

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JUDITH LEBLANC

LES DONNÉES PROBANTES EN PSYCHOLOGIE :
CONCEPTUALISATIONS ET DÉFIS D'INTÉGRATION

MAI 2012

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À
TROIS-RIVIÈRES

LES DONNEES PROBANTES EN PSYCHOLOGIE : CONCEPTUALISATIONS
ET DÉFIS D'INTEGRATION

PAR
JUDITH LEBLANC

Jean-Pierre Gagnier, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, évaluatrice

Université du Québec à Trois-Rivières

Diane Dubeau, évaluatrice

Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Le monde de la psychologie est bel et bien emporté dans la vague des données probantes, c'est-à-dire la recherche d'appuis solides sur des *preuves* dites scientifiques. La documentation révèle toutefois l'absence de consensus sur ce qui constitue une pratique fondée sur les données probantes. Certains utilisent même l'expression *guerre des cultures* pour décrire la multitude des points de vue face au mouvement entourant les données probantes. Dans le cadre de cet essai, deux questions précises sont adressées. Quelles sont les principales conceptualisations de la pratique psychologique appuyée sur les données probantes? Quels défis ces conceptualisations soulèvent-elles pour la pratique? Pour tenter d'y répondre, une revue systématique de la documentation est effectuée. Les résultats de cette recherche confirment une importante diversité dans les définitions du probant et les méthodes de d'évaluation des pratiques. En effet, les pratiques peuvent être évaluées à l'aide de paramètres pouvant être totalement distincts. Face à cela, plusieurs défis se dessinent : celui du respect de la diversité et de la traduction des différents *langages*, celui de la recherche de dénominateurs communs entre les visions, celui du raffinement du processus de développement et d'intégration de la connaissance dans la pratique et, enfin, celui de garder ouvert le débat rigoureux et riche mené sur la question des données probantes.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des figures	v
Remerciements.....	vi
Introduction.....	1
Revue de la documentation	7
1.1 Définition du probant en psychologie.....	8
L'efficacité.....	12
L'efficience	14
Le pont entre la recherche et la pratique.....	15
La science.....	19
1.2 L'évaluation des pratiques	24
Vision 1 : La mesure de l'effet d'un traitement spécifique	27
Vision 2 : L'étude des facteurs généraux.....	37
Vision 3 : L'étude des facteurs communs.....	40
Vision 4 : L'étude du processus thérapeutique.....	46
Vision 5 : L'étude en contexte réel.....	52
Vision 6 : L'étude des différents niveaux d'analyse.....	56
Vision 7 : L'étude des épistémologies sous-jacentes.....	63
Discussion	71
Conclusion	80
Références	84

Liste des figures

Figure

- 1 Modèle interactionnel représentant les différents intérêts et influences en lien avec l'évaluation des pratiques 25

Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à son directeur de recherche, M. Jean-Pierre Gagnier, Ph.D., professeur au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son support, son encadrement et sa passion pour la réflexion. De plus, l'auteure désire remercier sa co-directrice de recherche, Mme Guylaine Beaudoin, Ph.D., chargée de cours au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa disponibilité, son support et son ouverture d'esprit tout au long du processus. Enfin, un merci est adressé aux proches de l'auteure, qui ont su être compréhensifs et encourageants lorsqu'il le fallait.

Introduction

« Le progrès est le mode de l'homme »

-Victor Hugo (1862)

Le progrès au sein d'un domaine, quel qu'il soit, vise l'avancement, l'enrichissement et le perfectionnement. Le monde de la psychologie, en particulier, est actuellement en quête de qualité, de légitimité et de vérité. Pour cela, la psychologie est bel et bien emportée dans la vague des données probantes, c'est-à-dire la recherche d'appuis solides sur des *preuves* dites scientifiques, qui secoue aussi particulièrement le monde de la médecine et celui de la gestion.

Au-delà de la vague, de la mode, le mouvement des données probantes s'explique par certains objectifs plus précis qui, le suppose-t-on, contribueront à l'avancement de la psychologie. Un objectif incontournable pour tout domaine qui comprend un champ de pratique est d'assurer un regard critique continu afin de maximiser la qualité des actes professionnels et des services offerts. Un des principaux objectifs porté par le mouvement entourant les données probantes, pour ne pas dire le plus important des objectifs, est donc la qualité des pratiques en psychologie.

En Amérique du Nord, le mouvement des données probantes en psychologie est mené par l'American Psychological Association (APA). Cet organisme, exerçant aux États-Unis, opère une influence directe sur le Canada. En fait, la psychologie canadienne est généralement influencée par le développement de la discipline aux États-Unis (Adair, 2005; Adair, Paivio & Ritchie, 1996). Plus près de nous, la recherche et la pratique au Québec s'inspirent directement des lignes directrices de l'APA. En effet, en 2008, l'*Ordre des Psychologues du Québec* s'est prononcé en faveur de l'*Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie* mis de l'avant par l'APA.

Toutefois, malgré des consignes plutôt claires provenant de l'APA ainsi que l'approbation des organismes canadiens et québécois, un problème majeur semble se présenter. On constate une tendance au ralentissement dans la phase d'application. Les connaissances issues de la recherche, de la science, seraient pourtant disponibles. En effet, malgré la promesse d'amélioration considérable de la qualité des pratiques, et ce même dans un contexte de restriction financière, il ressort que la diffusion de l'information sur les traitements probants se fait plutôt lentement (McHugh & Barlow, 2010) et que les changements concrets sont moins fracassants que prévus.

Afin de comprendre le phénomène, de nombreuses études furent récemment conduites. On s'intéresse aux réactions des cliniciens à propos de la pratique appuyée

empiriquement ainsi qu'aux barrières et aux éléments favorisant l'adoption d'une pratique appuyée empiriquement.

Alors que certains s'intéressent aux réactions des cliniciens, d'autres questionnent la définition de la preuve, la définition de la pratique appuyée empiriquement, la valeur de la connaissance issue des recherches d'efficacité, etc. En effet, selon Drapeau (2010), il y aurait une absence de consensus sur ce qui constitue une pratique fondée sur les données probantes dû à des différences théoriques et épistémologiques. Messer (2004) utilise même l'expression *guerre des cultures* pour décrire la multitude des points de vue face au mouvement entourant les données probantes. Ces allégations suscitent des questionnements.

Dans le cadre de cet essai, deux questions précises seront adressées. Quelles sont les principales conceptualisations de la pratique psychologique appuyée sur les données probantes? Quels défis ces conceptualisations soulèvent-elles pour la pratique?

Pour tenter d'y répondre, une revue de la documentation sera effectuée. Cette dernière aura pour objectif de documenter les conceptualisations de la pratique psychologique appuyée sur les données probantes. Pour réaliser cette recension de la documentation, la base de données *PsychInfo* a été utilisée. Les termes *empirical*

supported treatment, empirical supported practice, evidence based practice ainsi que les dérivés logiques de ces termes sont sélectionnés pour la recherche par mots clés.

Les différentes conceptualisations seront ensuite décrites à travers deux sections distinctes. La première section, intitulée *Définition du probant en psychologie* ressortira quelques éléments de définition issus de la revue de la documentation. Cette section sera une tentative de cerner, de définir, la démarche de recherche autour du probant en se basant sur la vision des auteurs ayant publié sur le sujet. Évidemment, le lecteur pourra constater que de vives critiques s'adresseront à tous les éléments de définition soulevés. Ensuite, la deuxième section intitulée *L'évaluation des pratiques* propose une revue des différentes perspectives d'évaluation des pratiques. Une fois de plus, cette section sera teintée de réactions d'oppositions. Afin de rendre la lecture plus conviviale, un modèle sera proposé au lecteur au début de cette seconde section. Le lecteur pourra percevoir que ces deux sections mettront l'accent sur les idées, sur les différentes conceptualisations. Les défis d'intégration émergeront d'eux-mêmes lorsque les idées seront abordées.

Tout au long de cet essai, le lecteur est encouragé à garder en tête la délicate question du transfert des connaissances à la pratique. Bien qu'elle ne soit pas spécifiquement à l'étude dans le cadre de ce travail de recherche, la question de l'intégration des données probantes dans la pratique demeure fort importante.

Inévitablement, la question des données probantes concerne de nombreux acteurs qui ont des opinions parfois bien distinctes, des intérêts propres et qui vivent différents enjeux. Pour faire la synthèse des publications rencontrées lors de cette revue de la documentation, une série de visions sera développée au cours des prochaines pages. Ces visions reposent sur des fondements idéologiques, méthodologiques et épistémologiques partagés ou qui leur sont propres.

Revue de la documentation

1.1 Définition du probant en psychologie

La question de l'évaluation de la pratique montre une évolution dans les dernières années. Auparavant, la question de la légitimité de la psychologie était abordée. Tous voulaient savoir si la thérapie fonctionnait réellement. Acculés au pied du mur par Eysenck en 1952, qui concluait que toutes formes de psychothérapies n'étaient pas plus efficaces que le simple passage du temps, les spécialistes œuvrant dans le domaine de la psychologie ont entrepris de mettre leurs démarches à l'épreuve et ont étudié l'impact de leur thérapie. Depuis un certain temps, il est prouvé que la psychothérapie est plus efficace que rien (Henry, 1998). Le mouvement des données probantes ne vise donc pas simplement à légitimer un domaine de pratique en montrant qu'il a sa place parce qu'il obtient des résultats. La démarche semble vouloir aller au-delà. L'objectif essentiel vise le développement soutenu d'une pratique de qualité.

Plus tard, en 1967, Gordon Paul (cité dans Folette & Beitz, 2003) posa une question déterminante pour la recherche moderne en psychologie : « *What treatment, by whom, is the most effective for this individual with that specific problem and under which set of circumstances?* ». Cette question lance, d'une certaine façon, le coup d'envoi pour mobiliser le monde de la recherche afin de répondre à la question d'efficacité, tout droit issue du monde de la pratique. L'objectif était justement de rassembler le monde de la

pratique et celui de la recherche (Newnham & Page, 2010). Tel que l'explique Bauer (2007), la question de Paul (1967) montre un intérêt nouveau pour les variables qui seront décrites, mesurées et contrôlées pour établir la preuve d'efficacité. Pour lui, la question ainsi posée permet de faire un pont avec les collègues de la médecine et des autres professions de la santé. Du même coup, la psychologie adhère formellement à un modèle plutôt médical et s'inspire directement de la démarche de l'evidence-based medicine¹ (médecine appuyée empiriquement), que Sackett et ses collaborateurs (1996, cité dans Claridge & Fabian, 2005) définissent comme *l'utilisation consciencieuse et judicieuse des preuves issues de la recherche sur les soins cliniques pour la gestion des cas individuels* (traduction libre). Confirmant cette idée, les publications de l'*American Psychological Association* (APA) dans les dernières années vont dans le sens d'une evidence-based psychology (EBP), ou, en français, une pratique psychologique appuyée empiriquement. Le mouvement entourant les données probantes est en plein essor dès le début des années 90.

Afin de définir sa position, l'APA publie de nombreux ouvrages sur le sujet dont deux principaux qui retiennent l'attention au cours des deux dernières décennies. C'est d'abord dans les années 90 que l'APA se positionne en faveur des *evidence based treatments* (traitements appuyés empiriquement). Plus précisément, c'est en 1995 que la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* publie un

¹ Institute of Medicine. (2008). Evidence-based medicine and the changing nature of health care 2007 IOM annual meeting summary, Washington : The National Academies Press.

rapport pour décrire ces traitements. La Roche et Christopher (2009; voir aussi Chambless & Hollon, 1998) résument les critères d'un traitement appuyé empiriquement:

- 1) il doit pouvoir être décrit et expliqué dans un manuel de traitement;
- 2) il doit avoir démontré des résultats supérieurs à un placebo ou équivalent à un autre traitement établi;
- 3) en utilisant une méthodologie expérimentale avec groupes comparés ou séries de cas uniques;
- 4) il doit avoir eu au moins une reproduction de l'étude par un autre chercheur indépendant.

En réponse à différentes critiques suscitées par cette publication, l'APA diffuse, en 2006, un autre article qui aura une importance majeure. Celui-ci est intitulé *Evidence-based Practice in Psychology* (pratique psychologique appuyée empiriquement). Dans cette importante publication, l'organisation propose l'adoption d'une pratique psychologique fondée sur l'évidence qu'elle définit comme *l'intégration de la recherche (données empiriques) et de l'expertise clinique dans le contexte où les caractéristiques du patient, sa culture et ses préférences sont reconnues* (traduction libre). Avec cette définition, il est important de noter que la pratique psychologique fondée sur l'évidence n'est pas réduite uniquement aux traitements appuyés empiriquement prouvés par des études contrôlées randomisées. Au contraire, l'APA parle des études expérimentales comme une façon d'y parvenir et s'ouvre à une multitude de méthodologies telles que les observations cliniques, les études qualitatives

afin d'avoir accès au monde subjectif du sujet, des études sur le mécanisme de changement, etc.

Toutefois, malgré les descriptions fournies par l'APA, la revue de la documentation sur le sujet montre que la définition des données probantes n'est pas si simple. En fait, on retrouve dans les publications de nombreux auteurs qui en critiquent la définition selon leurs positions et compréhension. Selon Stuart et Lilienfeld (2007), ce problème de définition est justement un des enjeux les plus complexes dans le débat entourant les données probantes. En fait, pour eux, le nœud du problème est que l'APA ne fournit pas la définition de ce qu'est la preuve alors qu'elle suggère d'adopter la pratique fondée sur la preuve. Faute d'une prise de position claire et sans équivoque, chacun doit réfléchir à partir de sa propre compréhension.

Dans cette partie, ce sont donc les éléments de définition identifiés par les auteurs recensés qui sont rassemblés. Les publications issues de la recherche par mot clés (*PsychInfo*) sont considérées.

L'efficacité

Le mouvement entourant les données probantes semble supposer un lien direct entre qualité et efficacité. En fait, selon ce que l'APA (2006) suggère, l'efficacité d'un traitement est l'une des deux dimensions fondamentales de la recherche visant à évaluer les pratiques. L'autre dimension étant l'utilité clinique. On cherche donc à établir, à mesurer, l'efficacité. Selon Chambless et Hollon (1998), il est fort utile pour les cliniciens, autant que pour les chercheurs, de savoir quels traitements sont efficaces pour quels clients. La connaissance des traitements les plus performants serait également un gage de professionnalisme et de soucis pour le receveur de soins. Jordan (2009) fait un pas de plus en précisant que, selon lui, la pratique appuyée empiriquement implique un impératif éthique, c'est-à-dire que si un traitement est prouvé comme étant efficace, il faut l'utiliser.

Toutefois, d'autres considèrent que la mesure de l'efficacité est tout simplement insuffisante pour tirer une quelconque conclusion clinique. Pour eux, il est nécessaire de compléter ou de modifier la question de recherche. En effet, pour Folette et Beitz (2003), la question du « combien » une thérapie est efficace serait non seulement stérile, mais inutile. En effet, l'efficacité thérapeutique ressort comme étant une question piège pour certain puisque l'objectif de la pratique ne serait pas simplement de connaître quel traitement obtient le plus de résultats lorsqu'il est mesuré.

