

# Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'*Evidence-Based Mental Medicine*

**Xavier Briffault**

DANS **TOPIQUE 2013/2 n° 123**, PAGES 23 À 40

ÉDITIONS **ASSOCIATION INTERNATIONALE INTERACTIONS DE LA PSYCHANALYSE (A2IP)**

ISSN 0040-9375

ISBN 9782847952452

DOI 10.3917/top.123.0023

Date de mise en ligne : 19/08/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-topique-2013-2-page-23?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Association Internationale Interactions de la Psychanalyse (A2IP).**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'*Evidence-Based Mental Medicine*

Xavier BRIFFAULT

## INTRODUCTION

L'*Evidence-Based Medicine* (EBM) est une méthode structurée et structurante d'approche des questions thérapeutiques et diagnostiques (Sackett et al. 1996). L'EBM ne limite ses ambitions ni à la recherche, ni à la santé publique. La pratique de l'EBM consiste en une *intégration* des données issues de la recherche « scientifique » « systématique » et de l'expérience clinique du praticien, qui façonne les décisions et actions concrètes au sein d'une relation thérapeutique avec un patient singulier.

Si l'EBM est surtout connue et développée à ce jour en médecine somatique, l'approche s'est également largement développée dans le vaste champ de la « santé mentale » – les multiples rapports sur la santé mentale de l'OMS et leur orientation EBM suffisent à en attester (OMS 2001 ; OMS 2004 ; OMS 2005a ; OMS 2005b) –, en tant que *Evidence-Based Mental Medicine* (EBMM). Elle a vocation à s'y développer encore davantage, ainsi que le suggère l'existence de manuels d'EBM en médecine mentale (INSERM 2004).

L'utilisation du paradigme ne se limite pas non plus aux traitements pharmacologiques, mais s'étend aux approches psychothérapeutiques (Drake et al. 2005).

Cette extension a provoqué en France d'intenses débats polémiques (Briffault 2008) (Briffault et al. 2010 ; Ehrenberg 2006 ; Ehrenberg 2007 ; Ehrenberg 2009), mais peu d'attention a été portée aux contraintes strictement logiques qu'impose le choix du paradigme EBM sur l'ensemble des éléments de la chaîne qui remonte de l'exigence pour tout praticien d'utiliser à tout moment pour tout patient le traitement (expérimentalement démontré comme) le plus efficient aux possibilités diagnostiques dont il dispose (INSERM

2004).

C'est précisément ce à quoi s'intéresse cet article, qui présente quelques éléments d'un travail en cours se donnant pour objectifs (1) d'explicitier le dispositif (épistémologique et socio)logique de l'EBM, c'est-à-dire de mettre en évidence l'ensemble articulé des catégories, axiomes, règles d'inférences, méthodes, outils, objectifs, institutions... qui doivent nécessairement être présents pour que l'EBM puisse « fonctionner »; (2) d'examiner plus spécifiquement ce dispositif dans son instantiation à la médecine mentale (EBMM); (3) de mettre en évidence *ce que permet et ce qu'empêche* ce dispositif, ce comment il façonne et ce vers quoi il oriente ce à quoi il s'applique, et tout particulièrement lorsqu'il s'applique aux processus diagnostiques; (4) d'examiner les conséquences de la mise en place de ce dispositif sur les approches du psychisme souffrant qui s'appuient sur une conceptualisation du sujet « socialisé et parlant », plutôt que « naturel et cérébral » (Ehrenberg 2004).

## L'EBM, LOGIQUE DE BENCHMARKING THÉRAPEUTIQUE

“*Evidence-Based Medicine : How to Practice and Teach it*” (Straus et al. 2006) est un petit manuel d'EBM. Rédigé par plusieurs des grands fondateurs du mouvement EBM, best-seller vendu à plusieurs centaines de milliers d'exemplaires et traduit dans plusieurs langues, l'ouvrage présente de façon particulièrement claire, systématisée et représentative le cœur de la démarche EBM. Cette démarche s'organise autour d'une stratégie de décision thérapeutique visant à ordonner par *probabilité* de succès, et *donc* de légitimité de choix, les approches thérapeutiques envisageables pour un patient donné à un instant t. La démarche est intrinsèquement probabiliste, et repose sur des indicateurs statistiques obtenus de façon expérimentale. Plusieurs indicateurs et méthodes de calcul différents sont utilisables, mais ils ne diffèrent pas dans leur principe logique. Nous présentons ci-dessous la démarche proposée par Strauss *et al.*, qui repose sur le calcul d'une « Probabilité Relative de Bénéficiaire ou de Pâtir » (PRBP).

Les principes de son calcul sont simples. Pour calculer la PRBP d'un traitement T pour un patient P présentant une condition pathologique C (PRBP<sub>TPC</sub>), 5 éléments sont nécessaires :

- (1) l'amplitude (la « taille d'effet ») des effets positifs du traitement sur la condition dont souffre le patient.
- (2) l'amplitude des effets négatifs du traitement sur différents paramètres caractérisant la santé du patient.

Ces deux éléments doivent être obtenus à partir des études expérimentales disponibles dans la « littérature scientifique internationale », la solidité des résultats qu'elles fournissent étant hiérarchisée en

fonction de la méthodologie utilisée, l'essai contrôlé randomisé (ECR) en triple aveugle, et l'agrégation des multiples ECR disponibles dans des méta-analyses, constituant l'étalon-or (le plus haut « niveau de preuve »). L'étude de cas individuelle, le raisonnement fondé sur des modèles physio ou psycho-pathologiques, l'expertise clinique individuelle sont considérés comme ayant les plus bas niveaux de preuves, d'un intérêt négligeable, voire comme étant potentiellement néfastes.

