle. La médecine est alors divisée entre deux approches : le rationalisme et l'empirisme. La première place le savoir médical dans la théorie, c'est-à-dire dans une connaissance raisonnée de la pathologie et de ses causes. La seconde privilégie la pratique médicale et l'art thérapeutique. Le problème rencontré par le rationalisme médical a trait à son degré d'abstraction : il n'est pas en mesure d'estimer l'efficacité des thérapeutiques. Quant à l'empirisme, s'il est bien guidé par l'intervention médicale, il est incapable d'indiquer pourquoi, au-delà d'un constat d'expérience, une pratique clinique mérite d'être généralisée. Les deux versants, théoriques et pratiques, de la médecine faisaient ainsi face à la même part d'ignorance (Tröhler, 2000).

L'expérimentation, alors naissante, a cherché à faire de cette difficulté un atout. Selon elle, si l'ignorance était utilisée de façon intentionnelle et gérée de manière méthodique et réglée, elle pouvait être à la source d'un savoir nouveau. Pour cela, il importait que l'expérience scientifique fasse abstraction des savoirs théoriques et de l'art médical : privé ainsi de ses projections de sens, le médecin chargé d'examiner l'évolution du malade n'aurait plus eu, selon le modèle, qu'à considérer les faits (Kaptchuk, 2000).

L'application des essais aux psychothérapies : un ajustement contraint

L'intention de soumettre les psychothérapies à une étude d'efficacité naît dans les années 1950. La psychanalyse, qui domine alors aux États-Unis, doit répondre des critiques qui lui sont adressées par les partisans d'une lecture plus organiciste des troubles psychiques, à commencer par celle d'H. Eysenck pour qui les névroses connaissent, dans la majorité des cas, une rémission naturelle. Mais le projet d'évaluer les psychothérapies fait également écho aux contraintes exercées par l'État et le système assurantiel américain sur le remboursement des soins : d'où la nécessité pour la psychiatrie de démontrer par la preuve l'efficacité de ses thérapies (Le Moigne, 2008).

Dans ce cadre, l'expérimentation conduite sur le traitement du trouble mental pouvait dès lors s'attacher, non plus seulement à comprendre le fonctionnement des psychothérapies à proprement parler, mais à en certifier l'efficacité par un examen statistique. Toutefois, la rigueur de l'experimentalisme a dû concéder ici certains aménagements de procédure. Dans ce cas particulier, l'acte thérapeutique ne peut être mené à l'insu du thérapeute, ni être caché au patient : la psychothérapie réclame la participation active des deux acteurs du traitement et ne peut par conséquent être soumise à la règle du double aveugle. Cet amendement a placé l'évaluation devant trois problèmes particuliers (Garfield, 1992).

En premier lieu, les cliniciens et les patients étant engagés dans le processus thérapeutique en toute connaissance de cause, à qui reviendrait le droit d'apprécier l'efficacité du traitement ? La procédure de notation revenait à requérir du praticien qu'il évalue son propre travail, sauf à demander au patient qu'il se prononce sur la compétence de son thérapeute. Le recours à un juge indépendant ne laissait pas augurer un meilleur arbitrage puisque, dans pareil cas, l'évaluation des mérites du

clinicien serait laissée à un confrère. Le problème, jamais réglé, fut laissé à l'appréciation des chercheurs.

En second lieu, à la différence des thérapeutiques médicinales qui peuvent circuler sans que leur structure moléculaire en soit changée, le format des psychothérapies est nécessairement appelé à varier dans l'espace et le temps : il évolue d'un thérapeute à l'autre et reste marqué par l'échange avec le patient. Comment mesurer l'effet d'un évènement si celui-ci n'est pas stable ? Pour faire face à ce problème, les évaluateurs ont cherché à soumettre à l'épreuve des faits des techniques strictement homogènes en les calibrant au moyen de protocoles. La standardisation des techniques évaluées paraissait d'autant plus requise qu'en l'absence du double aveugle on pouvait craindre une variabilité massive de l'exercice thérapeutique et le retour en force des biais imputés aux convictions du thérapeute. Toutefois, en soumettant le déroulement des thérapies à un tel paramétrage, l'expérimentation s'est appliquée à l'examen d'une clinique dont on peut douter qu'elle corresponde à l'exercice réel de la psychothérapie. Par quoi le risque est bien contenu ici de mesurer les effets d'une thérapie prescrite par le protocole plutôt que ceux des thérapies effectivement remboursées par le système de soin.

