

# **Manifeste pour le pluralisme épistémologique en psychiatrie, pédopsychiatrie et soins psychiques, propositions complémentaires et alternatives à l'Evidence Based Medicine (EBM)**

## **I. Préambule : pourquoi ce manifeste**

La Haute Autorité de Santé (HAS) évalue et hiérarchise les interventions de santé selon une grille dérivée de l'EBM, qui distingue un niveau de preuve A (preuve scientifique établie, fondée sur des essais contrôlés randomisés de forte puissance et des méta-analyses concordantes), un niveau B (simple présomption scientifique), un niveau C (faible niveau de preuve) et, en deçà, le seul accord professionnel. Cette grille, légitime pour des questions thérapeutiques simples de la médecine somatique, est de plus en plus appliquée telle quelle à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie, au point de servir de critère quasi exclusif à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques, à l'autorisation ou à l'exclusion de certaines approches, et à l'orientation des politiques de remboursement — comme l'illustrent la controverse sur l'autisme, la proposition de loi Fasquelle de 2016, ou les débats autour de l'évaluation des psychothérapies.

Or l'ensemble des arguments développés dans ce texte convergent vers un constat simple : pour des raisons structurelles, et non pour un défaut de rigueur qu'il suffirait de corriger par « davantage d'essais randomisés », la psychiatrie et la pédopsychiatrie n'atteignent que très rarement, pour les interventions qui les concernent, le niveau de preuve A au sens strict où l'entend la HAS. L'hétérogénéité des catégories diagnostiques, la quasi-impossibilité du double aveugle en psychothérapie, la variabilité de la réponse placebo, l'absence de marqueur biologique validé pour la quasi-totalité des troubles, et l'irréductibilité du sujet singulier à une moyenne de groupe, font qu'au mieux, ce dont dispose la clinique psychique est une présomption scientifique (niveau B) ou un accord professionnel — non une preuve démonstrative au sens fort. Prétendre le contraire, ou bâtir des politiques de santé publique comme si ce niveau de preuve était généralement atteignable, revient à méconnaître la nature même de l'objet psychique.

De ce constat découle la thèse centrale de ce manifeste : une « psychiatrie scientifique » entendue comme discipline capable de produire, à l'instar de la cardiologie ou de l'infectiologie, des preuves de niveau A pour la généralité de ses interventions, n'existe pas et ne peut pas exister, compte tenu de la nature de son objet — un sujet parlant, une souffrance singulière, une histoire. Ce n'est pas une insuffisance provisoire à combler par plus de méthode, mais une caractéristique structurelle qui appelle, non le rejet de la démarche scientifique, mais un pluralisme épistémologique : la reconnaissance, à côté de l'essai contrôlé randomisé, de la méthode du cas unique, de la recherche qualitative, des études naturalistes et de la recherche sur le processus thérapeutique, comme sources de connaissance légitimes et complémentaires, et non comme preuves de second rang.

Ce manifeste reprend donc, point par point, les arguments épistémologiques, anthropologiques, méthodologiques et scientifiques qui fondent cette exigence de pluralisme (§ II à IX), avant d'en tirer les conséquences pratiques pour les politiques

de santé publique : pluralisme épistémologique, liberté thérapeutique et droit des usagers au choix (§ XI).

## II. Critiques épistémologiques

### 2.1 La hiérarchie des preuves et le problème de la causalité

L'EBM repose sur une hiérarchisation des niveaux de preuve plaçant au sommet la méta-analyse d'essais contrôlés randomisés, puis l'ECR isolé, puis les études de cohorte, les études cas-témoins, et enfin, au bas de l'échelle, l'opinion d'experts et l'étude de cas. Cette pyramide a été pensée pour des questions thérapeutiques relativement simples — un médicament, une pathologie organique bien circonscrite, un critère de jugement objectivable (mortalité, taux sanguin, récurrence tumorale). Plusieurs philosophes des sciences et épistémologues de la médecine (parmi lesquels les travaux rassemblés dans le volume collectif *Evidence-Based Medicine in Theory and Practice: Epistemological and Normative Issues*, Springer) font valoir que cette hiérarchie suppose un modèle de causalité « statistique régulariste » — on observe une corrélation entre exposition et effet dans une population — qui ne dit rien des mécanismes par lesquels l'effet se produit chez tel individu.

Or la pratique clinique requiert précisément l'inférence inverse : partir d'un individu singulier et se demander si, pour lui, le mécanisme supposé est à l'œuvre. Les critiques épistémologiques de l'EBM soulignent que cette dernière, en privilégiant la preuve statistique « de surface » sur la connaissance des mécanismes (evidence mechanistic reasoning), s'accommode mal des maladies dont la physiopathologie reste largement hypothétique — ce qui est le cas de la quasi-totalité des troubles psychiatriques. Un article de référence, publié en 2020 et largement cité dans le débat francophone, interroge frontalement la question : « L'evidence-based medicine est-elle en train de tuer doucement la psychiatrie ? Une revue critique de la 'psychiatrie fondée sur les preuves' d'un point de vue épistémologique et éthique » (PubMed, 2020). Les auteurs y reprennent les critiques classiques de la philosophie de la médecine : l'EBM ne peut, par construction, « prouver » la causalité au sens fort ; elle rejette les modèles mécanistiques au profit de corrélations statistiques ; elle pose un problème non résolu de transposition des résultats de groupe à la décision individuelle (le problème dit de l'« inférence de groupe à individu » ou ecological fallacy appliquée à la clinique) ; enfin, elle laisse ouverte la question empirique de savoir si son adoption a réellement amélioré les résultats cliniques et les systèmes de soins en santé mentale.

### 2.2 Du général au singulier : le problème de l'inférence statistique appliquée au cas individuel

Le cœur de la critique épistémologique tient à la distinction, classique en philosophie des sciences humaines depuis Windelband puis Allport, entre démarche nomothétique (établir des lois générales valables pour une classe d'événements) et démarche idiographique (comprendre un cas singulier dans sa cohérence propre). L'ECR produit un effet moyen de groupe (average treatment effect) qui peut parfaitement coexister avec une absence d'effet, voire un effet délétère, chez un sous-groupe ou chez un individu donné — ce que la littérature méthodologique appelle l'hétérogénéité de l'effet du traitement (treatment effect heterogeneity). Les méta-analyses récentes en schizophrénie, par exemple, ont cherché à requantifier

cette hétérogénéité, longtemps masquée par la présentation en moyennes et en intervalles de confiance globaux.

Le clinicien qui reçoit un patient singulier ne dispose donc, au mieux, que d'une probabilité de réponse « moyenne » dont la pertinence pour le cas qu'il a en face de lui reste, par construction statistique, indéterminée. C'est ce hiatus entre le général et le singulier qui conduira, plus loin dans cette note, à réévaluer la place de la méthode du cas unique comme voie de connaissance complémentaire et non simplement « inférieure ».