(3) les spécificités du patient P pour les effets positifs par rapport aux patients des études ;

(4) les spécificités du patient pour les effets négatifs par rapport aux patients des études ;

Les études expérimentales fournissent en effet une connaissance « générique », qu'il s'agit ici d'appliquer au cas particulier du patient. Cette « singularisation » doit elle aussi reposer sur des résultats issus d'études empiriques, portant par exemple sur les conséquences des « facteurs de risque » spécifiques que présente le patient sur la modification de sa probabilité de présenter telle condition pathologique, telle évolution de cette condition, tel effet indésirable, ou telle modification de l'ampleur du résultat thérapeutique.

(5) les valeurs accordées par le patient aux différents états de santé associés aux différents effets positifs et négatifs du traitement et de la maladie.

Les dites « valeurs » sont des opinions subjectives et à ce titre ne sont pas issues d'études empiriques. Pour être intégrées dans le calcul de la PRBP elles doivent cependant être « valuées », c'est-à-dire transformées en valeurs numériques.

La méthodologie de l'essai contrôlé randomisé permet de mesurer expérimentalement l'effet d'un traitement testé sur des événements que l'on souhaite éviter et d'estimer la taille de cet effet, en lui associant une mesure statistique de la confiance que l'on peut accorder à la valeur calculée. Différentes mesures de la taille d'effet sont possibles (Ellis 2010). On peut par exemple comparer le taux d'événements à éviter du groupe de référence (notons  $TER_{TC}$ , pour Taux d'Événements du groupe de Référence) et celui du groupe expérimental recevant le traitement testé (notons  $TEE_{TC}$ ) après application du dit traitement. La différence des deux taux, dite différence des risques ou réduction absolue du risque (notons  $RAR_{TC} = TER_{TC} - TEE_{TC}$ ) est un indicateur de la taille de l'effet du traitement. Le calcul pour les effets négatifs est similaire, mais on s'intéresse alors à la comparaison des événements négatifs dans les groupes et à l'augmentation des risques. On peut aussi s'intéresser, si l'on

quantifie la « sévérité » de la condition pathologique étudiée sur une échelle continue, à la différence des scores moyens obtenus dans les deux groupes sur cette échelle. C'est le cas par exemple si l'on calcule le « d de cohen » (Ellis 2010) pour quantifier l'efficacité d'un traitement antidépresseur ou d'une psychothérapie sur l'échelle de Hamilton, étalon-or de la mesure de la dépression (Briffault et al. 2011).

Considérons en détail le calcul utilisant la différence des taux d'événements. Pour un traitement T, la PRPB « des études » se calcule comme le ratio de la variation des risques de présenter la maladie sur la variation des risques de présenter les effets indésirables (RAR-B/RAR-D). On utilise aussi souvent l'inverse du RAR (1/RAR), dont la valeur indique le nombre de sujets à traiter (NST) pour prévenir la survenue d'un événement supplémentaire (notons NST-B<sub>TC</sub>). On procède de façon identique avec les effets indésirables pour obtenir un NST-D<sub>TC</sub>. Pour un traitement T, la PRPB « des études » se calcule alors de la façon suivante à partir des NST :  $PRBP_T = (1/NST-B_{TC}) / (1/NST-D_{TC})$ .

Mais cette formule ne contient rien de spécifique au patient auquel on envisage de prescrire le traitement testé dans les études. En particulier, ses risques de présenter les événements qu'est supposé éviter le traitement ne sont peut être pas les mêmes que ceux des patients du groupe contrôle des essais. Par exemple, les différentes évolutions possibles d'une dépression ne sont pas identiques dans les études épidémiologiques selon que l'on soit un homme ou une femme, d'une CSP élevée ou faible, d'un niveau d'éducation supérieur ou inférieur au baccalauréat, victime ou non de traumatismes dans l'enfance... Il faut donc « singulariser » la formule de la PRBP en y intégrant les taux d'événements attendus spécifiques au patient (notons TEA<sub>p</sub>). Ces TEA<sub>p</sub> peuvent par exemple être estimés à partir des études épidémiologiques disponibles en intégrant les facteurs de risque du patient, *qui sont disponibles dans les études*, ou bien – en l'absence de telles données publiées – en fonction de « l'expérience clinique » du praticien, c'est-à-dire par exemple de ce qu'il a pu inférer de ces risques à partir de sa patientèle. On peut ainsi calculer un NST-B du traitement spécifique au patient :  $NST-B_{tpc} = 1/(TEA_p-B * RRR_{TC})$ , où RRR<sub>TC</sub> =  $(TER_{TC} - TEE_{TC})/TER_{TC}$ . On procède de façon identique pour le NST-D<sub>tpc</sub> des effets indésirables.

Par ailleurs, tous les patients n'attribuent pas la même valeur à différents états de santé, et il faut donc évaluer numériquement ces états pour pouvoir les intégrer dans le calcul de la PRBP. Pour tenir compte de ces différences, on peut estimer la valeur qu'accorde le patient P aux différents états évités ou provoqués par le traitement en lui demandant d'évaluer la gravité de chaque état sur une échelle numérique allant de 0 (la mort) à 1 (la pleine santé). Le rapport entre la valuation des problèmes évités par le traitement et ceux qu'ils

provoquent fournit une estimation de la valeur relative de la gravité de chaque état de santé pour le patient. On peut alors intégrer ce coefficient (notons  $g_p$  pour « gravité évaluée par le patient P ») dans la formule de la PRBP pour tenir compte de ses préférences. On obtient alors  $PRBP_{tpc} = [(1/NST-B_{tpc}) * g_p] / [1/NST-D_{tpc}]$ .

Les PRBP des différents traitements envisageables pour la condition C du patient P sont calculées selon ce protocole, et c'est sur la base d'une analyse comparative de ces PRBP que s'opère le choix du traitement qui va être retenu : c'est celui qui a la meilleure PRBP. On comprend donc l'importance critique des catégories servant à définir l'efficacité des traitements et les états de santé sur lesquels portent ces traitements. En effet, si cette démarche d'application des résultats – statistiques – des études au patient – singulier – conduit certes le clinicien à porter un regard clinique sur les caractéristiques du patient, c'est un regard *conformé* par les seules caractéristiques dont il a été tenu compte dans les essais thérapeutiques et dans les enquêtes épidémiologiques. C'est en effet sur ces catégories et elles seules que doit se fonder le praticien pour pouvoir évaluer les variations de probabilité spécifiques au patient. Quant au point de vue du patient, il est certes intégré dans le calcul de la PRBP, mais c'est un point de vue lui aussi *conformé* par les catégories des études, car c'est sur la base des états de santé que ces catégories définissent qu'il lui est demandé de se prononcer.