Avec cette réflexion, la question de l'efficacité thérapeutique pourrait être remplacée par une autre, plus préoccupée par les raisons à l'origine d'une efficacité mesurée. Cela veut donc dire de s'intéresser à « comment » une intervention en arrive à ses résultats. Un objectif différent émerge, celui de comprendre l'impact. Pour en arriver à comprendre l'impact mesuré, Blatt (2001) suggère que la recherche actuelle en psychologie devrait modifier sa démarche, qui ressemble à une course de chevaux, pour la remplacer par le désir de comprendre les éléments qui contribuent à un changement constructif en lien avec un traitement. Pour lui aussi, le « comment » fonctionne une thérapie l'emporte sur le « combien » celle-ci fonctionne. Aborder la question des pratiques de cette manière permettrait non seulement d'arriver à de nouvelles connaissances, mais nécessiterait de modifier la méthodologie utilisée. Joiner et ses collaborateurs (2003, cités dans Slife, Wiggins & Graham, 2005), abondent dans le même sens, précisant que la question à l'origine de la démarche, c'est-à-dire qu'est-ce qui fonctionne (*What works?*), mène automatiquement à une méthodologie restreinte, c'est-à-dire quantitative et expérimentale. Évidemment, la question de fond demeure cruciale pour orienter les moyens à prendre pour y répondre. Le thème des moyens sera approfondi dans la seconde section de cet ouvrage où les différentes visions de l'évaluation des pratiques seront présentées.

L'efficience

Selon Le Grand Robert de la langue française (2001), l'efficacité fait référence à l'idée d'action, d'énergie et de force. Le terme se définit également par la capacité de produire un maximum de résultats avec un minimum d'effort. Cela le rend curieusement presque équivalent au terme efficience, qui se définit par la capacité à produire un effet, un rendement. La pratique de qualité définie par le mouvement fait également référence à la notion d'investissement. Le mouvement entourant les données probantes semble supposer que l'objectif ultime est de réduire au maximum l'effort financier à consentir. La question financière est fréquemment soulevée pour expliquer ou justifier l'engouement pour les recherches d'efficacité (Folette et Beitz, 2003; Foley, 2004; Sanderson, 2003).

Kettlewell (2004) parle du besoin d'utiliser intelligemment les ressources limitées disponibles au sein des services de santé mentale. L'objectif de déterminer quelles interventions possèdent le meilleur rapport qualité (lire efficacité) prix (cost effectiveness). Pour lui, la psychologie doit s'adapter au contexte financier. Elle doit demeurer concurrentielle face à différentes alternatives, telle que le développement fulgurant dans le monde de la pharmacologie. Kettlewell affirmait, en 2004, que le temps presse pour procéder à l'implantation des traitements appuyés empiriquement puisque le marché pharmaceutique gagne du terrain dans le traitement des troubles mentaux. Selon lui, si la psychologie souhaite demeurer concurrentielle, elle ne doit

plus tarder à modifier sa pratique. Bien qu'il soit maintenant question de pratique appuyée empiriquement, il ressort que l'aspect concurrentiel soit en lien avec un statut à préserver pour la psychologie.

En réponse à cela, quelques auteurs soulignent l'intérêt de certains organismes face à cet enjeu financier. Ces traitements sembleraient largement déterminés par des considérations politiques telles que les pressions des compagnies d'assurance cherchant à réduire les coûts. Pour Folette et Beitz (2003), la question des ressources ne serait pas si importante sans la présence de tiers payeur. D'ailleurs Beutler, Kim, Davison, Karno et Fisher, en 1996 (cités dans Hufford, 2000), cherchent à sensibiliser le lecteur au fait que les résultats relatifs à l'efficacité des thérapies sont de plus en plus utilisés par les compagnies d'assurance santé pour décider du remboursement. Freddi (2008), fait un pas de plus, soulignant le poids des organisations financières et institutionnelles dans le choix des études d'efficacité conduites. L'auteur souligne le peu de neutralité dans l'intérêt portée aux traitements montrant une grande efficience.

Le pont entre la recherche et la pratique

Pour plusieurs, le mouvement entourant des données probantes est une opportunité de rapprochement entre le monde de la recherche et celui de la pratique en psychologie (Western, 2002). En fait l'évaluation des pratiques est une question de recherche qui

intéresse les cliniciens. De plus, pour Addis (2002), dans la réalité, les objectifs des cliniciens et chercheurs seraient les mêmes, c'est-à-dire de chercher à améliorer le bien-être humain.

À ce propos, Kazdin (2008) parle de l'intérêt de développer le traitement le plus efficace et le moins cher possible comme une motivation conjointe, de la part du chercheur et du praticien, qui permettrait de rapprocher les mondes de la recherche et de la pratique. En plus d'augmenter la qualité des soins, cela permettrait de développer une connaissance de base en psychologie, souhaitable autant pour le chercheur que pour le praticien. De plus, le modèle de Boulder (praticien scientifique), duquel s'inspirent les programmes de formations en psychologie, présume qu'une jeune discipline telle la psychologie prendra de la maturité uniquement si la pratique et la recherche s'unissent (Olatunji, Parker & Lohr, 2005-06). C'est d'ailleurs dans l'optique d'offrir une formation incluant la recherche autant que la pratique qu'un niveau doctoral est maintenant nécessaire en psychologie afin d'accéder au titre de psychologue. Il semble donc unanime que l'union recherche et pratique est souhaitée.

Pourtant, pour Glasgow et ses collaborateurs (2006), le fossé demeure entre le monde de la recherche et celui de la pratique dans le projet d'utilisation des données probantes. Pour Addis (2002), les moyens proposés pour favoriser les liens entre la recherche et la pratique n'ont pas fait leurs preuves. En effet, la propagation des

traitements appuyés empiriquement n'a pas véritablement lieu et les connaissances devant faciliter la prise de décisions dans la pratique manquent à l'appel. Certaines études ont d'ailleurs été réalisées afin de comprendre les résistances des cliniciens (voir Wilson, Armoutliev, Yakunina & Werth, 2009). Selon Beutler (2009), la division entre le monde de la recherche et de la pratique risque d'être maintenue par la difficulté des chercheurs à fournir un modèle qui permettra aux cliniciens d'intégrer la science à leur pratique.

D'un autre côté, une étude de Pagoto et ses collaborateurs (2007) sur les barrières et facteurs favorisant l'adoption d'une pratique appuyée empiriquement soulève que de nombreuses attitudes négatives sont liées à l'idée que les chercheurs et cliniciens n'ont pas une contribution similaire.

Vision « top down ». Western (2002) et Beutler (2009) soulignent la vision unidirectionnelle (*top-down*) du développement actuel de la connaissance sur les pratiques en psychologie, où la connaissance provient des chercheurs et est dirigée vers les cliniciens pour qu'il y ait application. Toutefois, il semble que cette dynamique de production de connaissance ne soit pas la seule ayant fait ses preuves. En effet, Westen et Bradley (2005) indiquent que certaines interventions thérapeutiques « prouvées », tel que la thérapie cognitive, auraient été développées dans le contexte de la pratique.

Quoi qu'il en soit, selon Addis (2002), la vision unidirectionnelle propre au mouvement des données probantes ne sert qu'à contribuer au fossé présent entre les chercheurs et les cliniciens en psychologie. Pourtant, le modèle du *praticien scientifique* est défini comme une approche intégrée de la science et la pratique où chacun doit continuellement informer l'autre (Scientist-Practitioner Training conférence; Belar & Perry, 1992; sources citées dans Chwalisz, 2003). Dans ce sens, Barkham et Mellor-Clark (2003) parlent de l'importance d'une circulation bidirectionnelle des connaissances provenant du monde de la recherche et de la pratique, où les cliniciens auraient pour objectif de communiquer leurs propres preuves eux aussi. Dans le même sens, Weisz, Chu et Polo (2004) croient à la nécessité d'une meilleure collaboration entre les cliniciens et les chercheurs afin de permettre l'amélioration de la pratique par les données probantes. Kazdin (2008) souligne d'ailleurs qu'un rapprochement entre la recherche et la pratique devrait inclure une jonction des deux champs d'expertise. Les deux *univers* auraient d'ailleurs des préoccupations similaires, telle qu'augmenter la compréhension du processus de thérapie ainsi qu'augmenter la qualité des soins offerts aux clients.

La relation d'allure unidirectionnelle entre la recherche et la pratique pourrait être influencée par une autre tendance, celle de la psychologie scientifique, ou plutôt le désir d'une psychologie en tant que science.

La science

Selon Kendall (1998; cité dans Honos-Webb, 2005), l'objectif premier des tenants de l'approche visant à établir les traitements appuyés empiriquement est le maintien d'un standard élevé de la pratique en tant que science plutôt que comme art. En effet, pour Kettlewell (2004), ce serait l'approche scientifique qui représenterait la meilleure façon de développer une connaissance sur les soins. Selon lui, il n'existe aucune alternative qui permettrait d'améliorer la pratique que l'utilisation de la science. Elle fournirait l'opportunité de connaître quels traitements fonctionnent et ainsi permettre une pratique scientifique et donc de qualité.

Déjà, cela ne fait pas l'unanimité puisque certains auteurs questionnent l'exclusivité de l'approche scientifique pour le développement de connaissances concernant une pratique de qualité. Avec cette vision, le lien entre science et qualité n'est pas acquis. Parmi ceux-ci, Hoshmand (2003) indique que la science est une façon de connaître parmi d'autres et que, par exemple, l'évaluation morale, la critique sociale ou l'évaluation par les pairs seraient également des moyens valables pour développer des connaissances et arriver à des conclusions pertinentes qui permettraient d'améliorer la qualité des soins. Aussi, Fonagy (2005, cité dans Freddi, 2008) argumente que la qualité peut être déterminée par des éléments tels la cohérence théorique, l'impact sur la santé

publique ou l'acceptation de l'utilisateur ou du consommateur. Il semble toutefois que, selon le mouvement des données probantes, la science soit définie autrement.

La science, c'est la mesure quantitative. Dans cette vision, la science désigne l'évaluation des pratiques grâce à une méthodologie rigoureuse, utilisant notamment la mesure et la statistique. La rigueur scientifique exige de plus, la reproductibilité de la démarche empirique et la réfutabilité des conclusions. Certains croiront que ce couplage est naturel, mais pour d'autres, la science représente plutôt une attitude, qui est définie, par exemple, par la rigueur, l'objectivité, la curiosité, le scepticisme, etc. Aussi, pour plusieurs, le regard qualitatif est nécessaire pour cerner des éléments propres à la psychologie.

Toutefois, autant pour l'attitude scientifique que pour le regard qualitatif, le problème de la subjectivité se présente. En ce sens, pour plusieurs, l'utilisation d'une méthode méticuleuse quantitative permet d'éviter le piège de la subjectivité et de l'erreur humaine. En effet, il ressort pour certains auteurs que de simples modèles statistiques fournissent des prédictions plus précises quant aux résultats que celles provenant de juges experts (Dawes, 1994; Dawes, Faust & Meehl, 1989; Meehl, 1986; tous cités dans Herbert 2003). De plus, la documentation indique que de nombreux biais sont présents chez les cliniciens qui cherchent à évaluer leur travail (Chwalisz, 2003; Foley, 2004). Herbert (2003) et Honos-Webb (2005) soulignent entre autres que les

cliniciens tendent à surestimer l'efficacité de leurs interventions. Il ressort donc un besoin d'un outil de prévision efficace pour compenser les biais du thérapeute (Deegear & Lawson, 2003). Certains vont même plus loin en indiquant que le jugement clinique pourrait risquer de mener à une pratique non éthique et dangereuse (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002, cités dans Olatunji, Parker & Lohr, 2005-06). Ceci ne fait toutefois pas l'unanimité puisque d'autres croient que le consensus clinique auprès d'experts, lorsque effectué avec prudence, permet au contraire de porter un regard constructif et pertinent (Chwalisz, 2003).

Le désir d'utilisation de méthodes rigoureuses pour développer la connaissance est questionné par certains. En effet, la documentation met en lumière une inquiétude par rapport au choix de la méthode qui semble parfois être antérieur au choix de la problématique abordée. En d'autres termes, cela signifie que l'important ne devrait pas être de pouvoir utiliser la méthode la plus *scientifique* pour répondre à une question, mais bien d'utiliser celle qui est la mieux adaptée en regard d'une question de recherche qui devrait émerger en premier. Pour Slife, Wiggins et Graham (2005) ainsi que pour Hoshmand (2003), le désir de faire science semble contribuer à une recherche qui est dirigée par une méthode (method-driven) tandis qu'eux suggèrent une recherche déterminée par l'objet d'étude (object-driven), aussi complexe soit-il. Pour Beutler (2009), le fait de mettre l'accent sur la façon de connaître (méthode) plutôt que sur ce qui est à connaître spécifiquement serait une erreur. Pour lui, la pensée scientifique est

justement l'ouverture aux différentes méthodologies afin de maximiser la découverte grâce à l'intérêt envers diverses questions de recherche. Un choix de questions qui dépend de la qualité supposée de la méthodologie utilisée ne serait pas souhaitable pour un champ de connaissance. Une science dite neutre n'aurait donc pas de choix favori par rapport à une méthode d'investigation en particulier. Elle serait plutôt adaptée, c'est-à-dire que la méthode serait celle qui permettrait le mieux de répondre à une question posée. Adapter la méthode à une question de recherche pourrait confirmer l'importance des apports complémentaires des méthodologies qualitatives.

La méthode de choix est expérimentale. Avec le désir d'utilisation de méthodes rigoureuses et *scientifiques*, il ressort que le devis expérimental serait privilégié pour l'évaluation des pratiques. C'est d'ailleurs celui qui avait été désigné pour permettre d'identifier les traitements appuyés empiriquement lors de la première vague du mouvement des données probantes dans les années 1990. À ce moment, l'utilisation exclusive de cette méthode avait alors donné lieu à une importante controverse et l'APA avait finalement reconnu la pertinence d'une multitude de moyens de collecte de données. Toutefois, le devis expérimental, aussi appelé « gold standard » demeure la méthode désignée pour faire une évaluation quantitative de l'efficacité. Évidemment, cela demande d'avoir justement la mesure quantitative de l'efficacité pour objectif. Cela est d'ailleurs mis en lien avec certaines positions épistémologiques particulières telles

que l'empirisme et le positivisme. Cette question sera explorée dans la prochaine section de l'essai.

En conclusion, cette portion de la revue de la documentation permet de dégager quelques idées cherchant à définir le probant. Il semble qu'aucune proposition ne fasse l'unanimité au sein de la communauté scientifique, qui comprend ici autant des cliniciens que des chercheurs ayant des intérêts et des préoccupations diversifiées. Il est donc possible de constater que plus on cherche à définir, plus la controverse s'intensifie. On retient néanmoins que l'objectif de développer une pratique de qualité est unanime, On tend également à admettre l'idée de l'importance d'un dialogue bidirectionnel entre le chercheur et le clinicien. Cela demeure cependant un défi à concrétiser.

