Research in Psychoanalysis 23|2017/1

Rubrique "Méthodologie de la recherche"

De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en psychothérapie et en psychanalyse

From the Evaluation of Psychotherapies to Research in Psychotherapy and Psychoanalysis

[En ligne] 8 mai 2017

Jean-Michel Thurin

Résumé :

Douze ans se sont écoulés depuis la publication de l'expertise Inserm : *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Où en sommes-nous ? Au niveau international, les études concernant l'efficacité de l'approche psychanalytique se sont multipliées. Parallèlement, les comparaisons d'approches globales sont sorties des priorités de la recherche en psychothérapie, au profit d'études centrées sur les conditions et les causes intervenant dans les processus de changement. En France, un réseau Inserm de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques s'est constitué. Associant cliniciens et chercheurs, il développe depuis 2008 une méthodologie innovante sur l'action thérapeutique. À partir de l'étude approfondie de cas traités dans des conditions naturelles, ses perspectives sont cliniques, pratiques et théoriques. Une centaine de psychanalystes y participent dans les pôles autisme et borderline, et différentes publications rendent compte des observations réalisées.

Abstract:

Twelve years have passed since the publication of the collective-expert assessment report by Inserm [Institut national de la santé et de la recherche: French National Institute for Healthcare and Research], on "Psychotherapy, Three Approaches Evaluated". Where do we stand now? At the international level, study trials on the efficacy of the psychoanalytical approach have multiplied. In parallel to this, comparisons with wider approaches have become a priority in research in psychotherapy, to the profit of study trials focused on the conditions and the causes that intervene in processes of change. In France, an Inserm network of research projects founded on psychotherapeutic practices has been formed. Bringing together clinicians and researchers, since 2008 it has been developing an experimental methodology of therapeutic action. Based on circumstantial study of cases treated in "natural" conditions, its perspectives are clinical, practical, and theoretical. A hundred or so psychoanalysts have been participating in autism and "borderline" research hubs, and different publications have offered accounts of the observations that have been carried out.

Mots clés : évaluation des psychothérapies, psychanalyse, processus de changement thérapeutique, conditions naturelles, études de cas

Keywords: evaluation of psychotherapies, psychoanalysis, process of therapeutic change, natural conditions, case studies

Plan :

Évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ?

1. De l'expertise collective, à l'évolution des méthodes et de l'objet des études

1.1. Le contexte international de l'expertise collective et son évolution

1.2. Le développement des recherches sur les processus de changement

1.3. Évolution du contenu des études

1.4. Une évolution majeure de la position de l'Association Américaine de Psychologie par rapport au modèle de l'EBM

– 2002 : Les critères pour l'évaluation des recommandations de traitement

– 2005 : Pratique fondée sur des données probantes en psychologie

– 2013 : Reconnaissance de l'efficacité réelle de la psychothérapie

2. Les autres évolutions

2.1. Une croissance du nombre des études

2.2. Études de résultats et comparaison des approches

2.3. Évolution générale de la recherche thérapeutique

3. De la recherche en psychothérapie à la recherche en psychanalyse

Conclusion

L'auteur :

Jean-Michel Thurin
Réseau de Recherches sur les Pratiques Psychothérapiques
Psychiatre, Psychanalyste.

9 rue Brantôme
75003 Paris
France

Référence électronique

Jean-Michel Thurin, « De l'évaluation des psychothérapies à la recherche en psychothérapie et en psychanalyse », *Research in Psychoanalysis* [En ligne], 23|2017/1, mis en ligne le 8 mai 2017.

Texte intégral

Droits d'auteur
Tous droits réservés

Déclaration de conflits d'intérêt
Jean-Michel Thurin déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le texte publié.

Évaluation des psychothérapies, où en sommes-nous ?

1. De l'expertise collective, à l'évolution des méthodes et de l'objet des études

L'expertise Inserm de 2004[1] a marqué un tournant pour la psychanalyse en France. Discipline de référence et pratique dominante depuis un demi-siècle, son efficacité et ses fondements théoriques se sont trouvés contestés. Ils continuent de l'être. L'argument général de cette contestation a été une absence de légitimité scientifique parce que, suivant les critères de l'EBM, les preuves de son efficacité étaient limitées. Face à ce jugement, deux lignes de défense sont apparues : la première a été la réfutation globale de toute possibilité d'évaluation de la psychanalyse et par extension des psychothérapies psychanalytiques ; la seconde a été l'examen approfondi de la méthodologie dont sont issues les conclusions de l'expertise collective (résultats issus d'essais cliniques menés en laboratoire) et l'approfondissement, puis la mise en oeuvre de ce que peut être une évaluation scientifique des psychothérapies psychanalytiques et autres (Thurin 2004[2], Thurin & Briffault 2007[3]).

1.1. Le contexte international de l'expertise collective et son évolution

Cette seconde orientation a trouvé un appui important dans la recherche internationale. La contestation de la méthodologie adoptée pour l'évaluation des psychothérapies y a déjà pris de l'ampleur lorsque l'expertise collective est publiée. Elle s'exprime dans de nombreuses universités américaines de psychologie et européennes de psychiatrie. Elle porte sur les limites, voire le caractère fondamentalement inapproprié, des essais contrôlés randomisés et du DSM sur les diagnostics desquels ils sont conçus. Elle met également en garde sur les conséquences que cette approche peut avoir pour les pratiques de ce type de recherche dans le contexte de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) (Westen & *al.*[4]).
De nombreux articles commencent à être publiés dès 1986 dans les principales revues scientifiques de psychologie américaines (voir par exemple les éditoriaux et articles de Vandenbos[5] et de Kazdin[6, 7] dans

l'American Psychologist et le *JCCP*), européennes et d'Océanie. Plusieurs ouvrages[8, 9] sont également consacrés à ce sujet. La question de l'intégration de la science et de la pratique, ainsi que celle de l'utilisation qui est faite des statistiques, des facteurs qui contribuent à l'attribution d'une validation empirique à un traitement fait l'objet d'un débat public initié par Westen, Novotny et Thompson-Brunner.[10]