### **III. Critiques anthropologiques**

#### **3.1 La réduction de la personne au symptôme**

La critique anthropologique porte sur le mode de saisie de la personne que suppose l'EBM appliquée à la psychiatrie. Pour constituer des cohortes comparables et administrer des échelles standardisées, il faut découper l'expérience subjective en items checklistés, indépendants du contexte biographique, culturel et relationnel du patient. Roland Gori, professeur émérite de psychopathologie clinique à Aix-Marseille Université et psychanalyste, a consacré une grande partie de son œuvre — notamment *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, co-écrit avec Marie-José Del Volgo — à l'analyse de ce qu'il nomme les « dérives scientistes » de la médecine et des sciences humaines, et aux effets d'une rationalité procédurale et gestionnaire qui, selon lui, « annexe le territoire de la pensée libre et critique » (Gori). Sa critique ne porte pas sur la science elle-même mais sur l'extension induite d'un mode de preuve technique à des questions qui engagent le sens, la parole et l'histoire du sujet.

#### **3.2 Les effets de boucle et la fabrication des catégories (Ian Hacking)**

Le philosophe des sciences Ian Hacking a proposé, à partir des années 1990 (*Rewriting the Soul*, 1995 ; *The Social Construction of What?*, 1999 ; *Kinds of People: Moving Targets*, 2006), le concept de looping effect (« effet de boucle ») : à la différence des catégories des sciences naturelles (« espèces indifférentes », indifférentes au fait d'être classées), les catégories psychiatriques sont des « espèces interactives » (interactive kinds) : le fait même de classer une personne sous une étiquette diagnostique modifie sa manière de se comprendre, de se comporter, d'être perçue — ce qui en retour transforme la catégorie elle-même et les critères qui la définissent. Cette boucle invalide l'hypothèse, implicite dans le modèle EBM, de catégories diagnostiques stables et « naturelles » sur lesquelles on pourrait accumuler des preuves de la même manière que sur une espèce chimique ou bactérienne. Hacking applique explicitement cette analyse aux révisions successives du DSM, dont il souligne le « quasi-monopole » sur la définition légitime des troubles mentaux dans le système de santé contemporain.

#### **3.3 Le DSM comme dispositif : la critique française**

En France, le collectif Stop DSM et l'Initiative pour une clinique du sujet ont porté depuis le milieu des années 2000 une critique anthropologique et politique de l'extension du DSM. Le collectif StopDSM a notamment documenté comment, à partir des années 1970, l'American Psychiatric Association a refondu sa

classification sous la pression des assurances santé américaines, soucieuses de rationaliser le remboursement des actes — transformant une nosographie clinique en nomenclature administrative et assurantielle. Il pointe également les liens financiers entre de nombreux rédacteurs du DSM et l'industrie pharmaceutique, repris dans des travaux académiques tels que ceux de la psychologue américaine Lisa Cosgrove sur les conflits d'intérêts des membres des groupes de travail du DSM-5.

Sur le plan anthropologique, l'argument central de cette critique est que le DSM, présenté comme athéorique et purement descriptif, véhicule en réalité une conception implicite — et culturellement située — de la personne, de la normalité et de la souffrance, qui efface la dimension de sujet parlant, d'histoire singulière et de causalité psychique au profit d'une approche comportementale et symptomatique. C'est ce que le collectif StopDSM et d'autres psychanalystes français désignent par l'opposition entre une « clinique du sujet » et une « clinique du DSM ».

Cette critique française du DSM déborde le seul champ psychanalytique. L'historienne de la psychanalyse Élisabeth Roudinesco a ainsi dénoncé, à propos de la traduction française de l'essai de Christopher Lane sur la médicalisation de la timidité, la manière dont des révisions successives du DSM ont transformé des affects et des traits de caractère ordinaires en catégories pathologiques distinctes, au bénéfice de l'industrie pharmaceutique (Roudinesco, 2009). Sur un plan plus strictement méthodologique, le pédopsychiatre et biostatisticien Bruno Falissard interroge de longue date la scientificité du dispositif statistique sur lequel repose la construction des catégories du DSM : il rappelle que le consensus d'experts qui préside à leur définition ne constitue pas, en tant que tel, une preuve de validité, et que les catégories de « troubles du neurodéveloppement » introduites par le DSM-5 reconduisent des difficultés anciennes de fiabilité et de validité diagnostiques déjà relevées à propos des éditions antérieures du manuel (Falissard, 2021).

## **IV. Critiques méthodologiques**

### **4.1 L'hétérogénéité des catégories diagnostiques**

Les catégories du DSM et de la CIM sont construites par consensus d'experts sur la base de clusters de symptômes observables, et non sur la base de mécanismes étiopathogéniques validés. Il en résulte une hétérogénéité considérable à l'intérieur d'un même diagnostic : deux patients « dépression majeure » peuvent ne partager qu'un seul symptôme sur les neuf du critère DSM, et la comorbidité — la règle plutôt que l'exception en clinique psychiatrique réelle — est généralement un critère d'exclusion dans les essais contrôlés randomisés. Les cohortes d'ECR en psychiatrie sont donc doublement non représentatives : en intension (elles regroupent des entités cliniquement hétérogènes sous un même label) et en extension (elles excluent les patients comorbides, suicidaires, en situation de précarité ou non observants, c'est-à-dire une large partie de la patientèle réelle). Cette double hétérogénéité fragilise la validité externe — la généralisabilité — des résultats obtenus, bien davantage qu'en médecine somatique où le marqueur diagnostique (une fracture, une bactérie identifiée, un taux de glycémie) est généralement univoque.

## 4.2 Les limites de l'essai contrôlé randomisé en psychiatrie

Plusieurs limites méthodologiques spécifiques affectent l'ECR en psychiatrie. D'abord, l'aveugle (l'insu), pierre angulaire de la méthode contre les biais de mesure, est difficile à garantir avec des psychotropes dont les effets secondaires (sécheresse buccale, sédation, prise de poids, dysfonction sexuelle) permettent souvent au patient et au clinicien de deviner le bras de traitement — un « bris d'aveugle » documenté de longue date dans la littérature sur les essais d'antidépresseurs. Ensuite, la réponse placebo en psychiatrie est élevée et hautement variable, ce qui réduit la taille d'effet net détectable et explique en partie l'échec de nombreux essais à se différencier du placebo malgré une efficacité clinique perçue.

Par ailleurs, les durées de suivi des essais pivots sont généralement courtes (souvent six à douze semaines pour les antidépresseurs), alors que les troubles psychiatriques sont, pour la plupart, des affections chroniques ou récurrentes dont le pronostic se joue sur plusieurs années. Enfin, les critères de jugement retenus — le plus souvent des scores à des échelles symptomatiques (Hamilton, PANSS, etc.) — négligent systématiquement les dimensions de qualité de vie, de fonctionnement social, de sens subjectif de l'expérience et de rétablissement (recovery), pourtant jugées prioritaires par les patients eux-mêmes dans les études de préférences.