## LES NÉCESSITÉS LOGIQUES DE LA DÉMARCHE EBM

L'objectif du processus EBM est de permettre au praticien de proposer au patient le traitement qui a la meilleure PRBP (icône (M) dans la figure). Ceci implique que la relation du patient et du praticien (I) soit structurée par le cadre EBM (H), qui définit les rôles que sont censés adopter praticien (Prt) et patient (Pat) au sein d'une relation thérapeutique. Afin que ces rôles puissent être adoptés par les personnes physiques, une formation des praticiens (P) *comme des patients* (une « éducation à la santé » – N–) sont nécessaires. Pour garantir la conformité des pratiques du praticien au rôle défini, une évaluation à visée formative des pratiques professionnelles (EPP – O–) est requise tout au long de sa vie professionnelle.



d'effet qui quantifie la contribution *spécifique* du traitement testé – qui doit être décrit de façon univoque de façon à pouvoir être répliqué à l'identique en dehors de l'étude – au résultat thérapeutique (D). Afin de neutraliser les évolutions naturelles de la pathologie visée, et les effets thérapeutiques non spécifiquement dus au traitement, l'efficacité de celui-ci est mesurée par la différence des résultats entre le groupe expérimental et le groupe de référence post-traitement ( $\Delta_{\text{e post}}$ ) sur une mesure standardisée (M) et non par la différence entre les scores pré et post-traitement du groupe expérimental ( $\Delta_{\text{e pré-post}}$ ). Pour cela, la constitution de deux groupes est nécessaire. Afin de neutraliser les effets de la variabilité inter-patients, l'affectation doit se faire de façon aléatoire, à partir d'un groupe de patients a priori « identiques », issus d'une population de référence qui est celle dans laquelle le traitement testé sera utilisé (A).

Pouvoir construire des patients « identiques » nécessite la définition de diagnostics standardisés issus d'un manuel de référence, construits par des procédures diagnostiques qui le sont tout autant (B), l'ensemble ayant pour but de maximiser la fidélité du diagnostic : le même cas soumis à plusieurs praticiens devra donner lieu au même diagnostic. Sont alors « identiques » deux patients qui ont le même diagnostic. Pour mesurer l'effet du traitement sur la sévérité de la pathologie il est par ailleurs nécessaire de disposer, à l'instar des procédures de diagnostic catégoriel, d'instruments fidèles de production d'une mesure continue, soit donc des échelles d'évaluation et des procédures de cotation (B). La standardisation des diagnostics et des échelles de sévérité découle donc logiquement de la nécessité de comparer l'efficacité des traitements entre eux. Cette standardisation implique par ailleurs que le diagnostic ne repose que sur des observables « visibles » indépendamment de la position du patient et du praticien au sein de la relation thérapeutique, et obtenus par une procédure répliquable. La protocolisation du diagnostic différentiel par l'utilisation d'arbres de décision en est une conséquence logique (First 1999).

Le management de l'ensemble de ce processus nécessite l'existence d'institutions de références (1 à 8), qui assurent la production, la publication, et le contrôle des différents objets et procédures nécessaires à son bon fonctionnement au niveau (1) des manuels et échelles diagnostiques, (2) des essais cliniques, (3) des méta-analyses, (4) des recommandations de bonne pratique, revues systématiques de littérature, expertises collectives, (5) du cadre EBM, (6) de l'éducation à la santé des patients, (7) de la formation initiale et continue des praticiens, (8) de l'évaluation de leurs pratiques professionnelles, ou (9) de la gestion des ressources bibliographiques (en France, l'INSERM, la HAS, L'INPES, l'INVS, l'INIST, l'ABES... assurent chacune l'un ou plusieurs de ces rôles, parmi de nombreuses autres institutions participant à et de la régulation EBM).

## LE PRATICIEN EBM, FOURNISSEUR DE DONNÉES DIAGNOSTIQUES AU PROCESSUS DE CALCUL STATISTIQUE

Ce dispositif a vocation à être totalement automatisé : « un système médical parfait devrait intégrer et résumer tous les résultats importants et pertinents concernant un problème clinique et devrait automatiquement relier, via un dossier médical électronique, les spécificités du patient à l'information pertinente. L'information contenue dans le système serait fondée sur une démarche explicite de revue de la littérature pour trouver et évaluer les nouveaux résultats publiés et mis à jour de façon fiable et rapide dès qu'ils sont disponibles » (Straus et al. 2006) (p. 35-36). Si « un tel système ne dit pas aux décideurs ce qu'il faut faire », ce n'est que parce que « cela [nécessite] d'intégrer au système les spécificités du patient et de ses desiderata » (ibid.), et que le praticien demeure impossible à remplacer pour l'identification des signes de pathologie et pour l'établissement du diagnostic. Une fois le diagnostic formulé *dans les termes requis*, à partir des signes définis, le processus qui conduit à la détermination du traitement ayant la meilleure PRBP ne nécessite théoriquement pas d'intervention humaine, même s'il existe évidemment des difficultés pour l'automatiser totalement.

Les catégories et les procédures diagnostiques requises pour intégrer le processus menant à la mise en œuvre de la thérapeutique ont donc une importance critique ; une fois les « data » diagnostiques entrées, le logiciel EBM se déroule logiquement pour déterminer un traitement à mettre en œuvre, selon un ensemble de mécanismes inférentiels définis par le paradigme auquel se rattache la théorie dont sont issues les catégories et procédures diagnostiques utilisées. Choisir un (type de) diagnostic, c'est déjà choisir les chemins logiques qui permettent certaines voies thérapeutiques, certaines théories de référence, et en interdisent d'autres.