Enfin, dans la mesure où l'existence de « psychothérapies inertes » est difficile à concevoir, l'usage du placebo, indissociable de la définition canonique des essais randomisés, a dû laisser place à deux autres formules : soit le groupe témoin bénéficie d'une thérapie concurrente à celle qui est testée en première intention, soit il est composé de patients qu'on inscrit sur une liste d'attente, en leur promettant qu'un traitement leur sera délivré à échéance de 4 ou 6 mois. Dans ce dernier cas, la procédure cherche à apprécier dans quelle mesure la proportion de rémissions naturelles (à l'intérieur du groupe témoin) pourrait s'avérer comparable au taux d'amélioration obtenu en propre au moyen de la psychothérapie (au sein du groupe traité). Pour autant, ce découpage est-il tenable ?

L'action des psychothérapies : une efficacité trouble

Une des manières de répondre à cette question consiste à se pencher sur ce qu'en disent les évaluateurs eux-mêmes. Que pensent-ils de la façon avec laquelle les essais cliniques mettent à l'épreuve les psychothérapies ? On peut se référer ici à l'article de synthèse que S. Garfield a consacré à cette question dans un livre publié par l'American Psychological Association en 1992, à l'occasion du centenaire de la nais-

sance des psychothérapies (Garfield, 1992). Garfield montre combien il est difficile d'assimiler les essais randomisés à une mesure même approchée de la pratique clinique. Voici en quelques points, les éléments les plus saillants de son argumentaire :

- afin de s'assurer que les expérimentateurs se réfèrent bien à la même technique thérapeutique, ceux-ci doivent suivre à la lettre le protocole d'intervention consigné dans le manuel d'expérimentation. Cette « *manualisation* » de la clinique, selon l'expression de Garfield, produit les termes d'un exercice thérapeutique qui n'existe pas. Il s'agit d'une pratique experte de la psychanalyse, des thérapies cognitives ou behavioristes qui entend incarner un modèle d'activité thérapeutique mais dont on est incapable de dire s'il informe de quelque façon que ce soit l'exercice quotidien du thérapeute ;
- les patients sélectionnés au moyen des échelles diagnostiques sont, en raison des règles d'inclusion, peu représentatifs des cas examinés par la clinique. Ainsi, en vertu de ces critères (sévérité des symptômes, absence de comorbidité, de prescription en cours, de risque suicidaire, etc.) on a pu estimer, par exemple, que seuls 10 % environ des déprimés pouvaient en probabilité intégrer les essais dédiés à la psychopharmacologie de la dépression (Zimmerman et al., 2002). En matière de psychothérapie, le biais de sélection est d'autant plus grand que les sujets sont volontaires, et donc déjà largement acquis au bénéfice potentiel de la cure. C'est pourquoi, selon Garfield, il y aurait lieu de se demander ce qu'il adviendrait des mesures d'efficacité si on étendait les essais aux publics les moins enthousiastes à l'égard des psychothérapies ;
- la distinction expérimentale des groupes témoins et des groupes contrôles ne peut être assurée complètement dans les faits. Pour les patients en liste d'attente, la promesse d'un traitement différé ne suffit pas toujours à calmer leur plainte, parfois elle y ajouterait plutôt. De la même manière, la répartition au hasard des sujets est souvent difficile à respecter. Cette difficulté est particulièrement criante lorsque l'essai s'applique à la comparaison des psychothérapies et des chimiothérapies. D'abord, les patients manifestent souvent une préférence, soit pour le recours médical, soit pour la psychothérapie, ce qui peut les conduire à refuser leur affectation si elle ne correspond pas à leurs desiderata. Ensuite, les personnes intégrées à la file d'attente nécessitent parfois d'être prescrites, notamment par prévention d'un suicide. Ainsi, la procédure d'évaluation, par les interactions qu'elle fait naître entre examinateurs et sujets, peut avoir « *sa part* » dans l'évolution de l'affection, et réclamer une adaptation en vertu des symptômes exprimés par le patient ;