## 4.3 Le cas particulier de la recherche en psychothérapie

L'application du modèle de l'ECR à la psychothérapie pose des difficultés supplémentaires, documentées notamment dans la littérature consacrée à la question « Is EBM an Appropriate Model for Research into the Effectiveness of Psychotherapy ? ». À la différence d'un comprimé, une psychothérapie n'est pas un objet inerte et standardisable : elle engage une relation, un style propre au thérapeute, une alliance dont on sait depuis les travaux de recherche sur le processus qu'elle est l'un des meilleurs prédicteurs du résultat, toutes orientations confondues.

La manualisation — nécessaire pour répliquer le « traitement » d'un essai à l'autre — tend à appauvrir et à figer cette dimension relationnelle et intersubjective, et favorise structurellement les approches les plus aisément protocolisables (thérapies cognitivo-comportementales courtes et ciblées sur un symptôme) par rapport aux approches dont l'efficacité tient précisément à leur adaptation continue à la singularité du sujet (psychothérapies psychodynamiques, psychanalyse). Le « double aveugle » est par ailleurs structurellement impossible en psychothérapie : ni le patient ni le thérapeute n'ignorent le traitement administré, ce qui invalide au sens strict l'application du design RDBPC (randomisé en double aveugle contre placebo) hérité de la pharmacologie.

## V. Critiques scientifiques : financement, biais et inflation diagnostique

### 5.1 Conflits d'intérêts et financement industriel

La psychiatre Joanna Moncrieff (University College London), figure de proue du Critical Psychiatry Network fondé en 1999 au Royaume-Uni, et le psychiatre David Healy ont produit, depuis les années 2000, une critique empiriquement étayée du rôle de l'industrie pharmaceutique dans la production des « preuves » sur lesquelles

repose l'EBM en psychiatrie — notamment dans *The Myth of the Chemical Cure* (Moncrieff, 2008) et *The Bitterest Pills* (Moncrieff, 2013). Les données disponibles montrent que les études dont les auteurs déclarent des liens d'intérêts avec l'industrie obtiennent environ deux fois plus souvent des résultats favorables au médicament testé que les études sans conflit déclaré — un écart documenté de manière convergente dans plusieurs revues systématiques sur le financement de la recherche clinique. Au-delà du biais de résultat, se posent les biais de publication (les essais négatifs sont moins souvent publiés), de protocole (choix des comparateurs, des doses, des critères de jugement favorisant le produit testé) et d'accès aux données brutes, longtemps non partagées par les firmes.

## **5.2 La crise de la réplication et l'inflation des effets**

La psychologie et la psychiatrie n'ont pas échappé à la « crise de la réplication » identifiée dans l'ensemble des sciences biomédicales et comportementales au cours de la décennie 2010 : de nombreux effets initialement publiés avec des tailles d'effet importantes se révèlent, lors de tentatives de réplication indépendantes et de méta-analyses cumulatives ultérieures, sensiblement plus faibles, voire non significatifs. Ce phénomène, documenté par exemple à propos de l'hypothèse du « déséquilibre chimique » de la dépression — dont une revue parapluie largement médiatisée (impliquant notamment Joanna Moncrieff) a conclu qu'elle n'était pas étayée par les données disponibles sur la sérotonine — illustre combien des explications neurobiologiques présentées au public comme « fondées sur les preuves » peuvent en réalité reposer sur des bases empiriques fragiles, popularisées avant validation robuste.

Ce biais de diffusion a été spécifiquement documenté, en amont même de la réplication, par le neurobiologiste François Gonon et le psychologue clinicien Pascal-Henri Keller. Gonon a montré, avec ses collègues Jean-Pierre Konsman, David Cohen et Thierry Boraud, qu'entre 1990 et 2011 la plupart des publications scientifiques sur le TDAH les plus reprises par la presse anglo-saxonne concernaient des résultats initiaux à fort effet, ultérieurement infirmés ou fortement atténués par les études de réplication — celles-ci restant, elles, très rarement médiatisées (Gonon, Konsman, Cohen & Boraud, 2012). Keller, dans sa recension du dernier ouvrage de Gonon consacré au discours neuroscientifique contemporain, souligne que ce biais conjoint de publication et de diffusion médiatique contribue à installer dans le débat public des explications biologiques présentées comme définitivement établies alors qu'elles demeurent, au moment de leur retentissement, hautement provisoires (Gonon, 2024 ; Keller, 2025). Ce constat a trouvé un relais direct dans le champ francophone et psychanalytique grâce à la traduction, par Renaud Evrard, du texte fondateur de John Ioannidis sur la fiabilité de la recherche biomédicale, cosignée par Thomas Rabeyron, Thomas Lepoutre et Clément Fromentin et publiée sous le titre « Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? » (Ioannidis, 2005/2021), contribuant ainsi à diffuser auprès des chercheurs en psychologie et en psychopathologie de langue française une vigilance méthodologique renforcée face aux conditions de validité des résultats publiés, plutôt qu'un simple élargissement de l'assise statistique des essais.

## **5.3 La critique d'Allen Frances et l'inflation diagnostique**

Allen Frances, psychiatre américain qui a présidé le groupe de travail du DSM-IV, a publié en 2013 *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control*

Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life, dans lequel il critique, depuis l'intérieur du système qu'il a contribué à bâtir, le DSM-5 et la dynamique de surdiagnostic qu'il y voit à l'œuvre. Frances estime que jusqu'à deux tiers des personnes diagnostiquées sont traitées de manière inutile, et reconnaît que le DSM-IV lui-même, malgré une intention de prudence, a contribué à de « fausses épidémies » de TDAH, de troubles bipolaires et de troubles du spectre autistique. Sa critique, venant d'un acteur central de la nosographie officielle, est régulièrement mobilisée par les courants critiques — y compris psychanalytiques — comme preuve que la contestation de l'EBM en psychiatrie ne se limite pas à une opposition « idéologique » externe, mais traverse le champ académique mainstream lui-même.

## **VI. Spécificités de la pédopsychiatrie**

### **6.1 Le développement comme cible mouvante**

La pédopsychiatrie ajoute aux limites précédentes une difficulté propre : l'enfant est un sujet en développement, dont les manifestations cliniques se transforment avec l'âge, le contexte familial et scolaire, et les étapes maturatives neurologiques et psychiques. Une catégorie diagnostique appliquée à six ans peut ne plus avoir de pertinence clinique à douze ans, ce qui complique radicalement la constitution de cohortes stables pour des essais randomisés de moyen ou long terme, et pose des questions éthiques accrues quant à l'exposition d'un cerveau en développement à des traitements psychotropes dont les effets à long terme sont, par construction, peu documentés par des essais nécessairement courts.