### L'EBMM, UN SOUS-CAS DE L'EBM

Le dispositif qui vient d'être présenté a été conçu dans le cadre de la médecine somatique. Il peut tout aussi bien s'appliquer aux « troubles mentaux » sans modification aucune sous réserve que ces troubles soient conçus dans un paradigme les constituant en pathologies médicales auxquels des traitements standardisés pourront être appliqués. Selon B. Wampold, dans son ouvrage d'analyse critique des résultats des études empiriques de l'efficacité des psychothérapies, ce « modèle médical » des troubles mentaux a 5 grandes caractéristiques. La première est que le patient est pensé sous l'angle d'un problème spécifique qu'il a, qui peut être circonscrit et isolé du reste de ce qu'il est et de son contexte. C'est l'approche du DSM. La deuxième est que l'on dispose

d'une explication mécaniste du trouble, c'est-à-dire qu'une relation causale directe est supposée entre des mécanismes (psychopathologiques ou physiopathologiques) et le problème considéré. Ainsi, selon la théorie mobilisée, la dépression sera-t-elle *due* à des pensées irrationnelles, à un manque de renforcement positif, à des problèmes interpersonnels, à un deuil non fait ... La troisième est qu'une théorie des mécanismes de changement précise comment les mécanismes problématiques sont susceptibles d'évoluer. La quatrième est que la théorie prescrit des ingrédients thérapeutiques *spécifiques* à chacun desquels (c'est la cinquième caractéristique) est associée une efficacité *spécifique* sur un mécanisme *spécifique*. Le modèle médical préconise donc logiquement l'évaluation par essais contrôlés randomisés de l'efficacité de traitements décrits le plus précisément possible dans des manuels de protocoles, spécifiquement ciblés sur des troubles le plus précisément définis possible, en utilisant des indicateurs de résultats spécifiques distincts les uns des autres, dans le but de produire des listes de «traitements empiriquement supportés» qui associent à chaque trouble un ensemble de traitements qui ont fait la preuve de leur efficacité.

*Si l'on adopte ce modèle médical des troubles mentaux, il n'y a aucune difficulté à passer de l'EBM à l'EBMM. C'est typiquement ce que fait le rapport d'expertise collective de l'INSERM publié en 2004 (INSERM 2004), qui précise que «c'est la possibilité de reproduire un travail expérimental par une équipe de recherche indépendante de l'équipe initiale qui en prouve la validité. Les psychothérapies n'échappent pas à l'analyse de leur efficacité en fonction des preuves de celle-ci. Les principes de l'Evidence Based Medicine, ou médecine fondée sur des preuves, s'y appliquent. La règle est d'analyser la littérature d'une manière hiérarchisée. Dans cette perspective, on étudie dans l'ordre : les méta-analyses ; les études contrôlées ; les études non contrôlées» (p. 27). Le résultat de l'application de cette logique –plus simpliste que celle des PRBP que nous avons présentée plus haut– est une liste fermée d'approches psychothérapeutiques «validées», par trouble, précisant la «meilleure» approche pour chaque trouble (figure 2).*

<b>Niveaux de preuve d'efficacité des trois approches psychothérapeutiques examinées chez l'adulte*</b>		
	Efficacité établie (1) ou présomption d'efficacité (2)	
Schizophrénie (phase aiguë) avec médicaments	Thérapie psycho-éducative familiale sur le taux de rechute à 2 ans (1) Approche TCC (2)	
Schizophrénie (stabilisée suivie en ambulatoire) avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (1) Approche TCC (acquisition d'habiletés sociales, gestions des émotions) (1)	
Dépression hospitalisée sous antidépresseurs	Approche TCC (1)	
Trouble bipolaire avec médicaments	Approche psycho-éducative familiale (conjugale) et approche TCC (2)	
Dépression moyenne	Approche TCC (1)	
Trouble panique	Approche TCC (1) Approche psychodynamique brève avec antidépresseurs (2)	
Stress post-traumatique	Approche TCC (dont EMDR) (1) Approche psychodynamique brève (2)	
Troubles anxieux (TAG, TOC, phobies)	Approche TCC (1)	
Boulimie	Approche TCC (1)	
Anorexie	Thérapies familiales chez les patients jeunes (2) ; approche TCC pour la prévention des rechutes (2)	
Troubles de la personnalité	Approche psychodynamique (1) Approche TCC (1)	
Alcoolodépendance	Thérapie familiale et approche TCC dans le maintien de l'abstinence (1)	
<b>Résultats des évaluations comparatives des différentes approches (TP, TCC, TF)</b>		
Pathologies	Études retenues	Principaux résultats
<b>Troubles anxieux</b>		
Trouble anxieux généralisé	TP/TCC : 1 méta-analyse 3 études contrôlées TCC/TS : 1 méta-analyse, 4 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC Meilleure efficacité de la TCC
Trouble panique	TCC/TS : 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Phobie sociale	TCC/TS : 3 études contrôlées	Meilleure efficacité de la TCC
Stress post-traumatique	TP/TCC : 1 étude contrôlée TCC/TS : 2 études contrôlées	Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies Meilleure efficacité de la TCC
<b>Troubles de l'humeur</b>		
Dépression du sujet adulte ou âgé	TP/TCC : 2 méta-analyses 2 revues, 15 études contrôlées  TCC/ « autres » : 4 méta-analyses  TCC/TS : 1 méta-analyse; 4 études contrôlées  TCC/TF : 2 études contrôlées TP/TS : 1 étude contrôlée	Résultats des méta-analyses divergents : pas de différence observée (50 % des études) ou supériorité de la TCC (50 % des études) Résultats des études analysées dans les revues : TCC supérieure dans la majorité (73 %) des études contrôlées TCC supérieure aux « autres » thérapies  Meilleure efficacité de la TCC dans la méta-analyse et dans la moitié des études contrôlées  Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies
Dépression majeure de l'adolescent	TCC/TF : 2 études contrôlées TCC/TS : 3 études contrôlées TF/TS : 2 études contrôlées TCC/IP : 1 étude contrôlée	Résultats divergents Meilleure efficacité de la TCC Résultats divergents Pas de différence d'efficacité entre ces deux thérapies