Les facteurs de réalité, que révèle la recherche issue des études de résultats, rendent incontournables les questions méthodologiques soulevées par l'adoption systématique des études expérimentales suivant le modèle de la psychopharmacologie. Il y a d'abord l'énigme du *Dodo bird verdict*. Cette expression est popularisée par Luborsky[11] pour aborder le constat d'une équivalence des résultats issus des différentes approches psychothérapiques dans les premières méta-analyses. Elle lance le débat de l'influence respective des facteurs non spécifiques (les qualités de la relation) et spécifiques (les actions centrées sur un problème ou un déficit particulier). La grande étude sur la dépression, censée contrôler tous les facteurs d'erreur, conduit également à une observation paradoxale : les mêmes approches (cognitivo-comportementale et interpersonnelle) appliquées dans des lieux différents ne conduisent pas à la même conclusion sur leur efficacité relative. Ces constats rendent incontournable une évolution majeure de la méthodologie.[12] Il n'est plus possible de se contenter d'études centrées sur la comparaison des symptômes avant et après l'application ou non du traitement. Il est nécessaire d'ouvrir la « boîte noire » qui a fonctionné entre ces deux temps.

1.2. Le développement des recherches sur les processus de changement

Dans cette perspective, le concept de « recherche sur les processus de changement » est introduit par Greenberg[13] (1986). Il se réfère à la recherche qui va au-delà de la vieille dichotomie processus / résultats en se centrant « sur l'identification, la description, l'explication et la prédiction des effets des processus qui causent le changement thérapeutique ». Cette approche reconnaît la complexité du processus psychothérapique et tente d'analyser le développement successif, moment par moment, des fonctionnements de la personne dans différents états et contextes. Elle peut représenter une alternative aux études expérimentales (Greenberg 1991).[14]

La recherche se déplace peu à peu de l'association et interaction entre variables vers une étude plus complexe des processus de changement. Le processus devient une succession de configurations dont on peut préciser certains déterminants particuliers sur lesquels l'action thérapeutique est centrée. Parmi ces configurations, on trouve les croyances pathogènes, les conflits relationnels centraux, les réactions problématiques, les cycles interpersonnels négatifs, mais aussi l'effet des variables de contexte. Ces configurations appellent des interventions intermédiaires spécifiques qui peuvent être décrites.

Il devient ainsi concevable de déterminer :

a) les interventions les mieux appropriées à différents moments/événements de la thérapie,

b) le type d'occurrences intra-thérapie [et extra- thérapie] auxquelles ces interventions sont les mieux adaptées,

c) le type de changement intermédiaire que l'on peut en attendre (Safran & *al.* 1986[15], Silberschatz & *al.* 1989[16]).

La question des mécanismes de changement, c'est-à-dire, le changement intermédiaire qui peut désenclaver une réaction spontanée et/ou une situation bloquée devient ainsi potentiellement accessible. La recherche doit viser à démontrer que, pour *ce* déterminant, *cette* intervention produit *ce* type de résultat.

La description des différentes questions et contributions méthodologiques et techniques qui vont contribuer à réaliser ce programme se situe au-delà de l'objet de cet article.

Plusieurs aspects sont néanmoins à souligner : la constitution d'une nouvelle génération d'études de cas permettant d'associer les approches qualitative et quantitative et la dynamique des enchaînements qui conduisent aux changements (modèle transactionnel)[17] ; la formulation de cas, complétant beaucoup le diagnostic catégoriel et réintroduisant la psychopathologie, le contexte, et la conception d'objectifs et d'une stratégie spécifique dans chaque psychothérapie[18] ; l'introduction de concepts (modérateurs, médiateurs, mécanismes) permettant de situer et de modéliser les variables qui interviennent dans le processus de changement ; le développement d'instruments permettant d'extraire les éléments les plus caractéristiques du processus ; l'introduction et le développement de méthodes statistiques appropriées ; l'indispensable coopération cliniciens chercheurs ; le dépassement de la référence quasi exclusive aux études expérimentales et l'introduction des études quasi expérimentales et observationnelles comme méthodes à part entière de la recherche.

Finalement, ce sont les questions concernant l'épistémologie (positiviste, constructiviste, psychologique pragmatique)[19], la pratique et qui la conduit (technique appliquée ou approche ajustée au patient), la théorie, ce qu'elle introduit et ce qui la soutient, ce qui est « scientifique », « pas scientifique » ou « pseudo-scientifique » (Stiles[20], Westen & *al.*[21], Shedler[22]), la causalité sous l'angle des facteurs de risque en psychopathologie et des facteurs de récupération et, dans le processus de santé et de développement, ce qui fait preuve ou permet de la construire dans le champ (Kazdin,), et bien d'autres encore qui sont posées.

1.3. Évolution du contenu des études

Sur le plan du contenu des études, les comparaisons d'approches globales relatives à des troubles généraux définis (dépression, troubles anxieux, schizophrénie) se sont raréfiées. Les études portent, d'une part, sur des situations plus spécifiques dans lesquelles s'expriment les troubles (p.e., dans le cadre de la dépression, suivant l'âge, le contexte de vie, en association à d'autres troubles psychiques et/ou somatiques[23]...) et, d'autre part, sur les ingrédients et les mécanismes de changement en psychothérapie, ainsi que sur ce qui conditionne l'effet d'une intervention (le contexte interne et externe de la psychothérapie). Dans ce second type d'études, le résultat teste l'opportunité d'une action spécifique ou l'effet d'une situation particulière qui peut inhiber ou renforcer l'action thérapeutique. Ces études s'inscrivent dans une perspective de recherche fondamentale tout en étant de nature clinique, proche des questions qui se posent en pratique quotidienne sur la façon d'aborder une situation psychopathologique particulière et la technique qui l'accompagne, en relation à une ou plusieurs théories.
Dans les deux types d'études, la dimension polymorphe des troubles, non seulement en terme d'expression clinique, mais également en terme de développement et de relation au contexte prend une importance particulière. La dimension de l'ajustement de la pratique aux spécificités du patient et de ce qui cause ses problèmes est centrale. La psychanalyse est entrée depuis longtemps (toujours) dans cette perspective d'un point de vue général et à partir d'études de cas développées. Autour et dans la théorie générale de la psychanalyse (Ics, mécanismes de défense, transfert,…), elle n'a cessé de développer son champ en proposant différentes théories particulières, notamment pour « la » dépression et l'angoisse (Thurin 2010[24]), l'autisme (Haag 2012[25]), les troubles de la personnalité borderline (Clarkin & *al.* 2001[26]), l'hystérie, etc. L'articulation de la théorie avec une pratique spécifique n'est pas toujours réalisée.