### **6.2 La controverse française de l'autisme**

La France a connu, à partir des années 2010, une controverse publique aiguë opposant les tenants d'approches comportementales et cognitives « fondées sur les preuves » (notamment le chercheur en sciences cognitives Franck Ramus) aux pédopsychiatres et psychanalystes défendant la pertinence clinique d'approches institutionnelles et psychodynamiques de l'autisme, parmi lesquels Bernard Golse, pédopsychiatre-psychanalyste, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et fondateur de l'Institut Contemporain de l'Enfance. Cette controverse a notamment porté sur le débat relatif aux interventions psychanalytiques, et a culminé en décembre 2016 avec une proposition de loi du député Daniel Fasquelle visant à interdire le recours à la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme — proposition à laquelle Golse et de nombreux professionnels se sont opposés, et qui n'a pas été adoptée. Cet épisode illustre de façon paradigmatique la manière dont le débat scientifique sur les niveaux de preuve s'est doublé, en France, d'un débat politique et identitaire sur la place de la psychanalyse dans le système de soins.

Le psychanalyste Éric Laurent, ancien président de l'Association mondiale de psychanalyse, a proposé une analyse approfondie de cet épisode dans *La bataille de l'autisme*. De la clinique à la politique (Navarin, 2012 ; édition augmentée, 2018), où il oppose le temps long de la clinique au temps court et accéléré de la séquence médiatique et politique ayant conduit à la proposition de loi Fasquelle. Jean-Claude Maleval, professeur émérite de psychologie clinique à l'université Rennes 2 et psychanalyste, a pour sa part développé, à partir d'une position clinique lacanienne, une critique des rééducations comportementales de l'autisme : il leur reproche de

prétendre savoir a priori ce qui est bon pour le sujet autiste traité comme un simple déficient, là où une éthique de la singularité du sujet, commune aux différentes écoles psychanalytiques, invite au contraire à prendre appui sur les initiatives, fussent-elles minimes, de la personne autiste elle-même (Maleval).

C'est précisément dans ce contexte que doivent se lire les travaux d'évaluation conduits par le psychiatre et psychanalyste Jean-Michel Thurin sur les psychothérapies d'orientation psychanalytique dans l'autisme (cf. § 8.4 ci-dessous) : présentés par leurs auteurs comme une tentative de sortir le débat français de la seule confrontation d'opinions cliniques non contrôlées, ils ont été mobilisés par les deux camps — les uns y voyant la preuve qu'une évaluation méthodique de la psychanalyse est possible et déjà engagée, les autres qu'elle demeure, en l'état, insuffisante pour répondre aux exigences de preuve retenues par la Haute Autorité de Santé dans son rapport de 2012 puis dans ses recommandations ultérieures.

### **6.3 Le TDAH et la médicalisation de l'enfance**

Patrick Landman a consacré l'essai *Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention* (Albin Michel, 2015) à la critique de la catégorie diagnostique de TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), interrogeant l'augmentation rapide de sa prévalence diagnostiquée et de la prescription de psychostimulants chez l'enfant dans plusieurs pays occidentaux. Sa thèse rejoint l'analyse anthropologique développée plus haut : une catégorie comportementale, construite par consensus d'experts et fortement promue par certains acteurs pharmaceutiques, en vient à recoder en pathologie individuelle des difficultés dont l'origine est aussi, sinon davantage, scolaire, familiale, sociale et subjective — occultant la question du sens du symptôme chez cet enfant-là, dans cette histoire-là.

Cette critique a été reprise et étayée empiriquement en France par Sébastien Ponnou, qui a notamment documenté l'évolution de la prévalence diagnostique et de la prescription de méthylphénidate en population française (Ponnou, 2020), avant de coordonner un ouvrage collectif plaidant pour une écoute clinique et psychanalytique de l'enfant diagnostiqué TDAH, plutôt que pour sa seule prise en charge biomédicale (Ponnou (dir.), *À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse*, 2022). Ces inquiétudes rejoignent, sur un plan institutionnel, les constats du rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), « *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?* », adopté le 7 mars 2023, qui relève une augmentation des prescriptions de méthylphénidate chez des enfants de plus en plus jeunes — parfois avant six ans —, sur des durées prolongées et avec des niveaux élevés de co-prescriptions dont les effets à long terme demeurent largement à explorer.

## **VII. L'evidence-based practice (EBP) : une notion plus large que l'EBM**

Un point trop souvent occulté dans le débat français mérite d'être développé pour lui-même : l'EBM, dans sa définition originelle (Sackett et al., 1996, puis 2000), n'a jamais été synonyme de « primauté exclusive de l'essai randomisé ». Sackett définissait la pratique fondée sur les preuves comme l'intégration de trois éléments de poids égal : les meilleures preuves de recherche disponibles, l'expertise clinique individuelle — « la compétence et le jugement que le clinicien acquiert par l'expérience et la pratique clinique » — et les valeurs et préférences du patient. C'est

cette triade, et non la seule hiérarchie des preuves, que la littérature anglo-saxonne désigne aujourd'hui plus précisément par le terme d'evidence-based practice (EBP), afin de la distinguer des usages ultérieurs, souvent administratifs et gestionnaires, du terme EBM, qui ont eu tendance à effacer les deux autres composantes de la triade au profit de la seule preuve statistique — notamment dans les référentiels de remboursement, les recommandations de bonnes pratiques opposables, et certains usages médicologiques du terme.

Cette distinction change la portée du débat : une grande partie de la critique « anti-EBM » portée par les courants psychanalytiques et la psychiatrie critique ne vise pas, à proprement parler, le projet originel de Sackett — qui faisait explicitement une place centrale au jugement clinique et aux préférences du patient, deux notions parfaitement compatibles avec une écoute clinique attentive à la singularité du sujet — mais sa dérive instrumentale, lorsque des tiers payeurs, des agences de santé ou des administrations transforment la « meilleure preuve disponible » en norme contraignante unique, érigée en critère exclusif de remboursement ou de prescription, au mépris de la triade originelle. Réintroduire l'EBP au sens plein — c'est-à-dire avec son volet de jugement clinique et de valeurs du patient — ouvre ainsi un espace de dialogue moins polarisé entre evidence-based medicine et approches cliniques qualitatives, dans la mesure où l'EBP, bien comprise, ne prétend jamais se substituer au clinicien ; elle prétend seulement informer son jugement.

Cette dérive instrumentale a suscité, en France, une mobilisation collective des psychanalystes contre les tentatives d'imposer à la psychothérapie un cadre d'évaluation unique inspiré de l'ECR. Réunis autour de Jacques-Alain Miller, psychanalyste et fondateur de l'Association mondiale de psychanalyse, plusieurs dizaines d'analystes ont répondu, dans *L'Anti-Livre noir de la psychanalyse* (Seuil, 2006), à la controverse suscitée par la publication en France du *Livre noir de la psychanalyse* (2005) et par le rapport de l'Inserm de 2004 sur l'évaluation des psychothérapies, qui avait classé les thérapies cognitivo-comportementales au-dessus de la psychanalyse et des thérapies psychodynamiques sur la base du seul critère de l'ECR. Cette séquence, contemporaine de l'amendement Accoyer (2003) visant à réglementer le titre de psychothérapeute, illustre de façon exemplaire comment la traduction politique et réglementaire de la hiérarchie EBM des preuves a pu, en France, cristalliser un conflit entre logique administrative de l'évaluation et défense de la pluralité des pratiques cliniques (Miller (dir.), 2006).