<b>Schizophrénie</b>		
Schizophrénie (période non aiguë)	TP/TCC/TF : 2 méta-analyses	Peu de différences d'efficacité entre TF (psycho-éducation) et TCC ; TCC et TF supérieures à TP
	TP/TCC : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TP/TS : 1 étude contrôlée	Thérapie psychodynamique plus bénéfique pour le fonctionnement du moi et la cognition, moins bénéfique pour les rechutes
	TF/TS : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la thérapie familiale sur l'amélioration des symptômes résiduels
Schizophrénie (période aiguë)	TCC/TSR : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TCC/TS : 1 étude contrôlée	Meilleure efficacité de la TCC
	TCC/TS psychoéducation : 1 étude contrôlée	Différence non significative : tendance à moins de rechutes avec la TCC

Figure 2 : Liste des approches psychothérapeutiques « validées » (p. 528) et évaluations comparatives (p. 520) dans le rapport d'expertise collective de l'INSERM

Afin d'être intégrées dans le processus EBMM produisant les listes de traitements validés, toutes les approches psychothérapeutiques sont conduites à adopter ce modèle pour publier les études soutenant leurs allégations d'efficacité. La psychanalyse, lorsqu'elle souhaite s'y intégrer, n'échappe pas à la règle. Examinons par exemple les effets de façonnage qu'exerce l'insertion dans un dispositif EBMM sur la conception de l'approche diagnostique et de l'efficacité thérapeutique, en analysant un article récent relatif à l'efficacité de la psychanalyse et des psychothérapies psychodynamiques (Knekt *et al.* 2011).

Les patients devaient « correspondre aux critères du DSM-IV pour les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur ». 326 patients ont été répartis aléatoirement entre une «*Solution-Focused Therapy*» (SFT), une «*short-term psychodynamic psychotherapy*» (SPP), une «*long-term psychodynamic psychotherapy*» (LPP), tandis que 41 patients en psychanalyse étaient auto-sélectionnés. Les résultats cliniques étaient mesurés sur les échelles étalon-or du domaine : l'échelle de Beck et l'échelle de Hamilton pour la dépression (BDI, HDRS), l'échelle de Hamilton et la sous-échelle Anxiété de la *Symptom Check List* pour l'anxiété (HARS, SCL-90-Anx) ainsi que sur le fait de ne plus présenter un diagnostic de l'Axe I du DSM-IV. Les résultats sur la capacité de travail étaient eux aussi mesurés sur les échelles classiques : le *Work Ability Index* (WAI), la sous-échelle *Work* de la *Social Adjustment Scale* (SAS-SR), la *Perceived Psychological Functioning Scale* (PPF), la *Global Assessment of functioning Scale* du DSM (GAF). Les mesures ont été effectuées à 9 reprises durant les 5 années du suivi, et sont présentées sous une forme strictement numérique, en comparant les résultats moyens des groupes entre eux (Figure 3). Les participants à l'étude ont donc dû remplir à 9 reprises durant l'étude une batterie d'une dizaine de questionnaires formalisant les dimensions sur lesquelles étaient mesurés leurs symptômes.

**Table 3**  
Mean score levels (s.e.) of psychiatric symptoms, psychosocial functioning, and work ability in the PA group and mean score differences (95% confidence interval) between the PA group and the other treatment groups.

Outcome variable	Time (year)	Mean scores <sup>a</sup> (s.e.)		Mean score difference <sup>b</sup> (95% confidence interval)		
		Psychoanalysis (PA) (N = 41)		SFT vs PA	SPP vs PA	LPP vs PA
<i>Psychiatric symptoms</i>						
BDI	0	19.3	(1.0)	0	0	0
	1	13.6*	(1.3)	<u>-3.8 (-6.8, -0.8)</u>	<u>-4.3 (-7.3, -1.3)</u>	-1.4 (-4.3, +1.5)
	2	10.2	(1.4)	-1.1 (-4.5, +2.3)	-1.1 (-4.4, +2.2)	-0.7 (-3.9, +2.4)
	3	11.4	(1.4)	-2.5 (-5.8, +0.8)	-1.5 (-4.7, +1.8)	-4.5 (-7.6, -1.4)
	4	6.5	(1.4)	+0.9 (-2.3, +4.1)	+1.7 (-1.5, +4.8)	-0.1 (-3.1, +2.9)
	5	5.5	(1.3)	<u>±3.1 (+0.1, +6.2)</u>	<u>+2.5 (-0.6, +5.5)</u>	+1.7 (-1.2, +4.6)
P-value (time) <sup>c</sup>		<0.001				
P-value (group) <sup>d</sup>		<0.001				
<i>Work ability</i>						
Work Ability Index (WAI)	0	32.6	(1.01)	0	0	0
	1	35.9	(1.10)	<u>+2.5 (+0.1, +4.9)</u>	+2.3 (-0.1, +4.7)	+1.2 (-1.1, +3.5)
	2	38.1*	(1.10)	<u>+0.5 (-2.1, +3.0)</u>	<u>+0.8 (-1.7, +3.3)</u>	+1.2 (-1.2, +3.6)
	3	37.6	(1.19)	+1.2 (-1.5, +3.9)	+0.3 (-2.4, +2.9)	+1.9 (-0.7, +4.5)
	4	40.8*	(1.18)	-1.6 (-4.3, +1.0)	-1.8 (-4.5, +0.8)	-0.6 (-3.1, +2.0)
	5	42.1	(1.19)	<u>-2.8 (-5.5, -0.1)</u>	<u>-4.6 (-7.3, -1.9)</u>	-2.2 (-4.8, +0.4)
P-value (time) <sup>c</sup>		<0.001				
P-value (group) <sup>d</sup>		<0.001				