- le dernier problème soulevé par Garfield a trait à l'appréciation des résultats de l'évaluation, en particulier, la durée à réserver au traitement a fait l'objet d'un débat qui n'a pas non plus été tranché. Si une thérapie n'apporte pas d'amélioration significative après 6 mois, doit-on pour autant conclure à son absence d'efficacité ? Plus globalement, la question sur laquelle bute l'évaluation chiffrée du rendement thérapeutique concerne la délicate conversion de l'information statistique au propos de la clinique. Pour une échelle en 13 points, par exemple, toute notation inférieure à 6 à l'issue de l'essai pourra être associée à une amélioration significative. Sur un plan clinique, cela signifie qu'une symptomatologie résiduelle est encore présente. Dans pareil cas, faut-il envisager de poursuivre le traitement ? Cette comptabilité s'accorde sur un seuil qui enferme en réalité une multitude de cas cliniques : la note représentant la somme d'une série indifférenciée de symptômes, on trouvera, parmi les patients dont l'état s'est amélioré, des personnes dont l'humeur, l'idéation ou bien encore le rythme psychomoteur reste dégradé, c'est-à-dire autant de signes réclamant une prise en charge spécifique.

L'article de Garfield se conclut sur l'idée suivante : plus on formalise le protocole des essais cliniques, plus on s'éloigne de la pratique réelle des cliniciens. Il écrit ainsi : « Plus l'essai expérimental est contrôlé, plus les cliniciens sont dûment sélectionnés et entraînés, plus les patients sont déterminés à participer à la recherche et sont susceptibles de demeurer dans le programme, plus les mesures établies avant et après la cure sont formalisées, plus les critères de sélection des patients sont rigoureux, plus sera grand l'écart entre les résultats de la recherche et ceux de la pratique » (Garfield, 1992 : 337).

Mais, au-delà de la dimension d'artefact de la procédure, sur quels résultats débouchent ces évaluations ? Et quelles conclusions en sont déduites ? L'article de Lambert et Bergin (1992), publié dans le même ouvrage que celui de Garfield, apporte quelques réponses à ces questions. Selon les auteurs, 80 % des patients engagés dans une psychothérapie connaissent une amélioration significative. En revanche, en l'absence de traitement, le taux de rémission ne serait plus que de 40 %. L'efficacité des psychothérapies est patente pour l'ensemble des modèles étudiés, lesquels sont d'ailleurs pour la plupart de facture proprement anglo-américaine (TCC, psychanalyse dynamique, thérapie interpersonnelle, etc.).

Selon les auteurs, que l'efficacité des psychothérapies puisse ainsi se jouer des clivages d'obédiences et de pratiques oblige à conclure à l'existence d'un principe d'action partagé par l'ensemble des modèles. Par extrapolation, le constat laisse à penser que la psychothérapie, quelle

qu'en soit la forme, est douée d'une qualité thérapeutique qui lui est spécifique. Laquelle ? Lambert et Bergin font ici valoir une première hypothèse, souvent mentionnée par l'évaluation : la psychothérapie agirait comme un placebo. Sous ce jour, elle pourrait être comparée à un pseudo-traitement qui redonne espoir au patient, simplement en vertu de l'attention qui lui est prêtée à cette occasion. On est perplexe : si on se réfère au langage des essais, dire que le traitement évalué agit comme un placebo, c'est considérer qu'il est dénué en propre d'une propriété thérapeutique.

La revue de littérature conduite par Shapiro en 1982 permet d'ouvrir une autre perspective (Shapiro et Shapiro, 1982). À partir de la recension des études consacrées au traitement de la dépression, Shapiro parvient à la conclusion suivante : si les thérapies par antidépresseurs obtiennent les résultats les plus probants, les taux d'amélioration imputables aux psychothérapies n'en restent pas moins supérieurs à ceux obtenus au moyen d'un médicament placebo. Cette étude suggère donc que les techniques psychothérapeutiques sont bel et bien douées d'une propriété thérapeutique. Mais, si celle-ci ne se réduit pas à un pur effet de suggestion, quelle en est encore une fois la nature ?

Lambert et Bergin font valoir ici deux nouvelles hypothèses. La première a trait à ce qu'on pourrait appeler « l'effet thérapeute ». La sensibilité, l'honnêteté, la disponibilité d'écoute du clinicien conditionneraient ainsi pour beaucoup l'issue de la thérapie. Logiquement, la seconde hypothèse que Lambert et Bergin (1992) mettent en avant a trait à « l'effet patient ». Ainsi, Strupp (1980), comparant l'action engagée par des thérapeutes auprès de groupes dépressifs et anxieux, fait remarquer que la probabilité de l'amélioration, au-delà de l'affection considérée, varie de manière significative selon que le patient coopère ou démontre au contraire une attitude de désengagement, voire d'opposition. C'est pourquoi, selon Strupp, la personnalité, l'organisation de l'ego, la maturité, la motivation et la capacité à s'engager de manière productive dans une thérapie verbale représentent, du côté du patient, autant de dispositions susceptibles d'influer sur le cours du traitement.