## **VIII. La méthode du cas unique comme méthode de recherche**

### **8.1 Une tradition fondatrice, longtemps disqualifiée**

La psychanalyse s'est historiquement construite sur l'étude de cas : les « grands cas » freudiens (Dora, l'Homme aux rats, l'Homme aux loups, le petit Hans) ne sont pas de simples illustrations cliniques mais le matériau même à partir duquel s'est élaborée la théorie. Cette méthode a longtemps été reléguée, dans la hiérarchie EBM des preuves, au niveau le plus bas — assimilée à l'« anecdote » ou à l'opinion non contrôlée. Plusieurs auteurs de psychologie clinique ont cependant rappelé, à partir des années 2000, que l'étude de cas, lorsqu'elle est conduite avec une rigueur méthodologique explicite, constitue un mode de production de connaissance à part entière, irréductible à l'ECR mais répondant à des critères de validité qui lui sont propres — ce que documente notamment l'article « Actualités de la méthode de

l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético-processuelle et traductive pour les recherches référées à la psychanalyse », paru dans L'Évolution Psychiatrique, ainsi que les travaux portant sur « L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative ».

Plus récemment, le psychanalyste et épistémologue Guénaël Visentini a proposé une reconstruction épistémologique systématique de ce « style de raisonnement par cas » inventé par Freud, montrant qu'il ne s'agit pas d'un pis-aller faute de moyens statistiques mais d'un rapport méthodologique original entre l'universel, le particulier et le singulier, irréductible aux seuls canons de la preuve nomothétique. Il défend ainsi la légitimité d'un « modèle stratifié centré sur l'unicité du cas », susceptible d'articuler évaluation clinique et exigence scientifique sans réduire l'un à l'autre (Visentini, Blanc & Laufer, 2020 ; Visentini, 2021, 2024).

## **8.2 Les méthodes comparatives de cas : Tuckett et Fonagy**

Le psychanalyste britannique David Tuckett a initié, au sein de l'International Psychoanalytical Association, un programme de recherche dit des « méthodes cliniques comparées » (Comparative Clinical Methods Group), formalisé notamment dans l'ouvrage collectif *Psychoanalysis Comparable and Incomparable* (Tuckett et al., 2008). Le principe en est le suivant : au lieu de comparer des groupes de patients traités selon un protocole standardisé, on compare la manière dont plusieurs psychanalystes, indépendamment, interprètent et théorisent un même matériel clinique détaillé (un compte rendu de séance, par exemple), afin de dégager les points de convergence et de divergence inter-juges, et de construire ainsi une forme de fiabilité — non pas statistique mais herméneutique — du raisonnement clinique.

Peter Fonagy, professeur de psychanalyse à University College London et l'un des chercheurs ayant le plus contribué à rapprocher recherche empirique et théorie psychanalytique, a, dès le début des années 2000 (Fonagy, 2003), plaidé pour l'élargissement méthodologique de l'étude de cas unique, notamment via des mesures répétées intra-sujet permettant de documenter statistiquement, à l'échelle d'un seul patient suivi dans la durée, la trajectoire du changement psychique — ce que la littérature anglo-saxonne désigne par *single-case research* ou *systematic case study method* (travaux d'Edelson, puis de Hilliard, sur la modélisation statistique du cas unique).

## **8.3 Les essais N-de-1 : une reconnaissance par l'EBM elle-même**

Il faut noter, et c'est un argument souvent négligé par les détracteurs de l'EBM comme par ses partisans les plus dogmatiques, que la littérature méthodologique de l'evidence-based medicine reconnaît elle-même, depuis les travaux de Gordon Guyatt et collègues dans les années 1980-1990, une catégorie de dispositif expérimental rigoureux centré sur l'individu : l'essai N-de-1 (N-of-1 trial), dans lequel un même patient reçoit alternativement, en aveugle et de façon randomisée, le traitement actif et un comparateur, sur plusieurs cycles successifs, permettant de tester statistiquement l'effet du traitement chez ce patient précis. Si ce dispositif n'est pas directement transposable à la psychothérapie (qui ne permet ni l'aveugle ni le retour à un état antérieur par simple arrêt du « traitement », l'effet thérapeutique étant cumulatif et non réversible), il établit un précédent épistémologique important : l'EBM elle-même admet que la preuve scientifique rigoureuse n'est pas l'apanage exclusif du grand collectif statistique, et que des

designs centrés sur l'individu peuvent satisfaire à des canons de validité interne élevés. Cette reconnaissance interne légitime, par analogie méthodologique, les efforts de formalisation de la recherche sur cas unique en psychanalyse et en psychothérapie psychodynamique évoqués au paragraphe précédent — et, plus encore, le programme de recherche français décrit ci-après.

#### **8.4 Le programme français de Jean-Michel Thurin : réseau de recherche fondé sur les pratiques et études de cas intensives**

En France, c'est essentiellement autour des travaux de Jean-Michel Thurin que s'est structurée, depuis le début des années 2000, une tentative méthodologiquement explicite de produire des données d'évaluation sur la psychanalyse et les psychothérapies psychodynamiques compatibles avec les exigences contemporaines de la preuve, sans pour autant se couler dans le seul moule de l'essai contrôlé randomisé. Psychiatre, psychanalyste et docteur en sciences cognitives de l'université Paris-Descartes, où il a dirigé le programme pédagogique « Psychothérapies : des théories aux pratiques », Thurin est également rédacteur en chef du bulletin *Pour la recherche*, publié par la Fédération française de psychiatrie, et co-coordonateur, avec l'Inserm et la FFP, d'un réseau de recherche fondée sur les pratiques psychothérapeutiques (RRPP) réunissant plusieurs dizaines de cliniciens autour d'un protocole d'évaluation partagé.

Sa méthode, exposée notamment dans l'ouvrage *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques* (Dunod), repose sur la combinaison de plusieurs registres de données recueillies tout au long du traitement — échelles standardisées, indicateurs de processus, notes cliniques codées selon une grille commune — appliqués non à des groupes randomisés mais à des cohortes de cas suivis de façon intensive et prolongée, ce qui permet de documenter à la fois le résultat final et la trajectoire du changement, séance après séance. Thurin a notamment appliqué cette méthode à une cohorte de 66 enfants et adolescents suivis en psychothérapie sur une année dans le cadre du réseau précité, avant de la décliner spécifiquement au champ de l'autisme.