La question de départ « Les psychothérapies sont-elles efficaces ? » est ainsi devenue aujourd'hui « Pourquoi, comment et dans quelles conditions particulières une psychothérapie produit-elle des effets ? »[27]

Pour l'aborder, les principales recommandations sont d'introduire dans la recherche le processus interne de la psychothérapie à partir de ses acteurs, à savoir le patient, le thérapeute et leur interaction, de prévoir une chronologie des changements et d'introduire plusieurs médiateurs candidats (les éléments qui sont susceptibles d'intervenir dans un processus d'action thérapeutique) et dont l'activité et le moment où elle s'exprime pourront être identifiés, d'inclure des approches individualisées et qualitatives dans les évaluations des résultats de la psychothérapie.[28] Il est également recommandé de considérer les convergences et complémentarités entre différentes orientations théoriques.[29]
Ici, la méthodologie bascule. Elle ne relève plus du laboratoire à partir de thérapies préconçues réalisées avec des patients ad hoc. Il s'agit de réunir les expériences individuelles des cliniciens, de repérer à partir des pratiques réelles et de comprendre si, pourquoi et comment une thérapie marche. Certains utilisent ici le terme de practice-based evidence (Barkham & Mellor-Clark[30]).

1.4. Une évolution majeure de la position de l'Association Américaine de Psychologie par rapport au modèle de l'EBM

Cette contestation, le débat scientifique approfondi et le développement de méthodes alternatives qui l'accompagnent conduisent à une évolution majeure de la position de l'Association Américaine de Psychologie.
Revenant sur la démarche qu'elle avait impulsée et soutenue dans les années 90 à partir de sa Division 12 « psychologie clinique » (il y en a 54), l'Association Américaine de Psychologie publie trois documents de référence qui sont adoptés sous forme de résolutions :

– 2002 : Les critères pour l'évaluation des recommandations de traitement[31]

Ce texte insiste sur le fait que l'approche par troubles (DSM, CIM) ne représente souvent qu'une base faible pour déterminer les niveaux appropriés de soin et les autres caractéristiques du traitement. Deux axes guident l'évaluation des recommandations, l'efficacité et l'utilité clinique du traitement. À propos de l'efficacité, il y a de nombreuses remarques sur les points qui posent problème dans les ECRs. Concernant l'utilité clinique, le texte met l'accent sur deux points : la nécessité de prendre en compte la complexité du patient dans ses différentes dimensions et l'utilité clinique d'une thérapie (qui n'est pas équivalente à l'efficacité statistique). Il soutient l'observation clinique et les études de cas systématisées.

– 2005 : Pratique fondée sur des données probantes en psychologie[32]

Ce texte, après un bilan de l'orientation prise dix ans plus tôt, établit une description détaillée de ce que peut être une pratique fondée sur la preuve en psychologie pour le soin et la recherche. Le premier axe est la restauration du rôle central de *l'expertise clinique.* Le second axe concerne la recherche, en insistant sur la pluralité et la complémentarité des méthodes, chacune ayant des indications préférentielles. Les essais contrôlés randomisés sont une approche parmi d'autres. Les recherches sont intégrées à partir des questions issues de l'expertise clinique, plusieurs approches conjuguent leurs effets (convergence). Le troisième axe concerne le patient et l'importance de la prise en compte de ses spécificités, valeurs et préférences. C'est l'intégration de ces trois axes dans l'acte clinique qui constitue la pratique fondée sur la preuve.

– 2013 : Reconnaissance de l'efficacité réelle de la psychothérapie[33]

Ce troisième texte, présente en trois pages les définitions de la psychothérapie, les recherches portant sur son efficacité et l'étendue du champ de ses indications classées par situations, troubles, âges,

populations pour lesquelles la psychothérapie a démontré qu'elle est efficace. Les cinq pages suivantes présentent la littérature correspondante. Plusieurs résultats transversaux de la recherche sont soulignés :
a) les différentes formes de psychothérapies produisent typiquement des résultats relativement similaires,
b) la recherche montre que l'attention portée aux besoins et spécificités du patient permet d'identifier les façons d'améliorer les différentes formes de psychothérapies,
c) les caractéristiques du patient et du thérapeute, qui ne sont habituellement pas prises en compte par les diagnostics ou l'usage par le thérapeute d'une psychothérapie spécifique, affectent les résultats.
La conclusion de ce texte est que la psychothérapie doit être reconnue formellement dans le système de soin comme une thérapie fondée sur la preuve.