Figure 3 : Extrait de la table des résultats, pour l'échelle BDI et l'échelle WAI

Globalement, les résultats montrent que la psychanalyse présente sur le long terme une efficacité supérieure à celle des autres psychothérapies sur tous les indicateurs, tandis que celles-ci permettent une amélioration symptomatique plus rapide. Cependant, au regard des énormes variations de durée (12 séances, 8 mois pour la SFT ; 20 séances, 4 mois pour le SPP ; entre 300 et 400 séances, 3 ans pour la LPP ; près de 1000 séances, 5 ans pour la psychanalyse) les différences sont très loin d'être coperniciennes. Si l'on considère par exemple le score de dépression sur l'échelle de Hamilton, il passe de 15.5 en moyenne au début de l'étude dans les quatre groupes à 6.7 à la fin dans le groupe psychanalyse, 9.7 IC 95% [7.5-11.9] dans le groupe SFT, 8.8 [6.7-11] dans le groupe SPP, 8.9 [6.8-11] dans le groupe LPP. Sur des indicateurs de fonctionnement social, tels que le nombre de jours d'arrêt de travail ou le nombre d'arrêts de plus de 7 jours dans les trois derniers mois, les différences entre les thérapies ne sont pas statistiquement significatives. Si les bénéfices additionnels d'une thérapie dont le coût est d'environ 50 000 euros et la durée de 5 ans par rapport à une autre dont le coût est d'environ 600 euros – soit un rapport de 1 à 80 – et la durée d'un semestre se limitent à la différence entre un score de dépression de 7 et un score de dépression de 10 sur l'échelle de Hamilton, il n'est pas certain que cette « performance » puisse intéresser beaucoup de monde. Les auteurs eux-mêmes parlent d'ailleurs de « réduction sta-

tistiquement significative » plutôt que de réduction *cliniquement* significative. Ce d'autant que, comme le soulignent les auteurs eux-mêmes « en raison de la longue durée du suivi, il n'était pas possible pour des raisons éthiques d'inclure un groupe contrôle sans traitement. En conséquence, il n'a pas été possible de contrôler la possible réduction des symptômes due à des facteurs autres que les traitements donnés ».

Malgré la complexité, la durée, la lourdeur logistique, la rigueur méthodologique, les instruments standardisés, la publication dans une revue renommée... le résultat de cette étude « EBMM » est donc on ne peut plus maigre : la différence entre 12 séances de thérapie orientée solution et 1000 séances de psychanalyse serait de 3 point Hamilton, et on ne peut même pas savoir s'il faut en imputer la cause à la technique psychanalytique utilisée, au fait que les patients ont eu 988 séances et 4 ans et demi de plus pour réfléchir à leur vie dans un cadre dédié, ou au fait que les personnes qui ont choisi la psychanalyse ont des caractéristiques particulières.

Cet exemple illustre les résultats de B. Wampold. En analysant les études et méta-analyses publiées sur l'efficacité comparée des psychothérapies depuis la publication princeps de Smith & Glass en 1977 (Smith et al. 1977), il montre l'échec et les problèmes engendrés par l'utilisation du modèle médical et de la logique EBM en psychothérapie. Les milliers d'études expérimentales disponibles publiées depuis le choc provoqué par la contestation de l'intérêt de la psychothérapie par Eysenck en 1952 (Eysenck 1952) convergent pour montrer que l'efficacité de la psychothérapie, exprimée en  $d$  de Cohen, est de 0.8 sur les échelles utilisées. En termes plus compréhensibles, cela signifie que le fait d'avoir suivi une psychothérapie explique 14% de la variabilité (Ellis 2010, p. 16) des résultats obtenus sur les instruments de mesure utilisés, qui sont en relation directe avec les diagnostics requis. Dans ces mêmes études, l'efficacité spécifiquement attribuable à une technique plutôt qu'à une autre est de 0.2 si l'on ne contrôle pas l'effet du thérapeute, et est nulle sinon. Cette taille d'effet correspond à une proportion de variance expliquée de 1%, qui est la part que l'on peut donc, dans le meilleur des cas, attribuer spécifiquement aux différences de techniques psychothérapeutiques. La logique de benchmarking sous-jacente à l'EBM conduit donc à limiter les travaux de recherche à l'optimisation de l'efficacité de techniques thérapeutiques standardisées conçues pour faire diminuer la sévérité mesurée par des échelles standardisées « chiffrant » des diagnostics standardisés, dans un sous-espace qui n'expliquerait – au mieux – que 1% de la variance sur des indicateurs qui ne décrivent eux-mêmes qu'une faible partie de l'humain dont ils quantifient des portions observables.

## LES PSYCHOTHÉRAPEUTES DOIVENT-ILS JOUER AUX DÉS ?

L'étude des probabilités a un intérêt indéniable dans les situations où l'on doit prendre des décisions sur le résultat d'actions dont on ne maîtrise pas le processus causal, mais dont on est capable d'évaluer les diverses propensions. Si l'on parie sur le résultat du lancer d'un unique dé à six faces, on ne peut s'appuyer ni sur un raisonnement causal ni sur un raisonnement probabiliste pour déterminer sur quel chiffre il vaut mieux parier. Si on doit parier sur le résultat du lancer de deux dés, il en va différemment. Si on ne sait toujours pas prédire causalement le résultat, on sait que les probabilités d'obtenir les différentes sommes ne sont pas les mêmes, on sait calculer ces probabilités, et qu'il vaut mieux parier sur une somme de 7 que sur une somme de 2.