C'est cette dernière déclinaison qui a eu le plus grand retentissement dans le débat français : l'étude de Thurin, Thurin, Cohen et Falissard, publiée en 2014 dans *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* sous le titre « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas », a suivi pendant un an 50 enfants présentant un diagnostic d'autisme ou de trouble envahissant du développement selon les critères de la CIM-10, pris en charge en psychothérapie individuelle en conditions naturelles par 41 thérapeutes sur 50 de formation psychanalytique (les autres relevant de la psychomotricité, de la thérapie par le jeu, ou d'approches mixtes). Le protocole associait plusieurs outils : l'échelle des comportements autistiques révisée (ECA-r), l'échelle d'évaluation psychodynamique des changements dans l'autisme (EPCA), et un questionnaire de processus psychothérapique (CPQ) renseigné par les cliniciens eux-mêmes. Les résultats rapportés font état d'une réduction significative des comportements autistiques (ECA-r : 36,5 à l'inclusion contre 19,1 en fin de suivi, taille d'effet de 2,1,  $p < 0,0001$ ), d'une diminution des troubles associés mesurés par l'EPCA, d'une progression des acquis développementaux, et d'une amélioration du vécu affectif et de la relation au monde rapportée par le CPQ.

Le psychanalyste Sébastien Ponnou a défendu la rigueur de cette méthodologie, la jugeant conforme aux standards que l'Association américaine de psychologie (APA) reconnaît pour les études de cas intensives. Le chercheur en sciences cognitives Franck Ramus en a au contraire souligné les limites méthodologiques : absence de groupe contrôle, absence d'évaluateur indépendant — les cliniciens traitants renseignant eux-mêmes une partie des échelles —, hétérogénéité des formations des thérapeutes ne permettant pas d'isoler un cadre théorique homogène, et étude demeurée, sous sa forme complète, sans publication soumise à une relecture par les pairs équivalente à celle exigée par une revue psychiatrique internationale de premier rang.

Cette controverse illustre, à elle seule, l'ensemble des tensions décrites dans cette note : elle montre qu'un effort méthodologique réel a été engagé du côté psychanalytique français pour sortir de la seule opinion clinique non contrôlée — ce qui infirme l'idée reçue d'une psychanalyse par principe hostile à toute évaluation — tout en confirmant que cet effort reste, à ce jour, en deçà des standards de preuve les plus stricts, notamment sur le plan de l'indépendance de l'évaluation et de la présence d'un comparateur. Le programme de Thurin occupe ainsi une position méthodologique intermédiaire entre l'étude de cas classique (8.1), les méthodes comparatives de cas de Tuckett et Fonagy (8.2) et le practice-based evidence évoqué plus loin (9.3) — une position hybride qui en fait, à ce jour, la tentative française la plus aboutie de doter la psychanalyse d'un appareil de preuve propre, sans pour autant clore le débat sur sa suffisance.

## **IX. Autres méthodes alternatives d'évaluation**

### **9.1 La recherche qualitative et la théorisation ancrée**

Au-delà du cas unique, la recherche qualitative en psychanalyse s'est dotée, depuis une vingtaine d'années, d'outils méthodologiques explicites empruntés aux sciences sociales — entretiens semi-directifs, analyse thématique, et surtout théorisation ancrée (grounded theory, méthode de Glaser et Strauss), qui consiste à construire des catégories conceptuelles inductivement à partir du matériel clinique plutôt que de tester des hypothèses préétablies, comme le documente l'article « Recherche qualitative en psychanalyse : l'étude du cas de la théorisation ancrée ». Cette démarche revendique une validité différente de celle de l'ECR : non pas la généralisation statistique à une population, mais la « transférabilité » conceptuelle d'un cas à un autre, et la « saturation théorique » comme critère d'arrêt du recueil de données.

### **9.2 La recherche sur le processus et les facteurs communs**

Un second courant de recherche, dit « process research » ou recherche sur le processus thérapeutique, s'attache non pas à comparer des résultats globaux entre groupes mais à documenter, séance après séance, les mécanismes de changement à l'œuvre dans la relation thérapeutique — alliance thérapeutique, ruptures et réparations de l'alliance, interventions interprétatives et leur effet immédiat sur le discours du patient. Cette tradition de recherche, à laquelle se rattachent les travaux sur les « facteurs communs » aux différentes psychothérapies (l'alliance, l'espérance, la cohérence du modèle théorique partagé entre thérapeute et patient), montre de façon convergente que ces facteurs relationnels expliquent une part au moins aussi importante de la variance des résultats thérapeutiques que la «

technique » spécifique employée — un résultat difficilement compatible avec une épistémologie centrée exclusivement sur la comparaison de protocoles manualisés.

### **9.3 Les études naturalistes et la pratique fondée sur les preuves (practice-based evidence)**

À rebours de l'essai contrôlé, les études naturalistes évaluent les traitements tels qu'ils sont effectivement délivrés en pratique courante, sans randomisation ni exclusion des patients complexes ou comorbides, privilégiant ainsi la validité externe (la généralisabilité aux conditions réelles de soin) sur la validité interne (le contrôle expérimental maximal). Le mouvement dit *practice-based evidence* (« preuves fondées sur la pratique »), qui inverse délibérément l'acronyme EBP, défend l'idée que le suivi de résultats en routine clinique (*routine outcome monitoring*), agrégé à grande échelle sur des populations cliniques réelles, constitue une source de preuve complémentaire et non subordonnée à l'ECR. Le réseau français coordonné par Jean-Michel Thurin (cf. § 8.4) s'inscrit explicitement dans cette filiation, en agrégeant les données de suivi de plusieurs dizaines de praticiens engagés dans leur exercice ordinaire plutôt qu'en recrutant une cohorte expérimentale isolée du reste de leur patientèle.

L'étude historique conduite par Martin Seligman pour le magazine *Consumer Reports* (1995), portant sur plusieurs milliers de patients ayant suivi des psychothérapies de durées variées en conditions naturalistes, demeure une référence régulièrement citée dans ce débat, dans la mesure où elle suggérait des bénéfices plus marqués pour les psychothérapies de plus longue durée — un résultat allant à l'encontre des essais courts manualisés alors dominants dans la littérature EBM.

### **9.4 Les études de suivi à long terme**

Enfin, plusieurs grands projets de recherche naturalistes et longitudinaux ont cherché à évaluer la psychanalyse et la psychothérapie psychodynamique sur des durées de suivi de plusieurs années, voire de plusieurs décennies après la fin du traitement — à l'image du projet suédois STOPP (*Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project*, conduit notamment par Rolf Sandell et ses collègues), qui a comparé sur le long terme les trajectoires de patients ayant suivi une psychanalyse ou une psychothérapie psychodynamique moins intensive. La méta-analyse de Jonathan Shedler, « *The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy* », parue dans *American Psychologist* en 2010, a par ailleurs documenté, à partir d'essais contrôlés existants sur la psychothérapie psychodynamique brève (en moyenne 40 heures), une taille d'effet global de 0,97 sur les symptômes en fin de traitement, progressant à 1,51 lors du suivi à neuf mois — un effet supérieur, et qui continue de croître après l'arrêt du traitement, alors que les effets des thérapies brèves protocolisées ont tendance à s'atténuer dans le temps. Ce résultat, obtenu avec les outils mêmes de l'EBM (méta-analyse d'essais contrôlés), illustre qu'une intégration critique des deux approches — plutôt qu'une opposition de principe — est possible et fructueuse.