2. Les autres évolutions

2.1. Une croissance du nombre des études

Une recherche bibliographique menée de 2002 à 2013 sur la base internationale *PubMed*, qui réunit les articles du champ médical issus de revues à comité de lecture respectant certaines conditions, montre que le nombre annuel des études portant sur la psychothérapie psychanalytique a été multiplié par trois depuis 2002 (en 2002, on en comptait 50/an, en 2008: 96, en 2013: 168). L'évolution (x 3) est sensiblement identique pour les publications qui concernent les approches cognitivo-comportementales, mais avec un nombre de publications beaucoup plus important pour elles (en 2002: 1789, 2008: 3335, 2013: 5512). Le nombre des articles sur la psychothérapie psychodynamique indexés dans *PubMed* représente ainsi 3 % de celui des thérapies cognitivo-comportementales ! Sur la même période, dans *PsychInfo*, 445 références concernent la psychothérapie psychodynamique, avec une pointe en 2011 (63) et en moyenne 25 articles/an ; 917 publications concernent la thérapie cognitivo-comportementale, en progression avec un passage de 55 à 75 articles par an ces dernières années. La comparaison des résultats issus des deux bases, montre que les publications sur les thérapies cognitivo-comportementales sont extrêmement nombreuses dans les revues médicales. Les psychothérapies psychanalytiques sont très présentes dans la littérature psychologique et en progression importante dans leur nombre annuel.

2.2. Études de résultats et comparaison des approches

Si la question générale de l'efficacité des psychothérapies apparaît aujourd'hui réglée (avec une réponse positive), l'efficacité relative d'une approche par rapport à une autre l'est beaucoup moins. Comment expliquer ce constat ? Mis à part le caractère passionnel que peut encore prendre la comparaison des approches, il est généralement reconnu maintenant que c'est une question beaucoup plus complexe à traiter que celle de la comparaison de « marques » sous-tendue par la transposition à la psychothérapie du modèle pharmacologique / concurrentiel sous la forme « Pour tel trouble, appliquer telle intervention, technique, approche », comme s'il s'agissait d'un médicament (ou d'un produit magique à consommer).
La méthodologie qui donnait accès à ce modèle, celle des essais contrôlés randomisés, longtemps considérée comme l'étalon or de l'évaluation, a été remise en question, sans que les critères de validation scientifique d'une autre méthode soient complètement définis. Il existe aujourd'hui d'autres modalités pour aborder la comparaison des approches en maintenant leur identité, leurs différences et les conditions dans lesquelles elles peuvent être appliquées de façon efficace.

2.3. Évolution générale de la recherche thérapeutique

Nous avons vu que les critères de EBP ont rétabli le rôle central du clinicien et du patient, en y intégrant les recherches qui répondent, au moins partiellement, aux questions qui se posent.
Du côté de l'EBM, dont peuvent dépendre les remboursements, mais aussi quelquefois les modalités de prise en charge autorisées, le paysage s'est aussi modifié en profondeur, mais il reste quasi identique en surface, avec une définition des niveaux de preuve qui ne correspond pas à l'évolution actuelle de la recherche. Le travail que nous avons réalisé en relation avec la Has durant l'année 2015[34] portera, je l'espère, ses fruits.
La notion d'« évaluation scientifique » a évolué. Elle est passée d'une perspective binaire oui/non où la validation d'une approche dépendait du nombre d'essais contrôlés randomisés réalisés (2) ou de cas isolés réunis (9), à la qualité méthodologique des études qui ne sont plus seulement expérimentales mais également observationnelles (Has 2013[35]). La référence au DSM a été fortement remise en cause, avec un déplacement des objectifs vers la connaissance des causalités fonctionnelles à différents niveaux et des interventions qui peuvent leur correspondre. La psychothérapie est un niveau d'intervention, mais il y en a d'autres qui sont susceptibles de participer à la même fonction.[36] La preuve s'établit dans un contexte de convergence des données et de la cohérence d'ensemble qu'elles apportent à des connaissances dont la constitution est nécessairement fragmentaire. Concernant la psychanalyse, on peut ainsi remarquer que les connaissances issues des neurosciences ne contredisent pas la théorie psychanalytique, alors que les observations peuvent se situer à des niveaux très différents (par exemple, l'attachement, la séparation, le stress[37]).
Le passage des études expérimentales aux études quasi expérimentales et observationnelles est très important. Il est la conséquence d'au moins deux évolutions qui dépassent le cadre des psychothérapies. La première est le développement de traitements de plus en plus sophistiqués pour des pathologies dont on a découvert la complexité et les différences au sein de leur unité diagnostique. Cela implique des stratégies thérapeutiques de plus en plus ciblées, où l'unité de référence n'est plus la pathologie mais la personne. Cela est particulièrement évident pour les cancers. Pour des raisons à la fois éthiques et de faisabilité, la réalisation d'études expérimentales peut être impossible dans ce cadre et les études observationnelles retrouvent leur légitimité. Cette évolution est renforcée par le développement de nouvelles méthodes statistiques, s'appuyant sur des modèles mathématiques plus élaborés et complexes, dont la mise en œuvre est rendue possible par l'élévation de la puissance des logiciels informatiques et des ordinateurs. Mais il faut tout de suite souligner que les statistiques ne sont qu'un des moyens de la recherche et qu'il en existe d'autres, notamment avec les études de cas, ce qui nous ramène à la psychothérapie.

3. De la recherche en psychothérapie à la recherche en psychanalyse

L'évolution qui vient d'être décrite est potentiellement favorable pour la recherche en psychothérapie parce qu'elle réintroduit la complexité dans la causalité. Le problème ne se réduit pas à la résolution d'un trouble, voire d'un symptôme, pour les besoins de la méthodologie. Une de ses traductions est un nouvel intérêt pour les études de cas qui se caractérisent par :
a) des données qualitatives riches, descriptives, directement observables, et consignées avec soin, (b) des données quantitatives rigoureuses, standardisées, et susceptibles d'analyses statistiques, (c) des interprétations des données faites dans un contexte scientifique, théorique, empirique et dans le cadre de revues expertisées (Fishman[38] 2013).
Tout cela nous conduit aux recherches qui sont menées dans le cadre du Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques que je coordonne avec B. Falissard (Inserm U1178), avec l'aide