C'est ce type de logique qu'applique l'EBM au choix des stratégies thérapeutiques. Étant donné un patient décrit par les caractéristiques (en particulier diagnostiques) sur lesquelles on dispose d'études expérimentales, *et à propos duquel on ne sait par hypothèse et par construction rien d'autres que ces caractéristiques*, alors le dispositif EBM nous permet de savoir qu'il vaut mieux parier sur le traitement 7 que sur le traitement 2, car c'est celui qui a la meilleure probabilité de présenter l'efficacité la plus grande. Du point de vue intra-paradigmatique, la logique est imparable. Sachant ce qu'on sait, il ne serait pas rationnel de parier sur le 2 plutôt que sur le 7.

Le problème réside davantage dans ce que le processus EBMM ne peut pas, et empêche de, savoir. « On a quelquefois l'impression que la psychologie (universitaire), à la différence d'autres pratiques que nous appelons sciences, nous en dit moins que ce que nous savons déjà. Comme si ce qui la distinguait de la physique, ou même de l'économie par exemple, n'était pas le manque de précision ou de capacité de prédiction, mais le fait de ne pas savoir faire usage de ce que nous savons *déjà* sur les sujets dont elle traite. » (Stanley Cavell, *Les Voix de la raison*, cité par Ehrenberg 2008). Ce que dit Stanley Cavell de la psychologie universitaire s'applique tout autant aux applications de l'EBM aux questions mentales. L'évaluation probabiliste des effets *des* traitements sur *des* patients, et l'application de cette évaluation au choix *du* traitement à mettre en œuvre pour *ce* patient donné n'a de sens que si ce qu'on sait de ce patient et de sa situation apporte moins d'information pertinente que les probabilités d'efficacité. Si je sais, pour les avoir examinés attentivement par différents procédés d'exploration, que les dés de l'exemple précédent sont lourdement pipés en faveur du 1, il devient plus rationnel, sur la base des connaissances que j'ai de la situation, de parier sur le 2 que sur le 7.

Ce n'est pas pour avoir étudié expérimentalement 4 groupes de sujets envoyés aléatoirement chez le boulanger ou chez le boucher demander une baguette ou un gigot afin de calculer les tailles d'effet de ces deux actions par rapport à ces deux fins que je sais qu'il vaut mieux aller chez le premier pour

acheter du pain ; ce n'est pas non plus pour avoir lu des études épidémiologiques sur les facteurs de risque de détester la viande que je préfère servir à tel ami végétarien un plat au tofu plutôt qu'une pièce de bœuf. C'est pour avoir été socialisé dans un dispositif particulier, connaître mon ami, et pouvoir *comprendre* suffisamment la situation pour « produire maintenant une opération correcte » (Descombes 2004, p. 448). Pour cela, il faut être doté d'un esprit, capable d'en comprendre d'autres. « Avoir un esprit », selon Vincent Descombes dans sa remarquable enquête sur l'intentionnalité de l'esprit (Descombes 1995 ; Descombes 1996 ; Descombes 2004), « c'est manifester dans sa conduite une puissance intentionnelle de mise en ordre. Un agent manifeste un esprit quand sa conduite est organisée selon une structure rationnelle : ses faits et gestes s'expliquent par des relations d'intention. » Cette organisation structurelle des relations d'intention manifeste tout à la fois un esprit subjectif – une capacité à traiter en contexte pour-soi les significations instituées – et un esprit « objectif » – qui « recèle » ces significations instituées et organise les possibilités de coordonner ses actes à ceux des autres particuliers. C'est le façonnage *logique* de l'humain par les institutions sociales du sens, l'éducation, la vie familiale, la vie relationnelle..., qui crée cette intentionnalité toujours-déjà présente, et ce « je m'attends » dont Mauss considérait que « c'est la définition même de tout acte de nature collective » (cité par Ehrenberg 2005), c'est-à-dire de tout acte humain. S'y ajoute le façonnage biographique, historique, de l'individu qui détermine la « singularité commune » de la totalité signifiante articulée qui le constitue en contexte.

Or, seuls des items mondialement standardisés, disjoints à leurs articulations signifiantes, et décontextualisés sont traitables par les procédures statistiques indispensables à la production EBM des tailles d'effets des interventions à comparer. C'est pourquoi ces procédures apportent autant au praticien doté d'un esprit pour « produire maintenant une action correcte » auprès de son patient lui aussi doté d'un esprit, que la théorie des probabilités apporte au joueur qui sait comment les dés sont pipés. Autant, c'est-à-dire moins que ce qu'il sait déjà, et qu'il ne peut utiliser à bon escient s'il doit intégrer les catégories et les raisonnements du dispositif EBM. Ce qu'il sait déjà, en tant qu'humain doté d'un esprit et des capacités usuelles de comprendre autrui et d'être en relation avec. Ce qu'il sait de plus aussi, en tant que professionnel (qui devrait être) spécifiquement formé à savoir accéder à ce qui fait l'humain, c'est-à-dire tant les institutions sociales du sens que leur inscription psychodynamique et historique chez un sujet singulier.

## CONCLUSION

C'est l'accès à tout cela qui est empêché chez le praticien qui adopte les modalités diagnostiques de l'EBMM et s'engage dans son dispositif social et épistémique, ce qui limite gravement ses possibilités dans la relation avec le patient. Le nouveau langage de l'EBMM n'est pas la simple description supposément scientifique d'un état supposément naturel, que les mots de la psychométrie viendraient exactement désigner, enfin débarrassés des scories du social, des représentations et des croyances. Ce qu'apportent ces termes, c'est aussi une nouvelle représentation sociale, de nouvelles institutions du sens, de nouvelles structures signifiantes, qui opèrent dans la relation, qu'il s'agisse de relation avec un thérapeute ou de relations sociales communes, en façonnant les « particuliers » qui instancient les rôles et les catégories qu'elles définissent. Ils apportent une nouvelle socialité humaine, c'est-à-dire qu'ils « *ne produisent pas seulement des explications pour les hommes, mais des hommes pour ces explications* » (Castel 2010, p. 27).