Thomas Rabeyron a proposé une synthèse actualisée des données empiriques disponibles sur l'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse, qui vient prolonger, du côté francophone, les données rassemblées par Shedler : il y montre que les principales limites méthodologiques

encore opposées à la psychanalyse (petits échantillons, absence de groupe contrôle dans certaines études) coexistent désormais avec un corpus croissant d'essais contrôlés et de méta-analyses en sa faveur, sans que ce corpus ait encore modifié en profondeur la hiérarchie des preuves dominante dans les référentiels de santé publique (Rabeyron, 2021).

### **9.5 La médecine narrative (narrative-based medicine)**

Une autre voie de dépassement de l'opposition entre « preuves » et « clinique » a été proposée par les médecins généralistes britanniques Trisha Greenhalgh et Brian Hurwitz avec le concept de narrative-based medicine (« médecine fondée sur le récit »), développé notamment dans *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice* (BMJ Books, Londres, 1998). Les auteurs y soutiennent que le récit que le patient fait de sa maladie et de son histoire constitue une source de connaissance clinique irréductible aux données statistiques agrégées, et que l'attention portée à la structure narrative du cas — mise en intrigue, temporalité, points de vue multiples — complète utilement l'evidence-based medicine plutôt qu'elle ne s'y oppose. Cette perspective, bien que née en médecine générale, trouve un écho direct dans les débats ici exposés sur la méthode du cas unique (§ VIII) et sur la place du sens subjectif de l'expérience psychique (§ X), et vient renforcer l'argument en faveur d'un pluralisme des sources de connaissance clinique.

## **X. Vers une épistémologie plurielle pour la clinique psychique**

L'ensemble de ces critiques et de ces méthodes alternatives ne plaide pas pour un rejet de l'EBM, mais pour ce que plusieurs auteurs appellent une épistémologie plurielle ou intégrative, adaptée à la spécificité de l'objet psychique. Une telle épistémologie suppose, d'une part, de réintégrer pleinement la triade originelle de Sackett — preuve de recherche, expertise clinique, valeurs du patient — plutôt que sa réduction administrative à la seule preuve statistique ; d'autre part, de reconnaître la légitimité méthodologique de la recherche sur cas unique, de la recherche qualitative et des études naturalistes de long terme comme sources de connaissance complémentaires, et non subalternes, à celles de l'essai randomisé ; enfin, d'admettre que la subjectivité, le contexte culturel et familial, et la dimension de sens de l'expérience psychique ne sont pas du « bruit » statistique à éliminer mais des données cliniques à part entière, comme le suggère la conclusion de l'article de synthèse de Santé mentale au Québec : la psychiatrie aurait sans doute intérêt à développer son propre cadre évidentiel, qui tienne compte de sa position épistémologique singulière, où subjectivité, contexte et valeurs ne sauraient être reléguées au bas de la hiérarchie des preuves.

## **XI. Conclusion : pour le pluralisme épistémologique, la liberté thérapeutique et le droit des usagers au choix**

Les critiques ici rassemblées contre l'usage exclusif de l'EBM en psychiatrie et en pédopsychiatrie ne forment pas un bloc homogène : la critique épistémologique porte sur le rapport entre preuve statistique et causalité individuelle ; la critique anthropologique, sur la réduction de la personne à des catégories interactives et culturellement situées ; la critique méthodologique, sur l'inadéquation technique de l'essai randomisé à l'hétérogénéité diagnostique et à la nature relationnelle de la psychothérapie ; la critique scientifique, sur les biais de financement, de publication

et de réplication qui fragilisent la solidité même des preuves invoquées. Mais toutes convergent vers une même conclusion pratique : aucune d'entre elles n'autorise à ériger la hiérarchie des preuves de l'EBM en norme administrative et réglementaire exclusive pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie.

Ces critiques, portées en France notamment par le collectif StopDSM, Roland Gori, Bernard Golse, Jacques-Alain Miller, Éric Laurent et Jean-Claude Maleval, et au plan international par des auteurs aussi divers qu'Ian Hacking, Allen Frances ou Joanna Moncrieff, trouvent un écho dans le développement, depuis deux décennies, de méthodes alternatives d'évaluation : l'evidence-based practice entendue dans sa plénitude (incluant jugement clinique et valeurs du patient), la méthode du cas unique formalisée et comparée (Tuckett, Fonagy, Visentini), le programme français de cas intensifs et de réseau de recherche fondé sur les pratiques porté par Jean-Michel Thurin, la recherche qualitative et la théorisation ancrée, la recherche sur le processus thérapeutique, et les grandes études naturalistes de suivi à long terme. Ce manifeste appelle la Haute Autorité de Santé à tirer explicitement les conséquences méthodologiques de ce constat : reconnaître que le niveau de preuve A demeure, en psychiatrie, structurellement hors de portée pour la grande majorité des interventions ; admettre que la présomption scientifique et l'accord professionnel constituent, non une preuve dégradée, mais le régime épistémologique ordinaire d'une discipline dont l'objet résiste à la standardisation complète ; et accorder aux méthodes alternatives ici recensées une place méthodologique réelle dans l'élaboration des recommandations, plutôt que de les reléguer systématiquement en deçà des interventions validées par essai randomisé.

De ce pluralisme épistémologique découle une exigence de liberté thérapeutique : le clinicien doit pouvoir choisir, parmi la pluralité des approches validées et cliniquement reconnues — biologiques, cognitivo-comportementales, systémiques, institutionnelles, psychodynamiques ou psychanalytiques —, celle qui répond le mieux à la singularité du patient qu'il a devant lui. Une hiérarchie exclusive des preuves, dès lors qu'elle se traduit en critère contraignant de remboursement, d'autorisation ou de recommandation opposable, tend à éroder cette liberté et à imposer, de fait, un monopole de traitement peu compatible avec l'hétérogénéité clinique documentée tout au long de ce texte.

Cette exigence de pluralisme se prolonge, enfin, dans le droit des usagers — patients, enfants et familles — à choisir leur soin en connaissance de cause. La triade originelle de Sackett plaçait déjà les valeurs et préférences du patient au même rang que la preuve de recherche et l'expertise clinique : en psychiatrie et plus encore en pédopsychiatrie, où les enjeux de développement, de consentement et de construction subjective sont majeurs — comme l'illustrent la controverse française de l'autisme, la proposition de loi Fasquelle et les débats suscités par le rapport de la HCFEA sur le TDAH —, respecter le patient et sa famille comme sujets, et non comme simples objets de traitement, suppose qu'ils soient informés loyalement de la pluralité des approches validées et demeurent libres d'y recourir, plutôt que d'être orientés vers la seule approche que classerait en tête une hiérarchie de preuves mal ajustée à leur situation.