notamment de M. Thurin, G. Haag, C. Barthélémy, R. Blanc, D. Cohen et B. Golse. Il comprend actuellement deux pôles : autisme et borderline.
Ce réseau regroupe actuellement une centaine de cliniciens dont la grande majorité est d'orientation psychanalytique avec un pôle autisme et un pôle borderline. Voici comment il fonctionne, en prenant l'exemple du pôle autisme (la méthodologie des autres pôles est la même, avec des instruments de mesure évidemment différents). Il s'agit d'un réseau de recherche clinique, naturaliste, processus-résultats, dont la ressource méthodologique centrale est celle des études observationnelles systématiques de cas. Le terme de cas se réfère à la psychothérapie (son approche, ses acteurs et ses effets). Les études durent un an et sont évaluées à distance.
Les études de cas sont de type « mixte » (Fishman, McLeod & Elliott[39]), c'est-à-dire qu'elles réunissent à la fois des dimensions qualitatives et quantitatives. Le réseau permet de mutualiser les moyens de formation et d'analyse, et de réaliser un regroupement des cas. Chaque cas intervient ainsi à la fois au niveau de son étude individuelle et au niveau des particularités qui le rapprochent et le distinguent des autres. Le fait que la méthodologie soit la même fait de chaque cas une réplication des cas précédents.
Le réseau permet à chaque clinicien de conduire la psychothérapie d'un enfant ou d'un adolescent qu'il suit dans des conditions naturelles, c'est-à-dire comme il le fait habituellement dans son cabinet ou le service dans lequel il travaille.

L'activité de recherche est menée avec deux autres collègues, avec lesquels le thérapeute constitue un groupe de pairs. Le groupe des trois pairs est donc finalement constitué de trois thérapeutes qui travaillent avec deux pairs externes à la thérapie. Les instruments sont utilisés par les cliniciens à partir des comptes-rendus extensifs des séances. Le temps de la psychothérapie et le temps de la recherche sont donc distincts. Le groupe de pairs peut se réunir in situ ou à distance via Internet. Les discussions autour des cotations sont un moment fort.
Dans le pôle autisme, que nous prendrons comme exemple, chaque étude de cas est initiée à partir des premiers entretiens par une formulation de cas structurée et un diagnostic CIM-10 qui complètent les bilans et les tests antérieurs. La formulation de cas réunit en une ou deux pages les données qui concernent :
a) les symptômes et les problèmes actuels de l'enfant, en précisant les événements stressants et déclenchants,
b) les facteurs non dynamiques (p.e. naissance difficile, pathologies associées,…),
c) les aptitudes acquises et le fonctionnement psychopathologique de l'enfant ; les hypothèses associées à ses problèmes actuels et généraux ; les éléments favorables,
d) les objectifs projetés par le thérapeute,
e) sa stratégie de départ.
La formulation de cas réalise donc une évaluation dynamique des symptômes, du développement et du fonctionnement de l'enfant en y associant des objectifs et un point de départ pour les atteindre.

Les effets de la psychothérapie sont évalués à partir de trois registres d'indicateurs de changement, mesurés à quatre temps. D'abord, à l'issue des trois premières séances, puis à partir d'une ou deux séances à deux mois, six mois et douze mois. Ils concernent respectivement les symptômes et comportements autistiques (ECA-r)[40], la pathologie, le processus de développement mental et l'acquisition d'aptitudes (EPCA)[41], et trois acquisitions psychiques, l'insight, la gestion émotionnelle et la relation au monde et aux autres (CPQ).

La description du processus est réalisée à partir d'un instrument, le CPQ (*Child Psychotherapy Process Q-set*) (Questionnaire (classé) de configuration du Processus de la Psychothérapie chez l'Enfant).[42] Le CPQ

constitue un langage commun pour décrire et classer les éléments du processus de la thérapie à partir de cent items. Chaque item est conçu pour être observable, éviter les références à une théorie spécifique. Il est destiné à être en grande partie neutre et à pouvoir être utilisé pour n'importe quelle thérapie. La dimension du classement suivant le degré d'adéquation entre l'observation et les énoncés, propre à la méthodologie du Q-sort, est essentielle. Elle transmet le jugement des cotateurs sur ce qui est très ou peu caractéristique dans la séance. Le CPQ permet de représenter un éventail d'interactions thérapeutiques et notamment de caractériser systématiquement l'interaction thérapeute-patient.
L'évaluation se fait à partir de séances entières (notes extensives, éventuellement complétées d'enregistrements audio ou vidéo), ce qui offre une grande possibilité de cerner les éléments importants et de mieux évaluer leurs effets dans le processus de la thérapie. Le but général de l'instrument est de fournir une définition des caractéristiques du processus thérapeutique qui puisse être utilisé par le clinicien, dans des analyses comparatives ou pour des évaluations pré et post thérapies.

Les mécanismes de changement sont recherchés à partir des cent items du CPQ qui décrivent le processus psychothérapique interne, c'est-à-dire la dynamique interne de l'action thérapeutique produite par l'attitude générale et relationnelle de l'enfant, l'approche et les actions du thérapeute, et les interactions réciproques au cours de la thérapie. Le regroupement par thèmes des items permet de définir des facteurs indépendants (médiateurs) candidats dont la présence et l'importance aux différents temps de la psychothérapie situent leur degré d'implication potentielle dans les changements constatés. La plausibilité de cette implication est établie au niveau du cas individuel à partir des critères de Kazdin et suivant une méthodologie statistique à partir des cas regroupés. Un autre aspect très important, associé au caractère observationnel quasi expérimental de cette recherche, est la description précise des conditions et du contexte des études. Elle est réalisée à partir de dix modérateurs susceptibles d'intervenir favorablement ou défavorablement sur le cours de la psychothérapie.