Évidemment, si la définition d'une pratique de qualité est tâche complexe, il est certain que le procédé d'évaluation permettant de déterminer cette qualité l'est tout autant.

1.2 L'évaluation des pratiques

Dans cette seconde section, on s'intéresse à l'acte d'évaluation des pratiques. Pour ce faire, un survol des différents regards évaluatifs posés sur les pratiques sera effectué. Afin de faciliter la compréhension des différentes visions, un modèle interactionnel représentant les différents intérêts et influences en lien avec l'évaluation des pratiques est suggéré (Figure 1). Celui-ci s'inspire du modèle de Tsui (2005) développé pour illustrer la dynamique de supervision des stagiaires en travail social. Ce modèle représente une tentative de cerner les différents éléments au cœur des préoccupations des auteurs qui ont publié sur le thème de l'évaluation des pratiques.

Dans ce modèle, quatre principaux acteurs sont concernés : le client, le clinicien, le chercheur et le milieu. Ces acteurs sont représentés par les quatre pôles externes de la figure (jaune, vert, rouge et bleu). La face supérieure montre un lieu de dialogue et d'échange entre les différents acteurs, c'est-à-dire qu'elle représente le lieu de négociation des enjeux propres à chacun. La face inférieure réfère aux processus d'influence.

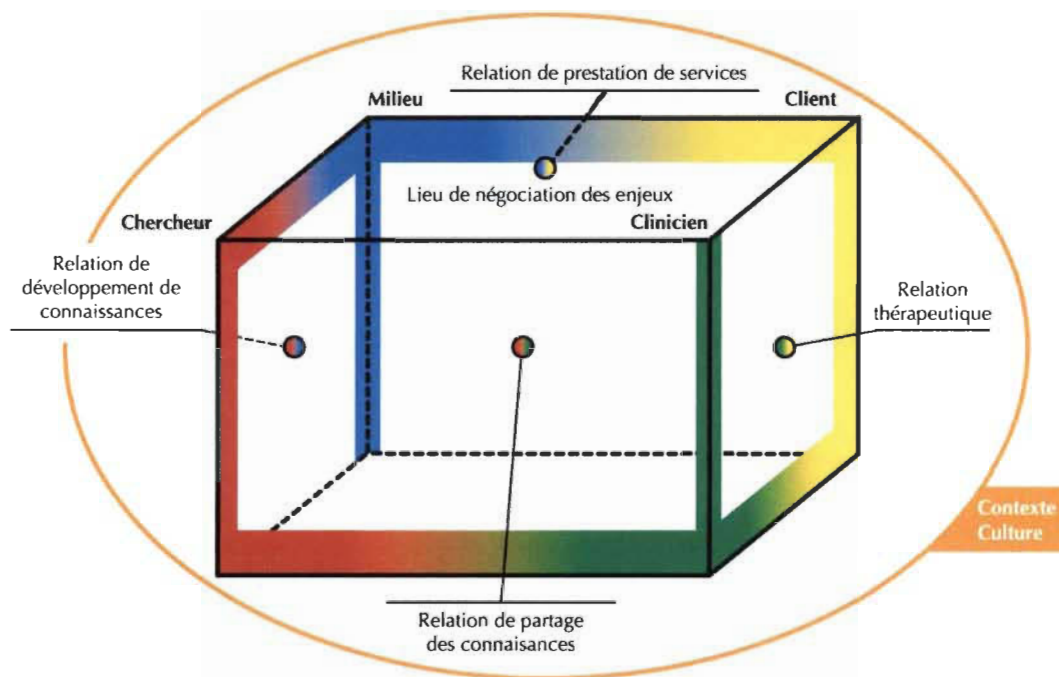


Figure 1 Modèle interactionnel représentant les différents intérêts et influences en lien avec l'évaluation des pratiques.

La face extérieure droite représente le lieu commun et privilégié entre le clinicien et le client. Celui-ci fait référence à la relation thérapeutique, à la thérapie. La face avant fait référence au lien entre le clinicien et le chercheur, qui se veut un échange bidirectionnel de connaissances. Le chercheur est représentant de la recherche, souvent intégrée dans les milieux universitaires. La face gauche fait référence au dialogue souvent implicite entre les milieux de pratique et le chercheur qui vise à assurer le développement de connaissances scientifiques et adaptées en regard des milieux de pratique et des réalités. Le milieu fait référence aux lieux concrets où la pratique des professionnels. La face arrière représente le lien de prestation de service au client. Le

cercle autour représente l'influence continue et majeure du contexte et de la culture au sens large.

Chaque interaction entre les différents acteurs est teintée de leurs intérêts et réalités. Par exemple, les milieux sont caractérisés par l'objectif de fournir une prestation de service de qualité au client tout en respectant l'aspect de financement. Les milieux les plus fréquents sont les établissements ayant un lien direct ou indirect avec les finances publiques ainsi que les milieux de pratique privée. Ces derniers sont, ou seront selon certains, de plus en plus influencés par l'intérêt du tiers payeur (compagnies d'assurance). Le chercheur, quant à lui, est préoccupé par la recherche de qualité qui permet notamment de développer la connaissance qu'il juge utile pour le domaine, mais aussi pour légitimer son champ d'expertise en tant que science. Il est également influencé par la contribution financière qui lui permet de réaliser sa recherche. Son travail s'insère possiblement dans un projet plus grand qui précise son propre mandat ou le thème de sa recherche peut être déterminé par l'utilité de la connaissance qu'il produira. Il présente un désir de rigueur et un souci pour la méthodologie qu'il utilise. De son côté, le clinicien souhaite développer une pratique rigoureuse et pertinente qui lui permettra de construire et nourrir une relation propice aux changements positifs chez son client. Enfin, le client souhaite obtenir un service de qualité pour l'atteinte de ses objectifs personnels spécifiques grâce à la rencontre avec un intervenant avec qui il pourra développer une relation de confiance. Évidemment, les enjeux et intérêts tout

juste énumérés ne sont que quelques exemples. Le lecteur attentif pourra constater que les différents regards évaluatifs posés sur la pratique professionnelle qui seront décrits dans les prochaines pages ciblent une portion spécifique du modèle. Ceux-ci se montrent alors reliés aux intérêts propres des acteurs qu'ils impliquent.

Pour structurer cette présentation et faciliter la compréhension, les constats pertinents seront regroupés sous sept visions distinctes et complémentaires. Ces visions sont l'évaluation des pratiques grâce à 1) la mesure de l'effet d'un traitement spécifique, 2) l'étude des facteurs généraux, 3) l'étude des facteurs communs, 4) l'étude du processus thérapeutique, 5) l'étude en contexte réel, 6) l'étude des différents niveaux d'analyse et 7) l'étude des épistémologies sous-jacentes. Les éléments essentiels à la définition de chacune de ces visions seront d'abord présentés. Puis, les caractéristiques propres de ces diverses façons de faire seront identifiées.

Vision 1 : La mesure de l'effet d'un traitement spécifique

Dans cette vision, l'évaluation d'une pratique est la mesure de son impact. Pour documenter l'impact, il faut une mesure et un traitement à l'étude. C'est la mesure de certains critères préétablis qui importe, la mesure la plus fiable et valide de l'état avant et après une intervention. À l'intérieur de cette démarche, les études expérimentales représentent le meilleur moyen pour évaluer l'efficacité d'un traitement parce qu'elles

permettent de contrôler des variables et préciser l'effet d'un traitement spécifique avec le plus de précision (Bower, 2003). Selon Bohart (2000), la psychothérapie est perçue comme l'agent curatif et l'objectif est de contrôler au maximum cette variable pour établir le lien le plus fiable avec les effets (causalité). Dans cette vision, la préoccupation du chercheur est de fournir la connaissance avec la plus grande validité.

Cette première vision est certainement la plus controversée de toutes. Étant celle qui ressemble le plus à la démarche encouragée par l'APA, cette vision est celle qui se voit actuellement la plus critiquée dans la documentation. Le lecteur pourra se rendre compte que chaque élément de sa description est contre argumenté avec vigueur. Cette opposition sera moins présente lors de la présentation des autres visions.

Le traitement est défini, le trouble est spécifique et le clinicien traite. Pour ce faire, il faut nécessairement préciser le traitement à évaluer. Le traitement doit être invariable pour permettre la reproduction de l'étude si désiré et ainsi faire une double vérification. Le traitement doit être précis aussi pour savoir qu'est-ce qui est à l'origine du résultat. Dans ce cas, le clinicien traite un problème avec un protocole de traitement. On lui dicte comment il doit intervenir afin que le protocole soit respecté.

Le protocole de traitement, souvent sous forme de manuel de thérapie, est un élément important de la controverse sur les données probantes. Smith (1995, cité dans Beutler, 1998) indique sa principale préoccupation par rapport aux manuels de thérapie utilisés dans les études expérimentales, soulignant que ceux-ci ne représentent pas adéquatement ce qui est pratiqué habituellement dans les milieux cliniques. On ferait en quelque sorte l'évaluation d'une thérapie *créée en laboratoire* avec une méthode d'évaluation qui semble difficilement applicable dans une réalité où changements, imprévus et adaptation sont choses courantes. Dans le même sens, Westen et Bradley (2005) soulignent le trop grand niveau de précision des interventions mises à l'épreuve.

Évidemment, pour définir le traitement à utiliser, il est nécessaire de préciser le trouble spécifique pour lequel il s'applique. Il est préférable d'utiliser un langage universel le plus possible et de préciser ce qu'il est et ce qu'il n'est pas (inclusion, exclusion). Les critères diagnostiques du *Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux* (DSM) sont souvent utilisés parce qu'ils permettent d'utiliser une appellation connue par une grande majorité dans le domaine. Toutefois, cette façon de faire est controversée. En effet, pour Follette et Beitz (2003), le diagnostic ne reflète pas nécessairement la conceptualisation habituelle que les cliniciens ont de leurs cas et dans bien des cas, les clients ne répondent pas aux critères d'une quelconque pathologie (Hayes, 1998; Strosahl, 1998; Westen & Bradley, 2005, cités dans Addis, 2002).

L'utilisation de critères d'exclusion propre aux études expérimentales ne permettrait pas, selon Silverman (1996, cité dans Beutler 1998), d'obtenir des résultats représentatifs des besoins et de la réponse de patients typiquement rencontrés dans une pratique clinique. D'ailleurs, dans une revue de la documentation, Western et Morrison (2001) indiquent que les deux tiers des patients évalués pour une étude sur la dépression, l'anxiété généralisée et le trouble panique ont été exclus à cause de la présence de comorbidités ou autres pathologies. Selon une méta-analyse sur les différents troubles mentaux effectuée par Westen et Morrison (2001), la proportion des participants écartés de l'étude à cause des critères d'exclusion lors de la sélection est également évaluée à environ deux tiers. En regard de cette constatation, Hunsley (2007) s'inquiète du manque de ressemblance entre la clientèle régulièrement rencontrée en pratique et celle que l'on retrouve dans les études expérimentales. Toutefois, en guise de contre argumentation, Pearson (1995) souligne que les études expérimentales ont montré une plus grande ouverture quant à leur critères dans les dernières années.

Herbert (2003) se positionne également en désaccord avec l'utilisation des critères du DSM. Il souligne simplement qu'aucune raison ne justifie l'utilisation exclusive des critères diagnostiques du DSM dans les études d'efficacité et que l'on peut s'attendre à voir émerger d'autres alternatives. En réponse à ces critiques, notons que d'autres critères sont parfois utilisés tels que ceux de la Classification internationale des maladies (CIM) ou ceux issus d'approches différentes. Toutefois il demeure nécessaire,

dans cette vision, de préciser le trouble puisque c'est le celui-ci qui représente le client. Les caractéristiques du client sont contrôlées pour constituer l'objet type.

On observe un objet type. Dans cette vision, l'objet mesuré est considéré comme étant statique, c'est-à-dire le même lors de la mesure avant et après le traitement, seul les effets du traitement sont différents. On parle alors d'objet d'étude normal. Ici, le terme normal fait strictement référence à la norme. La démarche expérimentale utilise la randomisation pour contrôler les effets de la variable sujet. L'objet normal, ou type, n'a pas de spécificité ni de besoins particuliers, il est plutôt caractérisé par une condition particulière, un trouble, tel qu'il a été vu précédemment. L'intérêt envers le sujet normalisé est l'accès à une connaissance généralisable d'une personne à une autre.

Cela est d'ailleurs critiqué. En effet, Wampold, Lichtenberg et Waehler (2005) sont en désaccord avec le caractère restrictif d'une classification normalisée. Ils soulignent qu'une multitude d'autres variables sont importantes et doivent être considérées. Ces variables sont, par exemple, l'ethnie, le genre, les attitudes et valeurs, les préférences par rapport au type de traitement, la motivation à s'engager dans la démarche, etc. Ce sont donc les différences individuelles qui ne seraient pas reconnues (Garfield, 1998, cité dans Deegear & Lawson, 2003). Beutler et Baker (1998, cités dans Deegear & Lawson, 2003) allèguent que cette vision sous-entend l'homogénéité des patients à

l'intérieur des classifications diagnostiques, ce qui serait, selon eux, inexact en regard de la réalité de la pratique selon eux.

Une autre critique concerne le peu de considération des besoins particuliers du client ou de sa propre évaluation de sa thérapie. En fait, selon Westen et Bradley (2005), l'évaluation des besoins des clients serait nécessaire avant d'entreprendre une quelconque étude de cette nature. Cela permettrait de s'assurer que le service, ou traitement, contribue à répondre au réel besoin présenté par le client. Dans le même sens, Wampold et Bhati (2004) abordent l'intérêt d'investiguer l'expérience subjective du patient afin de préciser le sens que les gens ont de leur propre maladie. L'efficacité serait donc établie en tenant compte des besoins d'origine ainsi que du processus subjectif de la personne. Ce sont ces éléments qui constitueraient les critères déterminants d'une bonne thérapie. En effet, pour Folette et Beitz (2003), le but serait un changement le plus significatif (*meaningful*) possible, évalué en termes d'ampleur et de qualité pour une personne spécifique dans un contexte spécifique. Par cette définition, ils sous-entendent que l'efficacité pourrait être différente d'un client à un autre. Dans ce cas, il serait nécessaire de reconnaître la subjectivité du client-sujet et toute connaissance relative à la norme serait moins pertinente.

La comparaison pré/post traitement et ses critères. Dans cette vision, la logique veut qu'un traitement soit évalué en comparant l'intensité des symptômes avant et après une intervention. De cette façon, on peut voir combien le traitement a modifié le problème. La mesure la plus efficace est celle des symptômes propres à un trouble. Deux critiques de ce procédé de comparaison émergent. On remet en question l'objectif thérapeutique de réduction de symptômes et on questionne le sens réel d'une telle réduction pour le client.