Une psychiatrie et une pédopsychiatrie fidèles à l'exigence scientifique n'ont donc pas besoin de se conformer à une hiérarchie de preuves exclusive et administrativement imposée ; elles ont besoin d'une épistémologie plurielle, du maintien de la liberté thérapeutique du clinicien, et du respect du choix libre et

éclairé des patients et de leurs familles. Ce sont ces trois exigences que ce manifeste demande à la Haute Autorité de Santé, et plus largement aux pouvoirs publics, de reconnaître explicitement dans l'élaboration de leurs recommandations et de leurs politiques de santé mentale.

## **Bibliographie**

COSGROVE, L. & KRIMSKY, S., « A Comparison of DSM-IV and DSM-5 Panel Members' Financial Associations with Industry », *PLoS Medicine*, 2012.

FALISSARD, B., « Ce que la notion de "troubles du neurodéveloppement" dit de la pédopsychiatrie du XXI<sup>e</sup> siècle », Séminaire d'épistémologie du 7 janvier 2021, *L'Évolution psychiatrique*.

FONAGY, P., « Psychoanalysis Today » et travaux sur la méthodologie du cas unique en recherche psychanalytique, University College London, à partir de 2003.

FRANCES, A., *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*, William Morrow, 2013.

GONON, F., KONSMAN, J.-P., COHEN, D. & BORAUD, T., « Why Most Biomedical Findings Echoed by Newspapers Turn Out to be False: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *PLoS ONE*, 7(9), 2012.

GONON, F., *Neurosciences, un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités*, Champ social, 2024.

GORI, R. & DEL VOLGO, M.-J., *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Denoël, 2005.

GREENHALGH, T. & HURWITZ, B., *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*, BMJ Books, London, 1998.

GUYATT, G. et al., travaux fondateurs sur les essais N-de-1 (N-of-1 trials), McMaster University, années 1980-1990.

HACKING, I., *Rewriting the Soul: Multiple Personality and the Sciences of Memory*, Princeton University Press, 1995.

HACKING, I., *The Social Construction of What?*, Harvard University Press, 1999.

HACKING, I., « Kinds of People: Moving Targets », *Proceedings of the British Academy*, 2006.

Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?*, rapport adopté le 7 mars 2023.

IOANNIDIS, J., « Pourquoi ne peut-on pas faire confiance à la plupart des résultats issus de la recherche ? » (trad. R. Evrard, T. Rabeyron, T. Lepoutre & C. Fromentin), *L'Évolution psychiatrique*, 86/3, 2005/2021, p. 443-454.

KELLER, P.-H., recension de F. Gonon, *Neurosciences, un discours néolibéral*, Société Psychanalytique de Paris, 2025.

LAURENT, É., *La bataille de l'autisme. De la clinique à la politique*, Navarin, 2012 ; édition augmentée, 2018.

MALEVAL, J.-C., critique lacanienne des rééducations comportementales de l'autisme et défense d'une éthique de la singularité du sujet autiste.

MILLER, J.-A. (dir.), *L'Anti-Livre noir de la psychanalyse*, Seuil, 2006.

- LANDMAN, P., Tous hyperactifs ? L'incroyable épidémie de troubles de l'attention, Albin Michel, 2015.
- MONCRIEFF, J., The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment, Palgrave Macmillan, 2008.
- MONCRIEFF, J., The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs, Palgrave Macmillan, 2013.
- MONCRIEFF, J. et al., « The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence », *Molecular Psychiatry*, 2022.
- PONNOU, S., « Prévalence, diagnostic et médication du trouble de l'hyperactivité en France », *Annales médico-psychologiques*, 2020.
- PONNOU, S. (dir.), À l'écoute des enfants hyperactifs. Le pari de la psychanalyse, Érès, 2022.
- PONNOU, S., discussion méthodologique de l'étude Thurin et al. (2014) au regard des standards APA pour les études de cas intensives.
- RABEYRON, T., « L'évaluation et l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques et de la psychanalyse », *L'Évolution psychiatrique*, 86(3), 2021.
- RAMUS, F., critique méthodologique de l'étude Thurin et al. (2014) : absence de groupe contrôle et d'évaluateur indépendant.
- ROUDINESCO, É., recension de Christopher Lane, Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions, *Le Monde*, 6 mars 2009.
- SACKETT, D. L., ROSENBERG, W. M. C., GRAY, J. A. M., HAYNES, R. B. & RICHARDSON, W. S., « Evidence based medicine: what it is and what it isn't », *BMJ*, 312, 1996, p. 71-72.
- SACKETT, D. L. et al., *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, 2e éd., Churchill Livingstone, 2000.
- SANDELL, R. et al., « Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPP) », *International Journal of Psychoanalysis*, années 2000.
- SELIGMAN, M. E. P., « The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study », *American Psychologist*, 50(12), 1995, p. 965-974.
- SHEDLER, J., « The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy », *American Psychologist*, 65(2), 2010, p. 98-109.
- TUCKETT, D. (dir.), *Psychoanalysis Comparable and Incomparable: The Evolution of a Method to Describe and Compare Psychoanalytic Approaches*, Routledge, 2008.
- THURIN, J.-M., *Évaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*, Dunod, collection « Psychothérapies ».
- THURIN, J.-M., THURIN, M., COHEN, D., FALISSARD, B., « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 62(2), 2014, p. 102-118.
- THURIN, J.-M. (dir.), Réseau de recherche fondée sur les pratiques psychothérapeutiques (RRPP), Inserm / Fédération française de psychiatrie ; bulletin Pour la recherche, FFP.
- VISENTINI, G., BLANC, A. & LAUFER, L., « Psychanalyse et évaluation : pour un modèle stratifié centré sur l'unicité du cas », *Bulletin de psychologie*, 73(5), 2020, p. 255-270.
- VISENTINI, G., *L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverses*, Paris, PUF, 2021.

VISENTINI, G., Penser et écrire par cas en psychanalyse. L'invention freudienne d'un style de raisonnement, Paris, PUF, 2024.

« Actualités de la méthode de l'étude de cas. Proposition d'une méthodologie hypothético-processuelle et traductive pour les recherches référées à la psychanalyse », L'Évolution Psychiatrique, 2019.

« L'étude du cas unique, un exemple de recherche qualitative », ResearchGate.

« Recherche qualitative en psychanalyse : l'étude du cas de la théorisation ancrée », ScienceDirect.

« L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ? », Santé mentale au Québec, vol. 44, n°2, 2019, p. 145-165.

« Is evidence-based medicine killing psychiatry softly? A critical review of 'evidence-based psychiatry' from an epistemological and ethical perspective », PubMed, 2020.

Critical Psychiatry Network, Royaume-Uni, fondé en 1999.

Controverse française sur l'autisme : B. Golse, F. Ramus, proposition de loi Fasquelle (2016) visant à interdire la psychanalyse dans la prise en charge de l'autisme.