L'analyse est réalisée à trois niveaux : le cas individuel, les cas réunis et la comparaison des trajectoires d'évolution de cas similaires.
– Le cas individuel permet une description fine des particularités, du processus d'évolution et des résultats de chaque cas à partir de données qualitatives et quantitatives qui apportent à la fois un narratif cinétique de la psychothérapie et des repères quantitatifs, qui sont des points de repère et d'évaluation des changements réalisés.
– Le regroupement des cas permet de rechercher l'explication d'une différence de trajectoire de cas similaires, de présenter les caractéristiques du groupe total ou de sous-groupes de patients, de décrire leurs courbes d'évolution. Le profil d'une séance type et des médiateurs qui s'y dessinent, à partir de l'attitude de l'enfant, de l'approche du thérapeute et de leur interaction à trois temps au cours de l'année peut être présenté.
Ces études réunissent les critères de preuve de l'Association Américaine de Psychologie et reprennent les recommandations de Kazdin concernant l'étude des mécanismes de changement dans les études de psychothérapie .
Parmi les éléments qui sont issus de cette recherche, certains répondent directement à la question de l'efficacité, ce qui est important. Ainsi, sur un an, la réduction des comportements autistiques (ECAR) et le développement de nouvelles aptitudes (EPCA) représentent respectivement en moyenne un progrès cumulé de 48 % et de 39 % par rapport aux évaluations de départ. La gestion et l'expression par l'enfant de ses affects, et la qualité de sa relation au monde et aux autres se sont respectivement améliorés de 37 % et 110 %.
Mais d'autres éléments, qui attirent moins l'attention, sont tout aussi importants : d'abord, l'ajustement de la thérapie à l'enfant et ce qui caractérise les thérapeutes et leur approche : ils sont confiants,

impliqués affectivement, sensibles aux sentiments de l'enfant tout en ne répondant pas personnellement à ses éventuels débordements. Ils s'adaptent à son niveau de développement et à la difficulté de l'interaction quand elle survient. Ils interviennent verbalement en clarifiant, redisant ou reformulant ce qu'exprime l'enfant.
Le transfert de l'enfant est l'élément le plus significatif de son attitude, devant son engagement et sa participation à la thérapie.

Le soutien de l'enfant et le soutien de la psychothérapie par la famille contribuent aux résultats obtenus.

Conclusion

Cet article décrit comment la méthodologie de l'évaluation des résultats à partir d'un relevé symptomatique a évolué vers une recherche innovante associant cliniciens et chercheurs autour de questions cliniques et théoriques intervenant dans les pratiques. La mise en relation des expériences individuelles, le recensement des effets et l'analyse des facteurs qui contribuent aux changements objectivés par des instruments validés apporte non seulement des réponses aux questions de l'efficacité, mais aussi des connaissances qui ont une transposition potentielle quasiment directe dans la pratique.
Dans l'enquête que nous avons réalisée[43] auprès des membres du réseau et à partir des réunions de retours d'expérience et des articles qu'ils ont publiés[44, 45], quatre points ont été particulièrement soulignés par les cliniciens à partir de leur participation à la recherche : les questions théoriques qu'elles ont introduites ; l'impact qu'elles ont eu sur leur pratique ; la facilité et l'intérêt du travail en groupe de pairs ; le sentiment que cette recherche semblait importante pour défendre la pratique psychothérapique.
Comment cette recherche se situe-t-elle par rapport à la recherche classique en psychanalyse ? Daniel Widlocher en avait dressé un tableau il y a quelques années[46] et nous l'avions complété avec l'inventaire des études qui avaient alors été réalisées dans le cadre de l'Association Internationale de Psychanalyse.[47] Dans cet article, nous présentons un cadre complémentaire qui permet aux psychanalystes de s'engager dans la recherche à partir de leurs pratiques et de leurs outils théoriques « en emboîtement » (pour reprendre le terme de D. W.) : le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques.
Ses principales caractéristiques sont d'abord d'avoir suivi les recommandations actuelles sur les qualités nécessaires pour qu'une étude de cas participe à la production de données probantes et puisse s'inscrire dans un processus de réplication (Kazdin 1981[48], Hilliard 1993[49], Hilsenroth 2010[50]). Ensuite, que les cliniciens qui y participent réalisent la partie recherche de leur implication individuellement et en groupe de pairs. Enfin, que les cotations soient réalisées en dehors de la séance de la psychothérapie à partir d'instruments multidimensionnels permettant d'en décrire les principales composantes.
Les recherches qui y sont menées sont centrées sur une question clinique centrale qui est celle des processus de changement et la compréhension des éléments qui peuvent l'expliquer[51, 52]. La finesse des observations recueillies au cours de chaque séance, la qualité des instruments qui permettent d'en extraire les éléments principaux, tant au niveau de l'état clinique que des ressorts de l'action thérapeutique, permettent d'atteindre un niveau de complexité suffisant pour réaliser une véritable recherche-action. Il est notamment possible d'appréhender de façon longitudinale les principales caractéristiques de chaque psychothérapie, la dynamique des échanges qui s'établissent entre le patient et le thérapeute et les effets qui en résultent.
Le thérapeute bénéficie directement de cet accès aux ressorts et contexte clinique de son action. Ces observations secondes permettent d'aborder des questions centrales. Par exemple, celle de la nature

des angoisses rencontrées dans l'autisme, des symptômes et des mécanismes de défense qui les accompagnent, *en les rapprochant* de l'action que le thérapeute déploie, pour une part à son insu, pour les contenir et les alléger progressivement par une approche devenue descriptible: à la fois sensible, soutenant l'expression des émotions, et introduisant par différentes techniques un processus de symbolisation. Ce dernier aspect acquiert véritablement sa portée quand il apparaît que, du fait de son intégration dans un base de données, cette observation anonymisée se retrouve dans plusieurs cas. En ce sens, elles contribuent à approfondir la théorie.

Ces recherches ont une finalité et une portée très différentes des évaluations très rudimentaires qui ont constitué le point de départ de cet article. Ces dernières auront eu néanmoins le mérite d'attirer l'attention sur les conséquences que peut avoir la faible implémentation, voire l'absence, de la recherche empirique des psychothérapies psychanalytiques, à savoir une remise en question complète de cette approche.

Bibliographie :

Amenta, M. & Messeca, S. (2012). Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche,* 73-74 (2-3), 5-6.

American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist,* 57(12), 1052-1059.

American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 102-109.

Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 10(6), 319-327.