En effet, voir uniquement la réduction des symptômes comme moyen de validation d'un traitement serait restrictif selon Blatt (2001). Pour lui, un des premiers objectifs d'un traitement est de développer le potentiel du patient pour éventuellement assumer un meilleur contrôle sur sa vie et développer la responsabilisation. Par contre, ces éléments seraient plus complexes à mesurer. Wolfe (2006) critique que la documentation actuelle, en prenant uniquement le symptôme en considération, ne se penche pas sur ce qui est justement sous-jacent au symptôme. Cette préoccupation est d'autant plus importante pour certains cliniciens, ceux d'approche psychodynamique par exemple, qui conçoivent le symptôme comme la manifestation d'un conflit sous-jacent, propre à une dynamique de la personnalité. Dans le même sens, Western (2002) soulève la question de la précision des cibles d'intervention. Pour lui, les symptômes spécifiques ne sont pas l'unique cible d'intervention d'une thérapie. Certains états

affectifs généraux ou dynamiques de personnalité peuvent aussi représenter le changement visé par une intervention.

Aussi, certains questionnent la mesure de symptômes pour établir la conclusion d'une amélioration. Parmi ceux-ci, Kazdin (2008) argumente qu'une mesure pré et post traitement n'est pas nécessairement l'indicateur d'un meilleur fonctionnement, ou même d'un changement au quotidien. En ce sens, certaines mesures de la psychothérapie seraient arbitraires (Blanton & Jaccard, 2006, cités dans Kazdin, 2008), c'est-à-dire que la réelle signification des changements ressortant de ces mesures standardisées n'est pas connue. Ce problème serait évité dans le domaine de la médecine puisque le référent de l'outil de mesure ne serait pas arbitraire (p.ex. mesurer la pression sanguine, le taux de sucre, etc.). Quelques auteurs (voir Kazdin 2006a, 2006b et 2008; Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004) montrent que pour certaines études, la preuve d'un changement statistiquement significatif n'est pas équivalente à un changement cliniquement significatif. C'est d'ailleurs une idée reprise par Follette et Beitz (2003), qui indiquent qu'il y aurait confusion entre signification statistique et une quelconque signification clinique. Ils soulignent également la possibilité de détérioration conjointement à une efficacité confirmée, par exemple une détérioration physique avec l'utilisation d'un médicament qui montre des effets positifs sur le symptôme ciblé au départ.

Les caractéristiques propres de cette façon de faire. En résumé, cette vision a pour force d'établir le meilleur lien entre un traitement et ses résultats, dans le contexte où les objectifs sont déterminés à priori. Aussi, avec ce modèle, deux interventions peuvent être comparées, dans la mesure où elles ont les mêmes objectifs de traitement. Dans le monde médical, on pourrait par exemple comparer psychothérapie et pharmacothérapie dans le traitement d'un trouble spécifique. Évidemment, l'étude expérimentale ne représente pas une modalité de choix lorsqu'il est question de comparer des interventions ayant des conceptualisations différentes.

Un second avantage est que l'identification de traitements performants répond bien à certains objectifs, tel qu'une gestion de services préoccupée par l'efficacité et l'efficience. Cette information est particulièrement d'intérêt pour les milieux de pratique où l'on cherche à offrir le meilleur traitement au moindre coût.

En plus, cette façon de faire permet d'établir des liens précis et directs ainsi que de confirmer des hypothèses. Toutefois, elle limite la découverte. Certains, tel que Bower (2003), soulèvent la restriction quant aux connaissances possibles par cette vision. Par exemple, on ne peut pas savoir comment s'opère le changement, qu'est-ce qui influence l'efficacité, ou quels sont les modérateurs (Kazdin, 2008), que faire à l'égard des obstacles qui se présentent lors du processus thérapeutique, etc.

Toutefois, cette façon de faire demande d'exercer un contrôle sur certaines variables. Par exemple, on cherche à contrôler l'influence du client en le normalisant grâce à la randomisation. Aussi, on adopte d'importants critères d'exclusion pour permettre le lien le plus fort entre le traitement et les résultats dans le traitement d'un trouble spécifique. Certains auteurs notent d'ailleurs que les études ayant les critères d'exclusion les plus stricts étaient celles qui obtenaient les résultats les plus prometteurs.

Enfin, la recherche normalisée permet d'atteindre une connaissance plus générale et universelle. Elle permet d'établir des connaissances qui seront utilisables à grande échelle. Par contre, l'application doit nécessairement être restreinte à l'application du protocole mis à l'épreuve puisque toute modification fait que la preuve d'efficacité n'est plus valide. L'étude expérimentale informe uniquement sur les protocoles efficaces qui gagneraient à être instaurés dans la pratique psychologique. En ce sens, Weisz et ses collaborateurs (2011) soulignent l'importance de la distinction entre identifier la pratique la plus efficace et identifier les éléments communs aux pratiques efficaces. Pour eux, cela est important pour voir comment bonifier la pratique actuelle. Cet élément introduit d'ailleurs la prochaine vision, c'est-à-dire une vision s'intéressant aux facteurs généraux.

Vision 2 : L'étude des facteurs généraux

Lors d'une recension des réactions envers la position de l'APA concernant les traitements appuyés empiriquement, Beutler (1998) aborde la question des critères ciblés par l'APA et aussi par Chambless et Hollon (1998). L'auteur questionne si ceux-ci représentent une façon raisonnable de réaliser l'évaluation des pratiques. Pour lui, le choix des critères différents, plus libéraux, permettent d'obtenir des conclusions différentes quant à la nature et l'efficacité des traitements. Évidemment, critères plus libéraux donnent aussi lieu à une connaissance plus générale.

Des critères génériques. L'utilisation de critères génériques permet d'évaluer certaines thérapies qui ne visent pas l'amélioration d'un symptôme précis. En ce sens, certains auteurs soutiennent que cette façon de faire permettrait l'évaluation des approches qui visent justement des objectifs thérapeutiques généraux (Blatt, 2001; Western, 2002). De cette façon, on peut respecter davantage l'allégeance du clinicien ainsi que sa façon de concevoir ce qu'est l'évolution favorable lors d'une thérapie. Ces critères pourraient alors être de développer une meilleure capacité d'*insight* et de générer des changements à un niveau plus profond de la personnalité pour permettre des résultats plus durables dans le temps (Fonagy & al., 2005, cités dans Freddi, 2008). Les objectifs peuvent être différents changements significatifs dans la vie du client ou le développement de ressources personnelles.

Différentes approches peuvent être comparées. La recherche sur l'efficacité des thérapies existe depuis plusieurs décennies. Hagemoser (2009; voir Smith & Glass, 1977, cités dans Clement, 2010) rappelle que de nombreuses publications ont été réalisées afin de comparer l'efficacité des approches thérapeutiques. Pour cela, il est nécessaire d'utiliser des critères communs, habituellement plus généraux. Dans cette optique, les revues des méta-analyses n'auraient d'ailleurs pas été en mesure d'établir la supériorité d'une école de pensée (voir Anh & Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004; Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, et al., 2002; Smith, Glass & Miller, 1980; Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson, et al., 1997; tous cités dans Hagemoser, 2009). Les différentes thérapies seraient donc équivalentes lorsque des critères généraux sont utilisés.

D'ailleurs, dans la documentation, ces études ont provoqué une importante controverse au sujet de la comparaison des thérapies. L'expression du *verdict dodo* est alors utilisée pour faire un clin d'œil à l'oiseau dodo dans le film Alice au pays des merveilles qui, suite à une course, s'exclame que « tout le monde gagne, tous auront un prix » (Freddi, 2008). Cette impression d'équivalence au niveau des résultats thérapeutiques donne lieu à une importante argumentation, notamment de la part des chercheurs en faveur des études expérimentales, qui eux arrivent pourtant à comparer les thérapies. De leur côté aussi, il existe des méta-analyses confirmant une différence entre les thérapies (voir Beutler, 2002; Huppert, Fabbro, & Barlow, 2006; Ollendick &

King, 2006; Shapiro & Shapiro, 1982, tous cités dans Beutler, 2009). Les principales conclusions font habituellement référence à la supériorité des interventions comportementales et cognitives (voir Beutler, 2009).

Cette contradiction semble pouvoir s'expliquer en regard des critères de comparaisons utilisés. En fait, on constate que les interventions issues de différentes approches ont parfois été insérées dans un modèle de comparaison expérimental. En fait, c'était exactement l'objectif visé par l'APA en 1995. Les réactions ont été nombreuses puisque de plusieurs interventions n'ont pas été conçues dans cette optique, comparativement aux thérapies comportementales et cognitives qui ont la réputation d'être développées pour être mises à l'épreuve dans le contexte expérimental, c'est-à-dire qu'elles utilisent des concepts opérationnalisés, mesurables, etc. Certains ont critiqué ces démarches disant que cela consiste à vouloir comparer des pommes et des oranges (voir Gaudiano, 2009). Or, pour eux, si deux interventions doivent être comparées, pour éviter de forcer l'évaluation d'une intervention avec une grille qui ne la concerne pas, il faut nécessairement utiliser des critères plus généraux, communs aux deux interventions.

Les caractéristiques propres de cette façon de faire. La vision encourageant l'étude des facteurs généraux permet de poser un regard évaluatif sur les interventions

qui accordent plus d'importance aux résultats globaux. De plus, elle permet de comparer les interventions, même celles issues de différentes approches.

Par l'inclusion d'une multitude d'approches dans cette démarche d'évaluation des pratiques, on semble vouloir respecter la diversité rencontrée dans le domaine de la pratique psychologique. On cherche à encourager l'évaluation des thérapies et éventuellement la comparaison, mais d'une façon équitable pour tous. Dans cette optique, on semble vouloir développer une lunette qui permet de considérer toutes les approches thérapeutiques. Ce désir d'unification ressortira également de la prochaine vision, celle suggérant l'étude des facteurs communs. Le lecteur pourra remarquer une ressemblance non négligeable avec celle tout juste présentée.

Vision 3 : L'étude des facteurs communs

La vision encourageant l'étude des facteurs communs vise à identifier des éléments qui sont thérapeutiques pour une ou plusieurs interventions. Pour obtenir cette information, on cherche à identifier à quoi les changements positifs d'une thérapie sont attribuables. On parle de *l'explication de la variance*, c'est-à-dire qu'on cherche à identifier les éléments qui contribuent le plus aux changements favorables (variance).

L'idée de porter un intérêt aux facteurs communs émerge certainement du fait que ces facteurs se sont avérés d'importants contributeurs sur la variable résultat. Les auteurs adoptant cette perspective ont l'idée que les résultats positifs d'une intervention ne sont pas déterminés par la procédure prescrite, mais par la présence de certains éléments. Une bonne thérapie est donc celle qui contient de bons ingrédients. Cela ajoute un nouvel angle à la réflexion sur l'évolution des pratiques cliniques. On souhaite développer une compréhension des bienfaits thérapeutiques en cernant les éléments essentiels et non seulement mesurer un impact ou une efficacité.

La prise en considération de données valides. Dans une publication sur les débats irrésolus dans la controverse sur les données probantes, Nathan (2004) cible l'opposition entre les *facteurs communs* et la variable *technique*. La variable *technique* est définie par Nathan (2004) comme l'intervention spécifique appliquée par le thérapeute tandis que les *facteurs communs* sont plus variés, ils sont entre autres les attributs d'un patient (par exemple son âge, son genre et sa personnalité) ainsi que ceux du thérapeute (par exemple ses aptitudes interpersonnelles). L'alliance thérapeutique et les éléments relationnels sont aussi inclus dans les facteurs communs.

En regard de ces éléments, une revue de la documentation effectuée par Lambert et Bergin (1994, cités dans Henry, 1998) conclut que les facteurs communs comptent pour la majorité des gains d'une intervention psychologique. Selon Garfield (1992, cité dans

Deegear & Lawson, 2003), les facteurs communs compteraient pour 79% de la variance comparativement à la variable traitement qui compterait pour seulement 8%. Les bienfaits d'une thérapie seraient donc influencés par la nature de l'alliance thérapeutique, par la capacité du thérapeute à engager un client activement dans son processus de thérapie, etc. (voir Krupnick & al, 1996, cités dans Blatt, 2001). Les résultats d'une thérapie seraient aussi reliés au thérapeute grâce à son empathie, son ouverture et sa sincérité (voir Blatt & al., 1996, cités dans Blatt, 2001).

Ces informations ne sont pas nouvelles puisque Saul Rosenzweig, en 1936 (cité dans Freddi, 2008), supposait que les facteurs communs dans les différentes thérapies étaient si influents qu'ils contribueraient à ne révéler qu'une mince différence lorsque les résultats issus d'intervention de différentes approches seraient mesurés. Cette affirmation semble vouloir être confirmée suite à différentes méta-analyses (par exemple, voir Luborsky, Diguier, Seligman, Rosenthal, Krause, et al., 1999; Fonagy & Target, 2002; Fonagy, 2005; Lambert & Ogles, 2004, tous cités dans cité dans Freddi, 2008). Face à ces informations, certains auteurs, tel Henry (1998), questionnent le fait que cette portion des données empiriques fut ignorée pendant un certain temps dans la démarche entourant les données probantes. Avec la publication de l'APA de 2006, on table officiellement sur l'intérêt de développer les connaissances sur le changement thérapeutique et sur l'influence de la relation thérapeutique.

Le clinicien et le sujet influencent. Pour Wampold, Lichtenberg et Waehler (2005), la preuve issue des recherches sur le probant est malheureusement basée majoritairement sur la variable *traitement*, laissant de côté les autres facteurs influençant la variance expliquée tel que la variable *clinicien*, *client*, *relation*, etc. Selon les auteurs, cela est plutôt ironique puisque la variable *clinicien* pouvait expliquer une plus grande portion de variance dans des études antérieures (Christis-Christoph & Mintz, 1991; Christis-Christoph, Baranackie, Kurcias, Carroll, Luborsky, et al., 1991; Wampold, 2001; tous cités dans Wampold, Lichtenberg et Waehler, 2005) et le fait de l'ignorer risquer de biaiser les résultats (Wampold & Bhati, 2004). La variable clinicien inclurait notamment sa compétence (Shaw & Dobson, 1998, cités dans Foley, 2004) et son allégeance (Deegear & Lawson, 2003).

La variable *client* est aussi reconnue. On la reconnaît dans un premier temps parce qu'on perçoit son impact sur les résultats. En effet, une méta-analyse effectuée par Swif et Callahan (2009) conclut que les préférences du client quant à son traitement ont un impact sur les résultats, c'est-à-dire qu'on constate un effet positif sur les résultats lorsque le client reçoit le traitement qu'il préfère, en plus d'avoir un impact sur la chance de compléter la thérapie au lieu de terminer prématurément. Dans le même sens, Wampold, Lichtenberg et Waehler (2005) soulignent qu'une multitude de variables reliées aux clients doivent être considérées parce qu'elles ont une influence sur le processus thérapeutique. Parmi ces variables, les auteurs nomment l'ethnie, le genre, les

attitudes et valeurs, les préférences par rapport au type de traitement, la motivation à s'engager dans la démarche, etc.