Des travaux empiriques en ethnologie et sociologie des sciences et de la médecine mentale sont indispensables pour compléter et éclairer la réalité sur le terrain des analyses plutôt épistémologiques qu'esquisse le présent article. La thèse centrale en est que le passage apparemment insignifiant de l'EBM à l'EBMM dissimule en réalité une erreur épistémologique majeure, erreur observable dès les premières étapes, diagnostiques, du dispositif. Les conséquences potentielles de cette erreur sur le soin des troubles et des souffrances psychiques sont si graves qu'il est urgent, tant le paradigme EBMM s'impose de plus en plus comme une norme indépassable, de développer les analyses critiques approfondies qui permettront d'en montrer les limites essentielles et de permettre à nouveau aux approches adaptées à « l'esprit malade » de se développer.

Xavier BRIFFAULT  
Résidence du Hameau de l'Yvette  
91190 Gif sur Yvette  
xavier.briffault@wanadoo.fr

### RÉFÉRENCES CITÉES

- X., BRIFFAULT, « Conflits anthropologiques et stratégies de lutte autour de l'évaluation des psychothérapies », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 2008.
- X., BRIFFAULT, O., MARTIN, « Déprimer par les nombres », *Sociologie et sociétés*, 2011, 43(2).
- X., BRIFFAULT, Y., MORVAN, E., ROSCOAT, « [National information campaigns on depression. A biopsychosocial anthropology ?] », *Encephale*, 2010, 36 Suppl 2:D124-32.
- P., H., CASTEL, *L'Esprit malade. Cerveaux, folies, individus*: Les Éditions d'Ithaque, 2010.
- V., DESCOMBES, *La denrée mentale*: Éditions de Minuit, 1995.
- , *Les institutions du sens*: Éditions de Minuit, 1996.
- , *Le Complément de sujet: Enquête sur le fait d'agir de soi-même*: Gallimard, 2004.
- R., E., DRAKE, M., R., MERRENS, D., W., LYNED (Eds.), *Evidence-Based Mental Health Practice*, New York: Norton, 2005.
- A., EHRENBERG, « Le sujet cérébral », *Esprit* 2004.
- , « La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale », *Cahiers de recherche sociologique*, 2005.
- , « Malaise dans l'évaluation de la santé mentale », *Esprit*, 2006.
- , « Épistémologie, sociologie, santé publique: tentative de clarification », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2007.
- , « Le cerveau « social » Chimère épistémologique et vérité sociologique », *Esprit*, 2008.
- A., EHRENBERG, « Arrêtons les conflits inutiles », *Les Tribunes de la santé*, 2009, 22 (1): 147-47.
- P., D., ELLIS, *The Essential Guide to Effect Sizes: Statistical Power, Meta-Analysis, and the Interpretation of Research Results*, Cambridge University Press, 2010.
- H., J., EYSENCK, « The effects of psychotherapy: an evaluation », *J Consult Psychol*, 1952, 16(5):319-24.
- M., FIRST, *DSM-IV: Diagnostics différentiels*: Éditions Masson, 1999.
- INSERM, « Psychothérapies: trois approches évaluées », 2004.
- P., KNEKT, O., LINDFORS, M., A., LAAKSONEN, C., RENLUND, P., HAARAMO, T., HARKANEN, E., VIRTALA, « Quasi-experimental study on the effectiveness of psychoanalysis, long-term and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms, work ability and functional capacity during a 5-year follow-up », *J Affect Disord* 2011, 132(1-2): 37-47.
- OMS, « Rapport sur la santé dans le monde 2001. Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs », 2001.
- , « Prevention of mental disorders », 2004.
- , « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe: Relever les défis, trouver des solutions », 2005a.
- , « Promoting Mental Health CONCEPTS □EMERGING EVIDENCE □PRACTICE, » 2005b.
- D., L., SACKETT, W., M., ROSENBERG, J., A., GRAY, R., B., HAYNES, W., S., RICHARDSON, « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ* 1996, 312(7023): 71-2.

- M., L., SMITH, G., V., GLASS, « Meta-analysis of psychotherapy outcome studies », *Am Psychol* 1977, 32(9):752-60.
- S., E., STRAUS, W., S., RICHARDSON, P., GLASZIOU, R., B., HAYNES, *Médecine fondée sur les faits : Evidence-Based Medicine*: Elsevier, 2006.
- B., E., WAMPOLD, *The Great Psychotherapy Debate : Models, Methods, and Findings*: Lawrence Erlbaum Associates Inc, 2001.

**Xavier Briffault – *Le process de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'Evidence-Based Mental Medicine***

**Résumé :** Peu d'attention a été portée à l'extension de l'EBM à la médecine mentale (EBMM) et aux contraintes *logiques* qu'elle impose sur la relation thérapeutique. C'est ce à quoi s'intéresse cet article dont les objectifs sont d'explicitier le dispositif (épistémologique et socio) logique de l'EBM; d'en examiner l'instanciation à l'EBMM; de mettre en évidence *ce qu'il permet et ce qu'il empêche*, ce comment il façonne et ce vers quoi il oriente, tout particulièrement s'agissant des processus diagnostiques; d'examiner les conséquences de ce dispositif sur les approches possibles du sujet.

**Mots-clés :** EBM – Médecine mentale – Épistémologie – Relation thérapeutique – Esprit.

**Xavier Briffault – *The Construction Process of the Sick Mind and its Maintenance in the Age of Evidence-Based Mental Medicine.***

**Abstract :** Little attention has been paid to the extension of EBM to the field of mental health (EBMM) and to the logical constraints this method imposes on the therapeutic relationship. This paper explores this question and looks more specifically at the precise nature of EBM from an epistemological and sociological perspective, analysing how it has been implemented in the field of EBMM. We will shed light on what this method facilitates and what it prevents, how it functions and what it aims to achieve, most specifically in terms of diagnosis. We will then examine its consequences on the variety of ways in which the subject is apprehended.

**Key-words :** EBM – Mental Medicine – Epistemology – Therapeutic Relationship – Mind.