De ces obstacles à la thérapie se déduisent par contraste les mérites qui lui sont attribués : l'action de la psychothérapie obéit, selon ces évaluateurs, à la qualité de la relation qu'elle permet d'instaurer. À la dimension technique de la cure, il conviendrait donc d'ajouter un facteur relationnel, jugé plus déterminant. Il y a là un truisme, les psychothérapies procédant, par définition, d'une technique relationnelle.

En effet, la cure ne requiert pas seulement du patient qu'il consente à y participer, comme dans le cas d'un essai clinique. Car, ni le contrat ni le donné ne sont les mêmes ici : le premier se fonde sur une mutualité

d'attentes, le second puise sa matière dans le produit même de l'interaction. Pour le dire autrement, une psychothérapie ne peut valoir comme telle que si elle repose sur le préalable d'un accord entre le patient et son thérapeute sur le déroulement de la cure, que ce déroulement soit ou non asymétrique comme dans le cas de l'analyse freudienne. C'est cette réciprocité conditionnelle, étrangère au canevas des essais, qui doit permettre en probabilité de libérer une possibilité d'échange entre les deux protagonistes, cet échange constituant par suite le matériau sur lequel s'appuiera la cure.

À travers l'évaluation des psychothérapies, la généralisation des essais cliniques a buté, d'une certaine manière, sur son point-limite. De fait, la méthodologie des essais a été ici amendée puisque le recours au double aveugle et au placebo ne pouvait y être pratiqué. Toutefois, au-delà de cela, il y a lieu de s'interroger sur l'intérêt et les limites de cette transposition de méthode. Cette transposition produit sur le terrain des psychothérapies un effet de clôture qui tend non seulement à soumettre la règle locale à la règle prescrite, mais à la priver de son sens et de son intelligibilité, au point de la vider de son objet et donc d'en rendre l'examen impossible.

De fait, le dispositif conçu par la biomédecine est né de l'intention d'isoler, pour une maladie donnée, la part proprement active des thérapeutiques en vue d'en spécifier l'intérêt médical. À cette fin, les essais cherchent à rendre inopérantes les variables susceptibles d'interférer avec la mesure des performances intrinsèques de la thérapeutique, à commencer par l'interaction du clinicien et du patient. Si on admet que l'action de la psychothérapie procède d'un travail de la relation, lui appliquer le modèle des essais revient donc, en substance, à vouloir déterminer son rendement au moyen d'une méthode qui en neutralise l'impact.

Liens d'intérêts : *l'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Dehue T., 2000, From deception trials to control reagents: The introduction of the control group about a century ago, American Psychologist, 55, 264-269.

Garfield S.L., 1992, Major issues in psychotherapy research, In : Freedheim D., ed., History of Psychotherapy. A Century of Change, Washington, APA, 335-359.

Goffman E., 1991, *Les cadres de l'expérience*, Paris, *Les Editions de Minuit*.
Kaptchuk T.J., 1998, *Intentional ignorance. A history of blind assessment and placebo controls in medicine*, *Bulletin of the History of Medicine*, 72, 389-433.

Kirsch I., 1997, *Specifying non-specifics: Psychological mechanisms of placebo effects*, In : Harrington A., ed., *The Placebo Effect: An Interdisciplinary Exploration*, Cambridge, *Harvard University Press*, 166-186.

Lambert M., Bergin A., 1992, *Achievement and limitations of psychotherapy research*, In : Freedheim D., ed., *History of Psychotherapy. A Century of Change*, Washington, APA, 360-390.

Le Moigne P., 2008, *L'efficacité thérapeutique : les psychothérapies de l'expérimentalisme à l'évaluation*, In : Champion F., ed., *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, 215-235.

Shapiro D.A., Shapiro K., 1982, *Meta-analysis of comparative outcome studies: A replication and refinement*, *Psychological Bulletin*, 92, 581-564.

Strupp H.H., 1980, *Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases-comparison*, *Archives of General Psychiatry*, 37, 4, 947-954.

Tröhler U., 2000, *To Improve the Evidence of Medicine. The 18th Century British Origins of a Critical Approach*, Edinburgh, *Royal College of Physicians*.

Zimmerman M., Mattia, J.L., Posternal M.A., 2002, *Are subjects in pharmacological trials of depression representative of patients in routine clinical practice?*, *American Journal of Psychiatry*, 159, 3, 469-473.