La relation est aussi un élément de grande importance pour les tenants de cette vision. Une publication antérieure a évalué que la relation thérapeutique pouvait expliquer jusqu'à 30% de la variance comparativement à 15% pour la technique (Lambert 1992, cité dans Henry 1998). L'alliance serait également une variable importante quant à la prédiction des résultats (Horvath & Symonds, 1991 ainsi que Martin, Garske & Davis, 2000, cités dans Wampold & Bhati, 2004; Norcross, cité dans Deegear et Lawson, 2003; Grawe, 1997, cité dans Bohart, 2005).

Les caractéristiques propres de cette façon de faire. En résumé, dans cette vision, on utilise les données pour identifier les ingrédients d'une bonne thérapie. On cherche davantage à comprendre l'impact, en distinguant des indicateurs, plutôt qu'en mesurant un résultat. Ce sont les études sur les facteurs influençant la variance qui permettent d'identifier les éléments qui contribuent à la thérapie.

Ici, les éléments garantissant la qualité d'une intervention ne dépendent pas d'un traitement précis. Au contraire, on vise à identifier les facteurs qui garantissent un impact positif sur l'efficacité, peu importe dans quelle thérapie. On cherche plutôt une

façon trans-théorique d'évaluer et l'évaluation est fondée sur la présence de facteurs reconnus comme thérapeutiques.

Dans cette recherche d'ingrédients thérapeutiques, les caractéristiques propres au thérapeute et à un client ne sont pas évacuées. On en tient compte pour observer l'intensité de leur influence sur la thérapie. En fait, l'intensité de l'influence est la seule conclusion possible de ces études sur la variance. On peut alors voir « combien » les facteurs identifiés semblent avoir un impact, mais on ne sait pas « comment » cela s'opère. Avec cette façon de faire, on confirme l'existence d'un lien significatif entre les variables relationnelles et les impacts d'une intervention. Cela amène à l'idée que la thérapie pourrait être, d'une certaine façon, un art à la fois technique et relationnel.

Ce point de vue permet de faire un pas de plus dans l'étude de la thérapie. On met la thérapie, le clinicien et le client sous la loupe pour voir ce qui produit un impact. C'est d'ailleurs ce même procédé qui est réalisé dans la prochaine vision qui tente de documenter le processus propre à la thérapie.

Vision 4 : L'étude du processus thérapeutique

Dans cette vision, c'est le regard sur le processus qui importe. On cherche à documenter l'évolution de la thérapie au lieu de documenter uniquement ses effets. Le désir de comprendre l'impact des thérapies par l'étude de leur processus ouvre à de nombreuses possibilités puisque chaque approche en psychologie se verrait être «étudiable». On rend donc possible l'étude des thérapies axées sur le processus, les thérapies constructivistes, en plus de s'ouvrir à la portion de recherche s'intéressant aux changements thérapeutiques.

On évalue les approches alternatives. Les approches alternatives sont établies ici en comparaison avec le modèle qui semble se dessiner par les publications de l'APA. En fait, pour Smith (2009), l'APA aurait désigné un *modèle technique* afin d'entreprendre la démarche entourant les données probantes. Pour lui, le modèle technique propose que les souffrances psychologiques puissent être analysées pour constituer un ou des problème(s) précis pour lequel(s) on appliquera une méthode d'intervention spécifique. Selon ce modèle, le mandat du thérapeute est de préciser le problème spécifique à traiter et appliquer le traitement prescrit. Smith, comme plusieurs autres, ne considère pas que cette vision de la psychologie soit juste. D'ailleurs, pour lui, c'est cette façon de voir qui contribuerait à écarter l'approche humaniste, l'approche psychodynamique de même que la psychologie positive (Wampold, Lichtenberg & Waehler, 2005) de la course tandis que l'approche cognitive et comportementale serait

d'emblée favorisée puisqu'elle se serait précisément développée en adoptant les bases du modèle technique.

Bohart, O'Hara et Leitner (1998) ainsi que Messer (2004) abordent les postulats sur lesquels s'appuie l'approche humaniste et expliquent l'incompatibilité avec le mouvement entourant les données probantes. Selon eux, le sens que prendra une thérapie humaniste n'est pas nécessairement établi selon un diagnostic. Elle ne vise pas non plus à traiter un symptôme ou une condition. Pour eux, son but est de fournir une relation optimale, un espace, qui permettra au client d'expérimenter une nouvelle réalité qui sera construite ou influencée autant par le client que le thérapeute et qui, ultimement, grâce à une vie possiblement plus satisfaisante et sensée, permettra de diminuer la détresse. Dans cette optique, le succès d'une thérapie pourrait exister sans la réduction d'un symptôme ou sans que l'objectif thérapeutique soit clairement déterminé à priori. L'important est plutôt le processus (Gold, 1995, cité dans Messer, 2004).

L'influence de la relation thérapeutique est reconnue comme faisant partie du processus. Le clinicien et le client sont aussi des entités qui influencent le processus. Certains parleront même de co-construction, c'est-à-dire que l'évolution sera déterminée par la nature de la rencontre entre deux personnes.

On cherche à comprendre le changement, l'évolution tout au long du processus. Pour Kazdin (2008), la recherche en psychologie, précisément celle ayant une visée clinique, cherche à augmenter la compréhension du processus de thérapie ainsi qu'à augmenter la qualité des soins offerts aux clients. Aussi Herbert (2003) parle de l'étude des principes de changement qui permettrait d'atteindre les mêmes objectifs. Cela signifie donc qu'une pratique de qualité ferait référence à l'observation ainsi qu'à la compréhension des mécanismes de changement. Avec cette vision centrée sur l'étude du processus thérapeutique, on cherche à répondre à la question du « comment ».

La connaissance sur le changement en thérapie ainsi qu'à propos des modérateurs est d'ailleurs une portion de recherche qui semble avoir été écartée depuis le début de la démarche de recherche sur les traitements probants. En 2006, l'APA avait d'ailleurs reconnu la nécessité de développer davantage la recherche sur cette dimension.

En effet, Herbert (2003) souligne qu'il est bien possible de montrer qu'un traitement fonctionne sans savoir pourquoi il fonctionne. Ce serait d'ailleurs le cas du EMDR, c'est-à-dire le Eye Movement Desensitization and Reprocessing, tel que le soulignent Follette et Beitz (2003). Face à cette faille, Bower (2003) soulève le danger que certains utilisent les traitements « prouvés » parce qu'ils ont reçus un *feu vert* alors que le processus thérapeutique représente quelque chose de beaucoup plus complexe. Pour O'Donohue et Yeater (2003), la compréhension du processus et l'étude des

mécanismes de changement sont nécessaires afin d'envisager d'appliquer une intervention, puisque celle-ci doit être adaptée à une clientèle, un besoin ou un contexte. Lorsqu'on ne comprend pas bien une pratique, on ne peut pas l'ajuster ou la reproduire avec rigueur et nuances.

Le clinicien s'implique et il peut rencontrer un sujet. Lorsque le processus est étudié, il n'est plus nécessaire de contrôler les variables. Dans ce contexte, le client ou le clinicien peuvent être reconnus comme entités subjectives. Ils seront alors perçus comme changeant, ayant des préférences et des besoins spécifiques. En fait, on conclut que, puisque le client est un sujet, le clinicien est tout aussi subjectif. Le clinicien s'implique dans la relation, particulièrement dans l'approche humaniste où il est authentique et fait preuve de transparence. Comparativement à cela, dans l'approche psychodynamique, on reconnaît la subjectivité du clinicien, mais il cherche à adopter un comportement le plus neutre possible, soit en analysant continuellement le transfert.

Ainsi, on reconnaît que le sujet est insaisissable puisque changeant et on respecte sa nature. Il peut présenter des besoins changeants ou peu définis. C'est en ce sens que Kazdin (2008) souligne la possibilité que de nouvelles cibles d'interventions émergent à tout moment au cours de la thérapie ou que les objectifs de départ peuvent être flous ou non précisés par le client. L'auteur évalue d'ailleurs que plus de la moitié des clients vus en thérapie changent leurs objectifs ou précisent de nouveaux symptômes

problématiques en cours de traitement. Cependant, la connaissance demeure liée au client et à la relation établie. En ce sens, pour Kazdin (2008), si chaque client est considéré comme étant unique et qu'il influence même les décisions quant au traitement, il devient illogique de supposer une quelconque équivalence qui permettrait la généralisation entre les thérapies et les clients.

À la recherche d'autres critères de qualité. Certains soulignent l'intérêt de considérer les approches qui ne se mesurent pas par la méthode expérimentale. Toutefois, cela demande de considérer d'autres critères de qualité que celui de l'efficacité mesurée avant et après la thérapie. Pour tenter de répondre à cela, Wampold (2001, cité dans Messer, 2004) fait une énumération des critères alternatifs qui permettraient d'accorder de la crédibilité à l'une ou l'autre de ces approches. Pour lui, les approches ayant une structure théorique solide, qui ont été largement utilisées à travers le temps et qui se basent sur des recherches sérieuses et crédibles méritent d'être reconnues, bien que ces recherches ne soient pas de type expérimentales telles que définies par l'APA (1995). D'ailleurs, lorsque des comparaisons sont effectuées en considérant les thérapies répondant aux critères de Wampold, il semble que les thérapies comportementales et cognitives ne parviennent pas à montrer des résultats supérieurs significatifs (voir méta-analyses de Grisson, 1996 et Luborsky et al., 2002; citées dans Messer, 2004) .

Les caractéristiques propres de cette façon de faire. En résumé, en procédant à l'étude du processus, on reconnaît que la démarche thérapeutique peut impliquer un sujet et un clinicien qui sont changeants et uniques. On admet également que le processus thérapeutique comporte des imprévus et plusieurs chemins pour arriver à une fin. On est intéressé par le lien entre le clinicien et le sujet et on aborde le processus dans sa plus grande complexité.

Dans cette démarche, on ne cherche pas à obtenir une mesure du « combien » une thérapie fonctionne, mais on s'intéresse à comment le processus s'opère. On doit alors chercher des critères de qualité dans la pratique ailleurs que dans l'efficacité. La pratique de qualité pourrait alors être définie comme une attention rigoureuse et continue à l'état de la situation ainsi qu'en considération des principes de changement.

Cette façon de faire s'intéresse à ce qui se passe véritablement dans le processus de thérapie sans chercher à contrôler des éléments. Cela est également vrai dans la prochaine vision, celle s'intéressant uniquement au contexte réel.

Vision 5 : L'étude en contexte réel

En 2006, l'APA a fait un bon pas dans le sens de l'utilité clinique. En effet, le rapport de 2006 souligne que la recherche ne doit pas mettre l'accent uniquement sur l'efficacité, mais aussi sur l'applicabilité, l'utilité et la possibilité de généralisation d'une intervention (cité dans Smith, 2009). Certains vont plus loin en considérant que l'étude en contexte réel est la seule qui soit véritablement pertinente pour les cliniciens, pour le monde de la pratique. Deux types d'études en contexte réel existent, celles visant à mesurer l'efficacité sur le terrain (effectiveness) ainsi que celles ayant pour but l'évaluation des pratiques habituelles (as usual).

Les études d'efficacité terrain se rapprochent des études d'efficacité expérimentales (efficacy). Une publication de Nathan (2004) aborde la comparaison entre le modèle de l'efficacité (efficacy) avec le modèle de l'efficacité sur le terrain (effectiveness). Pour lui, le modèle de mesure de l'efficacité (efficacy) fait référence à une recherche contrôlée et limitée dans le temps, où les participants sont assignés de façon randomisée et où les thérapeutes sont formés intensivement pour prodiguer le traitement expérimental aux patients spécialement sélectionnés par un diagnostic. Le modèle de mesure d'efficacité sur le terrain (effectiveness), quant à lui, fait référence à une recherche clinique effectuée dans le milieu de travail. L'étude terrain est donc réalisée lorsqu'une intervention prouvée par la méthode expérimentale est implantée dans un

milieu de pratique tandis que l'évaluation des pratiques habituelles est l'action d'évaluation des moyens utilisés par les psychologues dans leur milieu de pratique.

Le problème de l'applicabilité. Le débat autour de la pratique appuyée empiriquement est marqué par la question d'implantation des pratiques dans les milieux de travail (Norcross, Beutler & Levant, 2006, cités dans Hunsley, 2007). On questionne l'équivalence du lieu d'évaluation et du lieu d'application. Pour Hunsley (2007) l'idée de la pratique appuyée empiriquement laisse place au défi de relier la connaissance issue des études expérimentales et la pratique en contexte réel. L'auteur questionne si les dispositions de ces études sont suffisamment ressemblantes pour tirer une quelconque conclusion clinique et si la documentation sur les traitements est suffisamment développée pour répondre à une diversité de situations, contextes, clients rencontrés dans la pratique. Dans un sens similaire, pour Kazdin (2008), les connaissances obtenues dans le cadre de l'évaluation des pratiques suggéré par l'APA pourraient être simplement non généralisables à la pratique puisque les recherches ne sont pas conduites auprès d'une clientèle représentative de celle rencontrée en contexte clinique.

La validité externe prévaut. Ici, la valeur de la connaissance est questionnable tant qu'elle n'est pas issue d'un contexte de pratique réel. L'évaluation des pratiques s'effectue uniquement dans les milieux cliniques. Cette façon de voir permet de

répondre à des auteurs tels que Howard et ses collaborateurs (1996, cités dans Beutler 1998) et Seligman (1995, cité dans Beutler 1998) qui considèrent que les études contrôlées randomisées n'informent aucunement du potentiel de ce traitement dans un contexte réel. Les études expérimentales permettraient donc uniquement de poser l'hypothèse qu'un traitement obtiendra des bons résultats lorsque transféré dans un contexte clinique. En d'autres termes, il n'y a pas lieu de croire qu'un traitement ayant fait ses preuves dans une étude expérimentale fonctionne en dehors de l'arrangement expérimental.

On conçoit alors que la réalité terrain comprend des éléments qui lui sont propres et qui influencent nécessairement, vu qu'ils ne peuvent plus être contrôlés. La présence de ces éléments influencerait donc inévitablement le déroulement et les résultats des interventions.

Le sujet est naturel. Ici, le terme naturel fait référence à la clientèle habituellement rencontrée dans un milieu de pratique. Cette perspective demande de considérer toutes les particularités du sujet. En fait, cela demande de travailler dans un contexte où des comorbidités sont possibles, où les besoins sont parfois flous et même changeants. En ce sens, Western, Novotny et Thompson-Brenner (2004) soulignent que cela amène une toute autre réalité puisqu'une importante proportion de patients qui est habituellement vue en thérapie a une comorbidité, ou ne répond à aucune catégorie diagnostique.

Le clinicien souhaite évaluer sa pratique, les connaissances lui sont utiles. Dans cette vision, le clinicien joue un rôle crucial dans le choix éclairé des moyens qu'il souhaite mettre en place pour adopter une pratique de qualité. Il est le principal concerné pour utiliser des moyens qui seront applicables dans son milieu de travail auprès d'une clientèle qu'il connaît. De plus, dans cette vision, c'est l'évaluation de sa pratique qui constitue la recherche de qualité.