Barkham, M., Hardy, G. E. & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence. A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Barthelemy, C. & Lelord, G. (Eds.). Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques (version révisée). Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M. & Thurin, J.-M. (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées.* Expertise Collective. Paris : Inserm.

Castonguay, L. G. (2013). Psychotherapy outcome: an issue worth re-revisiting 50 years later. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 52-67.

Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C. & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Distord,* 15, 487-95.

Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T. & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 64(1), 92-103.

Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M. & Rey, J. (1998). Child and Adolescent Psychotherapy Research: Developmental Issues. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 26(1), 71-82.

Fishman, D.B. (2000a). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic *Journal of Pragmatic Case Studies*. Prevention & Treatment (http://journals.apa.org/prevention/), 3, 8, Posted May 3. (Briffault, X. Trad.). www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Articles/FishmanTrado.html

Fishman, D. B. (2013). L'étude de cas pragmatique : une méthode de recherche rigoureuse et systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies,* 33(1), 3.

Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 4-9.

Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research,* 1(1), 3-16.

Haag, G., Thurin, J.-M., Thurin, M. & *al.* (2013). Manuel de la grille d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA). *Pour la Recherche* (75-76), 4-11.

Haute Autorité de Santé (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. État des lieux.

Hill, C. E., Chui, H. & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, Vol 50(1), 68-76.

Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61(3), 373-380.

Hilsenroth, M. J. (2010). Appeal for publication of evidence-based case studies in psychotherapy: theory, research, practice, training. *Psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
Insel, T. R. (2012). Next-Generation Treatments for Mental Disorders. *Science Translational Medicine,* 4(155ps19), 1-9.
IPA (2000). Une revue ouverte des études de résultat en psychanalyse. Ed et Pdt : P. Fonagy. Contributions de : Horst Kächele (Europe), Rainer Krause (Europe), Enrico Jones (Étude de processus), Roger Perron (Epistémologie), Peter Fonagy (Epistémologie, UK & US). Trad. J.-M. Thurin, M. Thurin, B. Lapeyronnie, M. Villamaux.
http://www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/Psychanalyse/Opendoordefault.html
Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 49(2), 461-468.
Kazdin, A. E. (1986). Editor's Introduction to the Special Issue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 3.
Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 95-105.
Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
McLeod, J. & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research,* 11(1), 1-10.
Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 88-97.
Molinié, M., Gausset, M-F & De Oliveira, D. A. (2013). Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. *Pour la recherche,* 79, 7-8.
Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1986). Assessment of Core Cognitive Processes in Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research,* 10(5), 509-526.
Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol,* 65(2), 98-109.
Silberschatz, G., Curtis, J. T. & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic),* 26(1), 40-46.
Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research? *Psychotherapy Bulletin,* 38(1), 6-11.
Thurin, J.-M. (2004). À propos de l'expertise collective Inserm sur l'évaluation des psychothérapies. Communiqué.
http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/ExpertiseCollective/PostScriptum.html
Thurin, J.-M. (2010). Psychanalyse et psychothérapie. *EMC Psychiatrie*, 37-810-F-50. Paris : Elsevier Masson.
Thurin, J.-M. (2012). Entretien avec Geneviève Haag. *Pour la Recherche,* 71-72, 2-4.
Thurin, J.-M. (2014). *Les psychothérapies de la dépression dans la vraie vie* (p. 1-36). Fondation Deniker.
Thurin, J.-M. (2016). Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN,* 14(1), 29-51.
Thurin, J.-M. (2016). Stress et Mécanismes d'Ajustement Psychosociaux. *EMC Psychiatrie,* 13, 1-13. [Article 37-400-C-420].
Thurin, J.-M. & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4), 402-412.
Thurin, J.-M., Thurin, M. & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 187-193.
Thurin, J.-M., Thurin, M. & Guibert, M. (2013). Données probantes en psychothérapie (2). Méthodologie et analyse : le cas Anna. *Pour la Recherche,* 77-78, 6-12.
Thurin, J.-M., Thurin, M., Cohen, D. & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 62, 102-118.
Thurin, M., Thurin, J.-M. & Schneider, C. (2010). Traduction française du Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ). *Pour la Recherche,* 66(3), 1-12.
Thurin, M., Thurin, J.-M., Juskewycz, N., Dafri, F., Gautier, J.-Y., Journet, F. & Molinié, M. (2016). Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline. *L'Information Psychiatrique,* 92, 107-115.
VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy Research: A Special Issue. *American Psychologist,* 41(2), 111-112.
Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663.
Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, 130(4), 677-683.
Widlöcher, D. & Thurin, J.-M. (2001). Recherche en Psychanalyse : où en sommes nous ? Entretien entre D. Widlocher et J.-M. Thurin. *Pour la Recherche,* 30(3), 2-7.

Notes :