Les caractéristiques propres de cette façon de faire. En résumé, avec cette vision, les réalités terrain sont considérées (milieu, clientèle, imprévus, etc.) dans l'évaluation. Cette vision met l'accent sur l'importance de la validité externe sans nécessairement désigner une démarche méthodologique à suivre. L'évaluation peut donc s'appliquer à toute intervention d'une façon qui lui est propre, c'est-à-dire que les critères utilisés pour déterminer la qualité peuvent être propres à l'intervention que l'on veut évaluer.

Dans ce cas, les connaissances sont liées à un contexte spécifique et il devient difficile, voire impossible, de les comparer ou de les généraliser. On développe plutôt une façon de travailler. La connaissance issue de ce genre d'étude est alors contextuelle et pragmatique. Toutefois, comme il sera vu dans les prochaines lignes, divers niveaux de connaissance, ou d'analyse, peuvent être examinés.

Vision 6 : L'étude des différents niveaux d'analyse

De nombreux auteurs adoptent une perspective influencée par différents niveaux d'analyse. Ceux-ci ne prônent pas nécessairement la complémentarité de différents niveaux d'analyse, mais ils cherchent à montrer combien le niveau qu'ils défendent est nécessaire pour développer une pratique de qualité. Cette compréhension diffère des autres parce qu'elle fait référence à une perspective, un style d'analyse, plutôt qu'à des moyens précis. Parmi les niveaux d'analyse, on retrouve la masse, le groupe et l'unité.

La masse, la norme, l'universalité. Selon Shweder, (1995, cité dans La Roche & Christopher, 2008), ce niveau d'analyse avance que les individus ont des caractéristiques stables et communes qui peuvent être évaluées à l'aide d'une méthode scientifique rigoureuse pour laquelle le contexte est une variable, un bruit, contrôlée. Ce genre de recherches arrive donc à généraliser ses résultats puisque qu'elles s'intéressent à des éléments que l'on suppose présents chez tous les humains. Cela permet donc d'accéder à une connaissance valide pour tous, une connaissance normale, c'est-à-dire au sujet de la norme.

Un des postulats sous-jacent au mouvement des données probantes est que la science (la recherche) développe des lois universelles dans le but de l'appliquer à

l'unité. L'idée est que la meilleure pratique sera l'application des lois causales universelles aux cas individuels (Schön, 1983)), accordant ainsi plus d'importance à l'uniformité (Hagemoser, 2009). Toutefois, tel qu'indiqué par Schön (1983), chaque unité ressemble et diverge du général. La négation de ces divergences constituerait alors un problème pour lui. Pour Bernal et Scharron-Del-Rio (2001), les études empiriques concernant les traitements psychologiques excluent de leurs investigations scientifiques la culture, l'histoire et les variables contextuelles.

Le groupe, la culture. Pour d'autres, la recherche de lois universelles a contribué à négliger un aspect fondamental : la culture. Selon Whaley et Davis (2007, cités dans Hays, 2009), il y aurait un manque au niveau des traitements validés auprès de différentes populations minoritaires. En fait, selon Kotchick et Grover (2008, cités dans Elkin, Roberts & Steele, 2008), la majorité des recherches sur l'efficacité des approches et des techniques thérapeutiques ont été conduites auprès d'échantillons au sein desquels il n'y avait pas une diversité culturelle ou ethnique significative.

Pour aborder la question de la culture, certains auteurs font référence à une terminologie anglophone. Les termes *emic* et *etic*, inspirés de l'anthropologie anglophone, font référence à un niveau d'analyse différent, soit universel (*etic*) et spécifique à une culture (*emic*). Tel que l'expliquent La Roche et Christopher (2009), les thérapies développées dans une vision *etic* supportent l'idée qu'une intervention qui

fonctionne auprès d'un groupe spécifique permettra les mêmes résultats auprès d'un autre groupe, donc sera généralisable avec possiblement quelques modifications mineures. C'est d'ailleurs cette vision qui ressort de la recherche de traitements appuyés empiriquement avec la méthode expérimentale. Une vision *emic*, au contraire, met l'accent sur la nécessité de développer un traitement qui émergera des caractéristiques propres à un groupe spécifique.

Pour répondre à ce critère, une thérapie inspirée par un groupe culturel peut être développée. La thérapie *sensible* à la culture (*Culturally sensitive psychotherapy*) est une psychothérapie utilisée auprès d'un groupe culturel spécifique (La Roche & Christopher, 2009). L'intervention pour le groupe de référence est donc réputée comme devant engendrer plus de bénéfices qu'une intervention qui aurait été prévue pour un autre groupe culturel (Hall, 2001, cité dans La Roche & Christopher, 2009). Cette vision implique que les groupes culturels ne sont pas équivalents et donc que l'établissement des lois causales universelles ne représente pas l'objectif ultime du travail de recherche.

Toutefois, Cardemil (2008) critique cette idée, précisant qu'il n'y aurait aucune donnée qui confirmerait le lien entre l'efficacité d'une thérapie et le fait qu'elle soit conduite par un psychologue sensible à la culture. Aussi, selon le même auteur, une vision *emic* de la recherche, bien qu'elle favorise une importante cohérence entre la conceptualisation du problème et l'approche du traitement, contribuerait à ralentir le

développement des connaissances à cause du « cas par cas » et parce que le transfert des connaissances serait complexe et nuancé. De plus, l'auteur souligne le manque de considération pour l'unité, soit chaque personne dans un groupe culturel donné. Selon Cardemil (2008), les traitements appuyés empiriquement peuvent être adaptés afin d'en améliorer la pertinence auprès d'un groupe culturel spécifique.

En réponse à cela, Silverstein et Auerbach (2009) critiquent l'adaptation des traitements appuyés empiriquement auprès d'un groupe culturel spécifique. Selon eux, l'adaptation d'un traitement montre un manque de compréhension de l'importance de la culture dans le processus de thérapie. Pour eux, la culture n'est pas simplement constituée d'éléments tels le langage utilisé, des exemples accessibles ou un comportement typique. La culture représente plutôt une réalité sur laquelle il est nécessaire de s'appuyer afin de développer le traitement. Le traitement n'est pas appliqué, mais il est issu d'une réalité spécifique, propre à la culture. Sharrón-del-Río (2001, cité dans La Roche & Christopher, 2008) parle même d'un impérialisme culturel (« cultural imperialism ») lorsque des théories ou des interventions développées et mises à l'épreuve auprès d'un groupe culturel spécifiques sont généralisées à d'autres populations.

Silverstein et Auerbach (2009) critiquent l'entêtement à adopter une vision « top-down », c'est-à-dire où c'est l'expert qui applique son traitement en ajoutant des

éléments contextuels à la recette (« just-ad-culture-and-stir »). En fait, ils s'opposent à la position de l'expert de manière générale puisque, pour eux, le clinicien devrait plutôt s'adapter à ce qu'il rencontre. La Roche et Christopher (2008), parlent également de l'importance d'une vision « bottom-up » qui permettrait de s'inspirer d'une culture afin de développer une intervention.

L'individualité. La question de l'individualité comporte deux aspects principaux. On fait d'abord référence au caractère spécifique et complexe de l'individu. Dans cette optique, les auteurs croient qu'il est nécessaire de documenter davantage l'impact de la variable client dans la mesure de l'efficacité. En ce sens, de nombreux auteurs déplorent que la recherche sur les traitements efficaces évacue l'individualité des clients ainsi que les variables relatives au client qui contribuent aux résultats (Albon & Jones, 1999; Bergin & Lambert, 1979; Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995, tous cités dans Levitt, Neimeyer & Williams, 2005).

Aussi, lorsqu'on admet l'influence et l'importance de la variable client, il devient intéressant d'explorer l'expérience de cette personne au cours d'un processus de thérapie. À ce moment, l'objet d'étude devient un sujet d'étude. Dans ce sens, Wampold et Bhati (2004) abordent l'intérêt d'investiguer l'expérience subjective du patient afin de préciser le sens que les gens ont de leur propre maladie. Pour Silverstein et Auerbach (2009), ce sont les recherches qualitatives qui permettent de développer une

connaissance bien branchée sur le sujet d'étude. Les auteurs soutiennent que les recherches qualitatives permettent aux gens d'être les experts de leurs propres vies et donc de décider quelles seront leurs variables dépendantes et indépendantes.

Le deuxième aspect inclus dans le concept d'individualité est l'idée de divergence entre les individus. En fait, il est plutôt question du caractère unique de la personne. Dans cette optique, les individus sont si différents entre eux qu'on ne cherche pas à appliquer une façon de faire auprès d'eux, mais plutôt à s'adapter à chacun, à développer une façon de faire à partir de chacun. Pour Silverstein et Auerbach (2009), l'intervention thérapeutique devrait être définie par l'adaptation d'un thérapeute à un contexte donné. Ici, la loi n'est pas applicable à l'unité comparativement à la recherche de postulats universels. Dans cette vision, il existe autant de contextes que de clients et l'étude de chaque possibilité devient impossible. En d'autres termes, il serait utopique de penser développer une pratique appuyée empiriquement pour toute situation possible de rencontrer. Il vaudrait donc mieux partir de l'unité.

C'est d'ailleurs un problème soulevé en regard des études expérimentales qui permettraient difficilement le développement de la connaissance sur les cas complexes (comorbidités par exemple) ainsi qu'avec les cas qui ne répondent pas exactement aux critères de la pathologie à l'étude. Le fait de partir d'un diagnostic par exemple contribuerait à limiter le caractère réaliste. D'ailleurs, dans une étude sur les jeunes,

Schiffman, Becker et Daleiden (2006, cités dans Hunsley, 2007) constataient que peu de leurs clients pouvaient véritablement être traités avec une approche appuyée empiriquement. En effet, leur recherche, effectuée auprès de 2200 jeunes traités pour une condition de santé mentale, montre que seulement 3 % des participants pouvaient avoir un traitement ou une combinaison de traitements appuyés empiriquement pour la condition qu'ils présentaient.

Hagemoser (2009) soulève la nécessité de tout de même adopter un cadre pour assurer la pratique de qualité à petite échelle. Pour lui, un cadre de travail intéressant serait lié à la participation conjointe du client et du clinicien. Il suggère une thérapie à définir selon quatre (4) questions : où sommes-nous (évaluation), où allons-nous (objectifs), comment irons-nous (plan) et comment saurons-nous que nous y sommes arrivés (résultats). Ce cadre de référence, plus ouvert, permettrait d'inclure des éléments considérés comme nécessaires selon d'autres auteurs. Parmi ceux-ci, Westen et Bradley (2005) indiquent que l'évaluation des besoins des clients devrait être effectuée avant d'entreprendre une quelconque étude d'efficacité. Cela permettrait de s'assurer que le service, ou traitement, contribue à répondre au réel besoin présenté par le client.

Les caractéristiques propres de cette vision. En résumé, l'importance de trois niveaux d'analyse est démontrée. Chacun des niveaux fait référence à une connaissance différente. Chaque type de connaissance semble utile et utilisée par de nombreux

auteurs. Aussi, il ressort que le clinicien peut adopter deux positions distinctes, soit celle où il applique ou celle où il s'adapte. On constate que de nombreuses façons de faire sont possibles.

Les niveaux d'analyse ainsi que les différentes façons de faire ou de voir des cliniciens sont nécessairement liés à la vision suivante, c'est-à-dire où différentes positions épistémologiques sont possibles.

Vision 7 : L'étude des épistémologies sous-jacentes

La documentation sur le mouvement des données probantes révèle la présence d'un débat touchant l'épistémologie de la connaissance. Selon le Grand Robert de la langue française (2001), l'épistémologie est l'étude critique des sciences, destinée à déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée. Or, la réflexion épistémologique autour des données probantes s'intéresse notamment au genre de connaissances auxquelles on s'intéresse et à la manière de les développer.

Dans cette vision, certains auteurs tentent de montrer les influences épistémologiques de la démarche entourant les données probantes. On cherche alors à encourager une démarche épistémologique exemplaire. Deux principaux

mécontentements ressortent de la documentation. Ces principales critiques sont le choix épistémologique non assumé ainsi que le monopole épistémologique.

Les positions épistémologiques associées au mouvement du probant. Certains auteurs identifient l'**empirisme** comme position épistémologique dominante au sein du mouvement des données probantes. Selon Jones (1969, cité dans Slife, Wiggins & Graham, 2005), la philosophie empiriste considère l'expérience subjective consciente comme la seule source de connaissance valable. Cela attribue donc une grande importance à l'objet qui est observable et mesurable (Blatt, 2001; Slife, Wiggins & Graham, 2005).

Cette position épistémologique en regard de l'évaluation de pratiques en psychologie est cependant critiquée par différents auteurs. Pour certains, la vision empiriste contribuerait à une importante limitation puisque les variables considérées deviennent celles qui sont les plus facilement observables et opérationnalisées (Slife, Wiggins & Graham, 2005). Selon Brycelant et Stam (2005), les critères d'efficacité seraient alors trop restrictifs parce qu'ils basent la preuve empirique sur un modèle précis de recherche. Aussi, des critiques rassemblées par Beutler (1998) soulignent que l'utilisation seule de preuve empirique ne permet pas de cerner la complexité rencontrée en psychologie clinique. Des éléments tels le besoin unique du patient, le lien thérapeutique, le jugement clinique seraient donc difficiles à considérer. De plus, Bohart

(2005) ainsi que Slife, Wiggins et Graham (2005) déplorent que des approches entières sont exclues parce que leurs méthodes d'évaluations ne sont pas fondées sur la preuve empirique (p.ex. les approches psychodynamiques, expérientielles, centrées sur le client, familiales, existentielles).

Selon Henry (1998), la vision épistémologique empiriste ne permettrait d'obtenir que des résultats très pointus qui n'inciteraient pas à travailler dans le meilleur intérêt du patient. En plus, elle ne favoriserait pas la découverte de nouvelles connaissances. Il questionne également la valeur scientifique d'une vision si restreinte et ignorante d'une portion des connaissances. Il considère la philosophie déterministe linéaire et le positivisme logique à l'origine du mouvement des données probantes.

Wampold, Goodheart et Levan (2007) répondent à cela que l'objectif de la pratique appuyée sur la preuve a justement pour but l'augmentation des bénéfices d'une intervention en utilisant les données empiriques. Ils soulignent également que la preuve, de par sa vraie nature, est établie par les données et, donc, qu'une pratique appuyée par la preuve est nécessairement liée à l'empirisme. Pour eux, cela n'empêche toutefois pas que d'autres entreprises, basées sur les épistémologies non empiriques, soient développées afin de réaliser le même objectif ou d'autres objectifs.

La position épistémologique **positiviste** est aussi une vision associée à la démarche entourant les données probantes. En fait, selon Bernal et Scharron-Del-Rio (2001), l'engouement actuel pour les recherches d'efficacité est en lien direct avec le paradigme positiviste de la connaissance. L'approche assumerait que l'objet d'étude serait passif, non interactionniste et il serait étudié de manière causale et linéaire.

Cela est d'ailleurs critiqué par de nombreux auteurs. Parmi ceux-ci, Chwalisz (2003) déplore que la preuve positiviste est loin de capter la complexité des phénomènes psychologiques, ne permet d'obtenir qu'une connaissance limitée et peu pertinente pour la clinique. Pour Bernal et Scharron-Del-Rio (2001), les études empiriques concernant les traitements psychologiques excluent la culture, l'histoire et les variables contextuelles de leur investigation scientifique. Les auteurs soulignent que l'actuelle démarche de recherche sur les pratiques permet de confirmer des hypothèses, mais ne permettent pas la découverte. La Roche et Christopher (2008) ajoutent qu'il est nettement insuffisant d'utiliser une vision de la recherche qui soit positiviste, c'est-à-dire misant sur la validité interne et l'universalité (*etic*), afin d'étudier la complexité du comportement humain.

Le respect de la composante épistémologique. En premier lieu, avec cette vision, on revendique la nécessité d'assumer le choix épistémologique des démarches de recherche. Pour Wendt et Slife (2007), la proposition de l'APA d'adopter une pratique

appuyée sur les preuves est bafouée par leur allégeance strictement empiriste et non justifiée. Pour les auteurs, l'APA confond preuve et donnée, ou vérité et empirisme, et la non-reconnaissance des racines épistémologiques de leur vision représenterait un problème majeur.

Deuxièmement, dans cette vision, on revendique le regard critique sur le choix épistémologique. Pour Wendt et Slife (2007), il est nécessaire de reconnaître que, par exemple, l'empirisme n'est qu'une position épistémologique parmi d'autres et ce n'est surtout pas une fenêtre sur la vérité. Dans le même sens, Slife, Reber et Richardson (2004, cités dans Wendt et Slife, 2007) croient qu'une telle adhésion doit être accompagnée d'une description des postulats sous-jacents ainsi que des limitations d'un tel choix épistémologique. Wendt et Slife (2007) ciblent comme exemple le manque de considération pour le non observable, pour les éléments difficiles voire impossibles à opérationnaliser ainsi que pour le sens des choses. Selon les auteurs, le mouvement entourant les données probantes est marqué d'un problème strictement épistémologique.

Aussi, certains auteurs déplorent que le terme *scientifique* soit associé à une quelconque épistémologie. En effet, tel que Henry (1998) l'indique, la vision épistémologique empiriste est encore souvent utilisée en tant que synonyme à une approche dite scientifique. Slife, Wiggins et Graham (2005) critiquent également l'association entre le terme empirisme et le terme scientifique. Pour eux, l'approche

épistémologique empiriste n'est qu'une approche parmi d'autres pour arriver à l'accumulation de connaissances. Selon ces auteurs, il n'y aurait aucun motif raisonnable pour que l'empirisme soit le seul mode de justification considéré comme valable. En effet, ils soulèvent le *monopole* épistémologique qui contribuerait à un important biais au niveau de la recherche en général et de ce qui est considéré comme pratique appuyée empiriquement en particulier. Pour eux, l'empirisme n'a pas été validé empiriquement comme étant une position épistémologique supérieure aux autres, ni étant la plus scientifique. Le respect de la démarche épistémologique demande donc de voir comment chaque connaissance est construite ainsi que la limite de la méthode utilisée (Bernal & Scharron-Del-Rio, 2001).

De plus, la démarche épistémologique s'intéresse au contexte dans lequel une connaissance est développée. Fidèles à cette idée, certains auteurs remarquent l'influence du modèle médical et expliquent le lien avec le mouvement des données probantes. Parmi ceux-ci, Bohart, O'Hara et Leitner (1998), expliquent que, dans ce modèle, le symptôme du patient est vu comme une entité propre et le traitement est vu comme un élément indépendant, utilisé pour traiter le problème. Dans le même sens, certains ressortent que la démarche est fortement liée au modèle de la U.S. Food and Drug Administration (FDA), qui utilise le devis expérimental et qui qualifie les résultats de façon dichotomique, soit supportés ou non supportés (Westen & Bradley, 2005). Pour plusieurs d'entre eux, une vision inspirée du modèle médical représente un risque

important de biais lors de l'évaluation d'une intervention puisqu'elle tendrait à favoriser les approches qui se conforment à la vision médicale (Deegear & Lawson, 2003).

Le regard critique continu encouragé par cette vision semble avoir pour but de percevoir l'influence de certains contextes ou de courants de pensées dominants dans le développement des connaissances.

En conclusion, plusieurs constats peuvent être rappelés. Par exemple, pour certains, l'évaluation de la pratique est nécessaire pour établir la performance des différents traitements. Pour d'autres, l'évaluation des pratiques permet de développer la connaissance sur le processus thérapeutique, sur les ingrédients d'une bonne thérapie ou pour documenter l'adaptation ou l'impact d'une pratique sur le terrain. Un premier élément contribuant à la diversité entourant l'évaluation des pratiques est donc la question à l'origine de la recherche. En effet, il est possible de documenter « combien » une thérapie fonctionne ou « comment » elle fonctionne. Les différentes visions recensées semblent contribuer à une portion de la connaissance au sujet de la psychologie appliquée qui leur est propre. La recherche menant aux données probantes demeure donc à clarifier puisqu'il semble avoir de nombreuses avenues possibles et encore beaucoup d'implicites.

Un second élément émergeant de la documentation est le degré variable d'ouverture à la diversité. Pour les uns, la démarche basée sur les données probantes doit être précise et conséquemment limitée. D'autres dénoncent plutôt ce qu'ils considèrent comme un monopole méthodologique ou épistémologique. Les auteurs qui dénoncent ces prétendus monopoles, soutiennent l'idée que le recours à des méthodologies davantage diversifiées ou à diverses épistémologies pourrait contribuer à enrichir l'étendue des connaissances.

Un troisième élément issu de la documentation est relatif à la conception de la pratique. En effet, il semble exister autant de façon d'évaluer la pratique en psychologie que de définition de ce qu'elle est. Tel qu'il a été vu, certains considèrent la thérapie comme un traitement tandis que d'autres la voient plutôt comme un processus plus ou moins défini à priori. On retrouve également un vieux débat marquant la discipline depuis ses débuts : l'opposition entre l'idée d'un objet d'étude versus l'idée d'un sujet d'étude.

À ce point de notre démonstration, il est possible de mieux comprendre pourquoi la pratique appuyée empiriquement n'est pas consensuelle. Cela engendre nécessairement des répercussions au niveau de son application.

Discussion

Actuellement, on constate une certaine ambivalence face aux données probantes. Tel qu'il a été indiqué plus tôt, les principaux acteurs concernés sont habituellement en faveur d'une pratique basée empiriquement, mais les questions de la définition et de l'application restent complexes. Cet essai avait pour but de répondre à deux (2) questions : Quelles sont les principales conceptualisations de la pratique psychologique appuyée sur les données probantes? Quels défis ces conceptualisations soulèvent-elles pour la pratique? Dans la section qui suit, ces deux questions de recherches seront discutées.

La recension de la documentation a permis de répondre d'une façon efficace à la première question de recherche. En effet, différentes valeurs accordées aux données probantes ont été discutées et sept (7) visions de l'évaluation des pratiques ont été comparées. Rappelons-nous d'abord que la recension des différentes conceptualisations de la pratique psychologique appuyée empiriquement permet d'appuyer l'idée de la diversité. En effet, les résultats de cette recherche révèlent que les gens considèrent et utilisent des paramètres pouvant être totalement différents. Le débat entourant les données probantes semble donc exister à cause de ces différents paramètres au niveau de l'évaluation, de la recherche et même de la science.

Jusqu'à maintenant, peu d'études se sont penchées sur les différentes conceptualisations dans le mouvement des données probantes. Il est donc difficile de comparer les présents résultats de recherche avec des études antérieures. Toutefois, on peut également retrouver une telle diversité dans certains domaines connexes. Le domaine de l'évaluation de programme en est un bon exemple. Ce domaine est, lui aussi, marqué par la diversité des conceptualisations. Les travaux d'Alkin confirment cette idée. Plus particulièrement, une de ses publications, en 2004, aborde la diversité des points de vue en ce qui concerne l'évaluation. Ses recherches ont mené à l'élaboration de l'Arbre des théories de l'évaluation (Evaluation Theory Tree), qui place de nombreux auteurs sur trois branches différentes, soit *Utilité*, *Méthodes* et *Valeur(s)* (traduction libre). La branche *Utilité* regroupe les auteurs qui sont préoccupés par la façon dont l'information sera utilisée ainsi que par les utilisateurs. Les auteurs de la branche *Méthodes* sont ceux qui basent leurs investigations sur le protocole rigoureux d'une méthode de recherche. Le choix d'une méthode est déterminé au préalable et le devis est suivi à la lettre. Enfin, la branche *Valeur(s)* s'intéresse à ce qui sera représenté dans l'étude et à la façon dont le chercheur attribue un sens à ses données. D'ailleurs, de nombreux ouvrages sur le sujet de l'évaluation de programme traitent de la diversité des visions, des approches et des courants¹. Les dyades objectivité/subjectivité,

¹ Le lecteur intéressé pourra consulter ces quelques ouvrages sur le sujet. Daigneault, P. (2011) Les approches théoriques en évaluation. *Cahiers de la performance et de l'évaluation*, 4, p 1-42.; Donaldson, S. I., & M. W. Lipsey (2006). « Roles for Theory in Contemporary Evaluation Practice: Developing

qualitatif/quantitatif ou perspective dynamique/statique en sont d'excellents exemples. La position des chercheurs sur ces courants détermineront les paramètres méthodologiques ainsi que le rôle de l'évaluateur. Cette brève incursion dans le domaine de l'évaluation de programmes permet de saisir à quel point les conceptualisations et méthodologies peuvent se distinguer et devenir sources de débats dans un même champ d'investigation. Ces écarts de conceptualisation témoignent des positionnements distincts, complémentaires et parfois opposés des meneurs du domaine.

Les conséquences et retombées de ce travail de recherche sont vastes. Parmi celles-ci, il est possible de nommer l'apport au niveau de la compréhension de différents défis pour la pratique psychologique appuyée sur les données probantes. Cet élément de réflexion répond à la seconde question de recherche : Quels défis ces conceptualisations soulèvent-elles pour la pratique? Dans les prochaines lignes, certains de ces défis seront abordés.

Tout d'abord, ce travail de recherche rappelle le défi du respect de la diversité et de la traduction des différents *langages* issus des diverses conceptualisations de la pratique appuyé empiriquement. Chacune de ces conceptualisations dispose d'une définition de

Practical Knowledge ». Dans I. F. Shaw, J. C. Greene & M. M. Mark (dir.), *The Sage Handbook of Evaluation: Policies, Program and Practices*, 56-75. Thousand Oaks, CA, Sage. Christie, C. A. (2003). « What Guides Evaluation? A Study of How Evaluation Practice Maps onto Evaluation Theory ». *New Directions for Evaluation* (97) : 7-35.

la qualité de la pratique ainsi qu'une façon de l'évaluer. Contrairement à ce qui semble une évidence pour plusieurs, l'objectif d'efficacité est controversé. La qualité d'une thérapie, c'est-à-dire les éléments qui font que celle-ci est une bonne thérapie, semble pouvoir dépendre d'une multitude d'éléments. Face à cette réalité, il sera possiblement utile d'établir, dans le futur, différents niveaux de données probantes, sous forme de continuum, d'axe ou de typologie, où chacun serait lié à son approche, à ses intérêts, etc. De tels travaux seraient forts pertinents.

Dans le même sens, ce travail de recherche permet de se sensibiliser au risque d'un biais majeur dans le choix de critères d'évaluation d'une pratique ou pour la comparaison des différentes façons de faire. Cela demande donc de relever le défi d'adhérence à une vision. Autrement dit, il semble indiqué d'évaluer une pratique en étant en cohérence avec les fondements sur lesquels elle repose. En ce sens, l'acte d'évaluation ne devrait pas se restreindre aux critères reliés à une seule vision de la pratique, par des intérêts qui ne sont pas unanimes ou par les pressions d'un contexte social. La pratique de qualité est alors celle qui atteint les objectifs qu'elle se fixe en regard de sa définition, sa conceptualisation, ses connaissances, etc. Cela serait un indice de *valeur interne*. Cependant, avec cette définition, la comparaison des pratiques issues de différentes approches est impossible. Le respect de la complexité, de la nature et des fondements des approches obligerait à certains renoncements.

Pour la comparaison des pratiques, un autre défi se pose, celui de trouver une connivence entre les différentes visions ou conceptualisations. Si l'évaluation des pratiques comporte un mandat de comparaison, il est alors nécessaire de développer des *modèles de comparaison* qui permettront de rendre compte et de respecter la diversité présente dans la pratique. Ces modèles, en employant des éléments de comparaison suffisamment généraux, permettraient alors d'obtenir une *valeur comparée*. La distinction entre ces deux valeurs, interne ou comparée, est nécessaire afin d'utiliser des critères d'évaluations justes et adaptés. De cette façon, on évite un biais au niveau des critères d'évaluation, soit celui de forcer l'utilisation des critères de qualité spécifiques auprès d'approches qui se conceptualisent et qui définissent la qualité différemment.

De plus, ce travail de recherche permet aussi de sensibiliser à la contribution et l'influence de chacun des acteurs impliqués dans la démarche d'évaluation des pratiques ainsi que de préciser l'espace de dialogue entre ceux-ci. Le *Modèle interactionnel représentant les différents intérêts et influences en lien avec l'évaluation des pratiques* présenté en page 25 de cet essai est une tentative d'illustrer ces liens complexes. En regard des tendances actuelles au sein de la communauté de chercheurs et dans certaines institutions, on note l'absence du client dans le processus de développement et d'évaluation des interventions, traitements et services qui le concernent. Le client étant à part, le débat semble plutôt entre le chercheur et le clinicien et, comme il a été vu, la relation tend à être unidirectionnelle, où le chercheur annonce ses résultats, tel qu'il le

faisait avec ses collègues chercheurs. Face à cela, certains auteurs expriment leur désaccord. C'est d'ailleurs le cas de Kendall (2002) lorsqu'il exprime avec humour : « scientist can't dump the data and run ». Ces réactions et constats soulèvent le défi d'exploiter au maximum les liens entre les différents acteurs et de raffiner les processus de développement et d'intégration de la connaissance dans la pratique.

L'intégration des connaissances dans la pratique fait aussi référence à la transmission de l'information entre les acteurs, à la position des organismes chapeautant la pratique professionnelle (Ordre des psychologues du Québec, l'American Psychological Association, etc.) ainsi qu'à la formation des futurs cliniciens. L'avancement et la complexification des points de vue dans le domaine des données probantes entraînent nécessairement des modifications dans la vision de la formation et de la supervision des futurs professionnels¹. En valorisant de manière quasi exclusive la conception d'un « professionnel scientifique » ne risque t'on pas d'en faire un exécutant de procédures qui le feraient progressivement glisser vers un mode de relation technique

¹Le lecteur intéressé pourra se référer à ces quelques ouvrages rencontrés dans le cadre du relevé de la documentation, mais écartés volontairement vu la tangente différente du thème. Évidemment, ces publications ne sont qu'un aperçu non exhaustif et non représentatif de la documentation sur le sujet. Bauer, R. M. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Implications for Research and Research Training. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7). Beidas, R.S., & Kendall, P. C. (2010). Training Therapists in Evidence-Based Practice: A Critical Review of Studies From a Systems-Contextual Perspective. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 17(1). Collin, F. L., & Leffingwell, T. R. (2007). Teaching Evidence-Based Practice: Implications for Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7). Hunsley, J. (2007). Training Psychologists for Evidence-Based Practice. *Canadian Psychology*, 48(1). Kratochwill, T., R. (2007). Preparing Psychologists for Evidence-Based School Practice: Lessons Learned and Challenges Ahead. *American Psychologist*, 62(8).

aux clients? Cet enjeu délicat ne sera pas approfondi dans ces pages, mais demeure une part importante du débat.