[1]Inserm (2004). Psychothérapie : trois approches évaluées. Expertise Collective (Canceil, O., Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M. & Thurin, J.-M.). Paris : Inserm.
2Thurin, J.-M. À propos de l'expertise collective Inserm sur l'évaluation des psychothérapies. Communiqué. http://www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/ExpertiseCollective/PostScriptum.html
[3]Thurin, J.-M. & Briffault, X. (2006). Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale*, 32(4), 402-412.
[4]Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.631
[5]VandenBos, G. R. (1986). Psychotherapy Research: A Special Issue. *American Psychologist,* 41(2), 111-112.
[6]Kazdin, A. E. (1986). Editor's Introduction to the Special Issue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 3.
[7]Kazdin, A. E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 95-105.
[8]Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. (2005). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
[9]Barkham, M., Hardy, G. E. & Mellor-Clark, J. (2010). *Developing and delivering practice-based evidence. A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley-Blackwell.
[10]Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The Next Generation of Psychotherapy Research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga (2004). *Psychological Bulletin*, 130(4), 677-683.
[11]Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
[12]Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T. & Shaw, B. F. (1996). Science Is Not a Trial (But It Can Sometimes Be a Tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 64(1), 92-103.
[13]Greenberg, L. S. (1986). Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 54(1), 4-9.
[14]Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research,* 1(1), 3-16.
[15]Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1986). Assessment of Core Cognitive Processes in Cognitive Therapy. *Cognitive Therapy and Research,* 10(5), 509-526.
[16]Silberschatz, G., Curtis, J. T. & Nathans, S. (1989). Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy (Chic),* 26(1), 40-46.
[17]Eyberg, S. M., Schuhmann, E. M. & Rey, J. (1998). Child and Adolescent Psychotherapy Research: Developmental Issues. *Journal of Abnormal Child Psychology,* 26(1), 71-82.
[18]Thurin, M., Thurin, J.-M., Juskewycz, N., Dafri, F., Gautier, J.-Y., Journet, F. & Molinié, M. (2016). Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline. *L'Information Psychiatrique,* 92, 107-115.
[19]Fishman, D.B. (2000a). Transcending the efficacy versus effectiveness research debate: Proposal for a new, electronic *Journal of Pragmatic Case Studies*. Prevention & Treatment (http://journals.apa.org/prevention/), Volume 3, Article 8, Posted May 3,2000. Trad. X. Briffault www.techniques-psychotherapiques.org/Documentation/Articles/FishmanTrado.html
[20]Stiles, W. B. (2003). When is a Case Study Scientific Research? *Psychotherapy Bulletin,* 38(1), 6-11.
[21]Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Op. cit.,* 631-663.
[22]Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol,* 65(2), 98-109.
[23]Thurin, J.-M. (2014). *Les psychothérapies de la dépression dans la vraie vie* (p. 1-36). Fondation Deniker.
[24]Thurin, J.-M. (2010). Psychanalyse et psychothérapie. *EMC Psychiatrie*, 37-810-F-50. Paris : Elsevier Masson.
[25]Thurin, J.-M. (2012). Entretien avec Geneviève Haag. *Pour la Recherche,* 71-72, 2-4.
[26]Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C. & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Distord,* 15, 487-95.
[27]Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L. & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 88-97.
[28]Hill, C. E., Chui, H. & Baumann, E. (2013). Revisiting and reenvisioning the outcome problem in psychotherapy: An argument to include individualized and qualitative measurement. *Psychotherapy*, Vol 50(1), Mar 2013, 68-76.
[29]Castonguay, L. G. (2013). Psychotherapy outcome: an issue worth re-revisiting 50 years later. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 52-67.

[30]Barkham, M. & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy,* 10(6), 319-327.
[31]American Psychological Association (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist,* 57(12), 1052-1059.
[32]*Idem*.
[33]American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy* (Chic), 50(1), 102-109.
[34]Thurin, J.-M. (2016). Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? *PSN,* 14(1), 29-51.
[35]Haute Autorité de Santé (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. État des lieux.
[36]Insel, T. R. (2012). Next-Generation Treatments for Mental Disorders. *Science Translational Medicine,* 4(155ps19), 1-9.
[37]Thurin, J.-M. (2016). Stress et Mécanismes d'Ajustement Psychosociaux. *EMC Psychiatrie,* 13, 1-13 [Article 37-400-C-420].
[38]Fishman, D. B. (2013). L'étude de cas pragmatique : une méthode de recherche rigoureuse et systématique qui parle aux praticiens. *Psychothérapies,* 33(1), 3.
[39]McLeod, J. & Elliott, R. (2011). Systematic case study research: A practice-oriented introduction to building an evidence base for counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research,* 11(1), 1-10.
[40]Barthelemy, C. & Lelord, G. (Eds.). Échelle d'Évaluation des Comportements Autistiques (version révisée). Paris : Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
[41]Haag, G., Thurin, J.-M., Thurin, M. & *al.* (2013). Manuel de la grille d'Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme (EPCA). *Pour la Recherche* (75-76), 4-11.
[42]Thurin, M., Thurin, J.-M. & Schneider, C. (2010). Traduction française du Child Psychotherapy Process Q-set (CPQ). *Pour la Recherche,* 66(3), 1-12.
[43]Thurin, J.-M., Thurin, M. & Midgley, N. (2012). Does participation in research lead to changes in attitudes among clinicians? Report on a survey of those involved in a French practice research network. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(3), 187-193.
[44]Amenta, M. & Messeca, S. (2012). Le groupe de recherche italien. *Pour la recherche,* 73-74 (2-3), 5-6.
[45]Molinié, M., Gausset, M-F & De Oliveira, D. A. (2013). Les cliniciens et la recherche sur les psychothérapies : retour sur une expérience. *Pour la recherche,* 79, 7-8.
[46]Widlöcher, D. & Thurin, J.-M. (2001). Recherche en Psychanalyse : où en sommes nous ? Entretien entre D. Widlocher et J.-M. Thurin. *Pour la Recherche,* 30(3), 2-7.
[47]IPA (2000). Une revue ouverte des études de résultat en psychanalyse. Ed et Pdt : P. Fonagy. Contributions de : Horst Kächele (Europe), Rainer Krause (Europe), Enrico Jones (Étude de processus), Roger Perron (Epistémologie), Peter Fonagy (Epistémologie, UK & US). Trad. J.-M. Thurin, M. Thurin, B. Lapeyronnie, M. Villamaux.
http://www.techniques-psychotherapiques.org/documentation/Psychanalyse/Opendoordefault.html
[48]Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 49(2), 461-468.
[49]Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 61(3), 373-380.
[50]Hilsenroth, M. J. (2010). Appeal for publication of evidence-based case studies in psychotherapy: theory, research, practice, training. *Psychotherapy.* Washington, DC: American Psychological Association.
[51]Thurin, J.-M., Thurin, M. & Guibert, M. (2013). Données probantes en psychothérapie (2). Méthodologie et analyse : le cas Anna. *Pour la Recherche,* 77-78, 6-12.
[52]Thurin, J.-M., Thurin, M., Cohen, D. & Falissard, B. (2014). Approches psychothérapiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 62, 102-118.