Ces dernières réflexions contribuent à enrichir la démarche de recherche et du développement des connaissances au sens large. Dans le futur, il sera intéressant de voir se poursuivre la réflexion sur l'évaluation des pratiques et sur le développement des données probantes. Ce travail de recherche arrive à la conclusion qu'un recul épistémologique et idéologique est nécessaire. Cela permet ainsi d'éviter les positionnements dogmatiques. Cela met en lumière le défi de garder ouvert le débat rigoureux et riche entourant les données probantes ainsi que celui de continuer à documenter ces données. Ce recul, cette réflexion et ce débat pourront grandement enrichir les modèles futurs qui aborderont le développement des connaissances dans le domaine de l'évaluation des pratiques en psychologie. Ceux-ci pourront tenir compte de la diversité des conceptualisations, impliquant chacun une définition de la qualité et une méthode d'évaluation, ainsi que des intérêts des différents acteurs reliés à la démarche d'évaluation des pratiques.

Enfin, ce travail comporte certaines forces et faiblesses. Tout d'abord, une force de cet essai est le choix d'une méthode systématique pour effectuer la revue de la documentation. Cela permet de découvrir et de comparer bon nombre d'idées différentes, de conceptualisations, sur la démarche d'évaluation des pratiques. Aussi, ce

travail permet d'explorer un nouveau champ de connaissance puisqu'il semble le premier à rassembler autant de différentes conceptualisations. Toutefois, cette première initiative propose sans doute une profondeur d'analyse limitée. En effet, la quantité des auteurs recensés et la divergence au niveau des points de vue rend irréaliste les analyses fines, laissant plutôt la possibilité de tirer des conclusions générales. Toujours au niveau de la méthodologie, une autre faiblesse est le peu de critères d'exclusion des études retenues pour la revue de la documentation. Bien que ceci donne accès à une multitude de point de vus, le fait d'inclure autant de publications ne permet pas d'exercer un certain contrôle sur la qualité des documents ou sur la crédibilité des auteurs.

Conclusion

En conclusion, cet essai visait à répondre à deux questions de recherche en effectuant une revue de la documentation. La démarche de recherche permet de préciser la définition du probant en psychologie et d'identifier sept (7) visions différentes de l'évaluation des pratiques.

Malgré l'intérêt et l'ouverture quasi unanime envers les données probantes, la définition du probant en psychologie est controversée. Pour certains, il est possible de définir le probant par l'efficacité ou l'efficience. D'un autre point de vue, le probant serait le meilleur échange d'information, le meilleur pont, entre le monde de la recherche et celui de la pratique. Enfin, pour d'autres, l'utilisation des données probantes représente une pratique psychologique scientifique. La documentation indique qu'aucune de ces propositions ne fait l'unanimité. Toutefois, l'objectif de qualité visé à travers le mouvement du probant semble, quant à lui, être rassembleur.

Ces nombreuses divergences de point de vue peuvent fort probablement être expliquées par les différentes conceptualisations issues de la documentation en ce qui a trait à la compréhension et au développement des données probantes. Ces conceptualisations, comme il a été possible de constater, sont parfois semblables,

complémentaires ou totalement divergentes. Certains parlent d'ailleurs d'une «guerre des cultures». Le constat d'une telle diversité demande que les perspectives dans le domaine de l'évaluation des pratiques soient élargies. Plusieurs genres de données probantes semblent possibles. Peut-être faudrait-il tenter de d'établir certains niveau de données probantes (continuum, axe, typologie) afin que chaque vision soit considérée pour sa juste part de contribution.

Dans le même ordre d'idées, il semble avoir beaucoup à faire encore pour développer le regard porté sur les connaissances issues des recherches sur les pratiques. Quel sens ou quelle valeur peuvent être accordé à ces résultats? Comment serait-il possible de comparer ces connaissances? Ces questionnements sont fondamentaux. Évidemment, l'avancement continu et la complexité de la démarche entraînent d'importants défis au niveau de la diffusion de la connaissance entre les différents acteurs et de la transmission à travers la formation notamment.

Pour œuvrer dans ce genre de contexte intellectuel, celui d'une science en mouvance et complexe, il faut développer un recul et un sens de la réflexion exemplaire. C'est d'ailleurs le point de vue de Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre des Psychologues du Québec. En effet, cette dernière indiquait, en 1999, que « La psychologie est une science, une vaste science ». Dans sa publication intitulée *Réfléchir et agir pour la profession de demain*, Charest (1999) précise que considérer la

psychologie comme une science et le psychologue comme un scientifique permet d'assurer une « autocritique méthodique ». La pensée du psychologue scientifique ferait alors référence à l'attitude critique et à la rigueur dans le choix des pratiques. Cela lui permet notamment de se retrouver dans la diversité, malgré la mésentente.

Dans un milieu intellectuel, l'espace pour l'argumentation, le conflit, le dialogue est signe d'un sain développement. L'espace de débat permet d'éviter le dogme et d'enrichir les perspectives de chacun qui conserve une ouverture à l'exercice. Le dogme enferme, il ne crée pas, tandis que la réflexion, l'ouverture et le dialogue le font.

Références

- Adair, J. G., Paivio, A., & Ritchie, P. (1996). Psychology in Canada. *Annial Review of Psychology*, 47.
- Adair, J.G. (2005). The origins and development of social psychology in Canada. *International Journal of Psychology*, 40(4).
- Addis, M.E. (2002). Methods for disseminating research products and increasing evidence-based practice: Promises, obstacles, and future directions. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(4).
- Alkin, M. C. (dir.) (2004). *Evaluation Roots: Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique de troubles mentaux*, 4e éd., Paris : Masson.
- American Psychological Association. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3–27.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4).
- Bauer, R. M. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Implications for Research and Research Training. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7).
- 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 and Psychotherapy*, 10.
- Barlow, D.H. (2007). The case of Hope: “Evidence-Based Practice” (EBT) in action. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Vol. 3 (4). Repéré à http://hdl.rutgers.edu/1782.1/pcsp_journal.
- Bernal, G., & Scharron-Del-Rio, M.R. (2001). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4).
- Beutler, L., E. (1998). Identifying empirically supported treatment: What if we didn't?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1).
- Beutler, L.E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 16(3).

- Blatt, S.J. (2001). The effort to identify empirically supported psychological treatment and its implications for clinical research, practice, and training. *Psychoanalytic Dialogues*, 11(4).
- Bohart, A.C. (2000). Paradigm clash: Empirically supported treatments versus empirically supported psychotherapy practice. *Psychotherapy Research*, 10(4).
- Bohart, A.C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1).
- Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8(2).
- Bower, P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10.
- Brycelant, C., & Stam, H., J. (2005). Empirical validation and professional code of ethics : Description or prescription?. *Journal of Constructivist Psychology*, 18.
- Cardemil, E.V. (2008). Culturally sensitive treatments: Need for an organizing framework, *Culture and Psychology*, 14(3).
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1).
- Charest, R. (1999). Réfléchir et agir pour la profession de demain. *Psychologie Québec*, 16(2).
- Chwalisz, K. (2003). Evidence-based practice: A framework for twenty-first century scientist practitioner training. *The Counseling Psychologist*, 31.
- Clement, P., W. (2010). Story of "Hope": Successful Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 3(4), 1-36.
- Deegear, J., & Lawson, D.M. (2003). The utility of empirically supported treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3).
- Drapeau, M. (2010; Editorial). Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens. *Cahiers Recherche et Pratique*, 1(1), Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie, p. 3-4.
- Elkin, T.D., Roberts, M.C., & Steele, R.G. (2008). Emerging issues in the continuing evolution of evidence-based practice. Dans R.G. Steele, T.D. Elkin, & M.C. Roberts (Éds), *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents : Bridging science and practice*, (pp. 569-575). New York: Springer.

- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Folette, W. C., & Beitz, K. (2003). Adding more rigorous scientific agenda to the empirically supported treatment movement. *Behavior Modification*, 27(3).
- Foley, J.M. (2004). Empirically supported treatment endeavour: A successful future or inevitable debacle? *Clinical Psychologists*, 8(1).
- Freddi, J. (2008). Dodo birds, doctors and the evidence of evidence. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5(4).
- Gaudiano, B.A. (2009). Öst's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges?. *Behavior Research and Therapy*, 47.
- Glasgow, R.E., Green, L.W., Klesges, L.M., Abrams, D.B., Fisher, E.B., Goldstein, M.G., et al. (2006). External validity : We need to do more. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(2).
- Grand Robert de la langue française*. (2001). Paris : Le Robert.
- Hagemoser, S.D. (2009). Braking the bandwagon: Scrutinizing the science and politics of empirically supported therapies. *The Journal of Psychology*, 143(6).
- Hays, P. (2009). Integrating Evidence-Based Practice, Cognitive-Behavior Therapy, and Multicultural Therapy: Ten Steps for Culturally Competent Practice. *Professional Psychology : Research and Practice*, 40(4).
- Henry, W.P. (1998). Science, politics, and the politics of science: the use and misuse of empirically validated treatment research. *Psychotherapy Research*, 8(2).
- Herbert, J. D. (2003). The science and practice of empirically supported treatments. *Behavior Modification*, 27(3).
- Hufford, M. R. (2000). Empirically supported treatments and comorbid psychopathology: Spelunking Plato's cave, *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1).
- Hugo, V. (1862). Les Misérables. Dans *Oeuvres complètes* (Vol. VIII). Paris: Ollendorff.
- Hunsley, J. (2007). Addressing key challenges in evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(2).

- Honos-Webb, L. (2005). The meaning vs. the medical model in the empirically supported treatment program: A consideration of the empirical evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1).
- Hoshmand, L.T. (2003). Applied epistemology and professional training in a science-based culture enterprise. *The Counseling Psychologist*, 31(5).
- Jordan, R. (2009). Adapt, research and survive! Taking counselling psychology forward into the next decade. *Counselling Psychological Society*, 24(1).
- Kazdin, A. (2006a). Assessment and evaluation in clinical practice. Dans C.D. Goodheart, A. E. Kazdin, R.J. Sternberg (Éds), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*, (pp. 153-177). Washington: American Psychological Association.
- Kazdin, A. (2006b). Arbitrary metrics: Implications for identifying evidence-based treatments. *American Psychologist*, 61(1).
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3).
- Kendall, P.C. (2002). Toward a research-practice-community partnership: Goin fishing and showing slides. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(2).
- Kettlewell, P.W. (2004). Development, dissemination, and implementation of evidence-based treatments: Commentary. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(2).
- La Roche, M., & Christopher, M.S. (2008). Culture and empirically supported treatments: On the road to a collision? *Culture and Psychology*, 14(3).
- La Roche, M. J., & Christopher, M. S. (2009). Changing paradigm from empirically supported treatment to evidence-based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4).
- Levitt, H.M., Neimeyer, R.A., & Williams, D.C. (2005). Rules versus principles in psychotherapy: implications of the quest for universal guidelines in the movement for empirically supported treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1).
- McHugh, R.K., & Barlow, D. H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. *American Psychologists*, 65(2).
- Messer, S.B. (2004). Evidence-based practice: Beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: Science and Practice*, 35(6).
- Nathan, P.E. (2004). The evidence base for evidence-based mental health treatments: Four continuing controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3).

- Newnham, E. A., & Page, A. C. (2010). Bridging the gap between best evidence and best practice in mental health. *Clinical Psychology Review, 30*.
- O'Donohue, W., & Yeater, E.A. (2003). Individuating psychotherapies. *Behavior Modification, 27*(3).
- Olatunji, B. O., Parker, L. M., & Lohr, J. M. (2005-06). Pseudoscience in contemporary psychology: Professional issues and implications. *The Scientific Review of Mental Health Practice, 4*(2).
- Ordre des Psychologues du Québec. (2008). *Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie*.
- Pagoto, S. L., Spring, B., Coups, E. J., Mulvaney, S., Coutu, M., & Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology, 63*(7).
- Persons, J. B. (1995). Why practicing clinicians are slow to adopt empirically validated treatments. In S. C. Hayes, V. M. Follette, R. M. Dawes, & K. E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 141–161).
- Sanderson, W.C. (2003). Why empirically supported psychological treatments are important. *Behavior Modification, 27*(3).
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How to professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behavioral Research Therapy, 47*(11).
- Silverstein, L.B., & Auerbach, A.F. (2009). Using qualitative research to develop culturally competent evidence-based practice. *American Psychologist, 64*(4).
- Slife, B.D., Wiggins, B.J., & Graham, J.T. (2005). Avoiding an EST monopoly: Toward a pluralism of philosophies and methods. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*(1).
- Smith, K.R. (2009). Psychotherapy as applied science or moral praxis: The limitation of empirically supported treatment. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology, 29*(1).
- Stuart, R.B., & Lilienfeld, S.O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. *American Psychologist, 62*(6).

- Swif, J.K., & Callahan, J. L. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 64(4).
- Thomason, T.C. (2010). The trend toward evidence-based practice and the futur of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1).
- Tsui, M. (2005). Social work supervision: contexts and concepts. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wampold, B.E., & Bhati, K.S. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6).
- Wampold, B. E., Goodheart, C. D., & Levan, R. F. (2007). Clarification and elaboration on evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 62.
- Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W., & Waehler, C.A. (2005). A broader perspective: Counseling psychology's emphasis on evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1).
- Weisz, J.R., Chu, B.C., & Polo, A.J. (2004). Treatment dissemination and evidence-based practice: Strengthening intervention through clinician-researcher collaboration. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3).
- Weisz, J.R., Ugueto, A.M., Herren, J., Afienko, S.R., & Rutt, C. (2011). Kernels vs. Ears, and other question for a science of treatment dissemination. *Clinical Psychology*, 18(1).
- Wendt, D.C., & Slife, B.D. (2007). Is evidence-based practice diverse enough? Philosophie of science considerations. *American Psychologist*, 62(6).
- Western, D. (2002). Manualizing manual development. *Clinical Psychology*, 9(4).
- Westen, D., & Bradley, R. (2005) Empirically-supported complexity: Rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *American Psychological Society*, 14(5).
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled trials. *Psychological Bulletin*, 130(4).

- Wilson, J.L., Armoutliev, E., Yakunina, E., & Werth, J.L. (2009). Practicing psychologists' reflections on evidence-based practice in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(4).
- Wolfe, B.E. (2006). Employing empirically supported treatments: A research-informed clinical practitioner perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2).