

L'évidence based medicine en pédopsychiatrie

• laurent.holzer@rfsm.ch

Objectifs du cours

- Vous donner un aperçu de la question de l'evidence based medicine telle qu'elle se décline en pédopsychiatrie
- Vous présenter les principaux repères et illustrer une démarche fondée sur une pratique d'evidence based medicine
- Aborder quelques exemples concernant la psychopharmacologie et les interventions psychosociales en pédopsychiatrie
- *Vous permettre d'acquérir une vision critique aussi bien des pratiques que de la littérature et des recommandations issues de l'evidence based*

Plan

- Introduction – enjeux – l’art ou la science?
- L’évidence?
 - Définition en médecine et implications en psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent
 - Triptyque de la décision
- En Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent
 - Les traitements médicamenteux
 - Les traitements psychosociaux
- conclusion

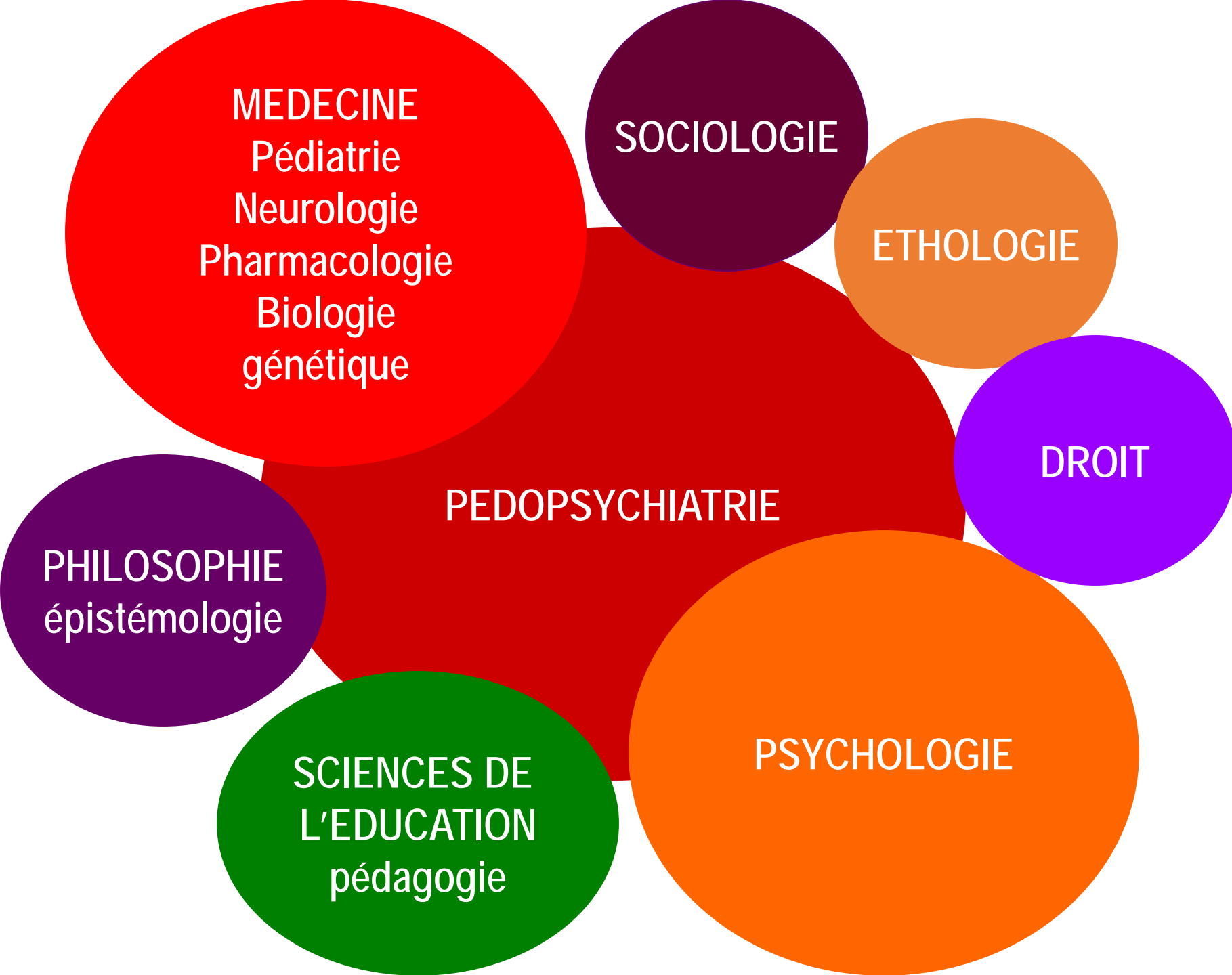
Introduction

- Peu de place pour l'EBM jusqu'à maintenant
- Crainte des directives? De l'évaluation? Des contraintes? Des sanctions? Inapplicable en psychiatrie et encore moins en pédopsy?
- L'EBM ne peut prétendre à résumer la pratique clinique, elle est largement insuffisante en soi, elle est cependant une **condition nécessaire mais pas suffisante** à une pratique clinique de qualité
- La complexité de notre métier qui se fonde sur une relation intersubjective se prête mal aux démarches d'objectivation (par essence réductrices)
- Les questions de qualité et d'évaluation sont dérangeantes, on les chasse par la porte, elles reviennent par la fenêtre

- La qualité des soins en pédopsychiatrie (comme ailleurs) ne se décrète pas, **elle se mesure!**
- Toute la question réside dans le quoi et le comment?
- L'idée suscite beaucoup de craintes et alimente les fantasmes les plus variés...
- L'evidence based n'est qu'une partie de la réponse, mais évidemment pas toute la réponse
- Va de soi à première vue (les traitements devraient être validés scientifiquement)
- Les professionnels, les consommateurs et les tiers payeurs ont été amenés (ou contraints) à considérer les traitements fondés sur l'évidence (les preuves) comme une pratique clinique standard
- Nous sommes pourtant loin de là, pas seulement en psychiatrie ou pédopsychiatrie

Alternatives à l'évidence based

- Eminence based medicine : l'expérience vaut mieux que l'évidence
- Vehemence based medicine : affirmer suffisamment fort
- Eloquence based medicine : l'argument plutôt que la preuve
- Providence based : la toute puissance divine du médecin
- Diffidence based medicine (manque de confiance, hésitations)
- Nervousness based medicine : le seul mauvais test est celui que vous n'avez pas pensé à prescrire



Evidence Based Medicine

• Définition

- **EBM is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients***
- **Utilisation consciencieuse et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge individuelle des patients**

* Sackett DL & al. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72.

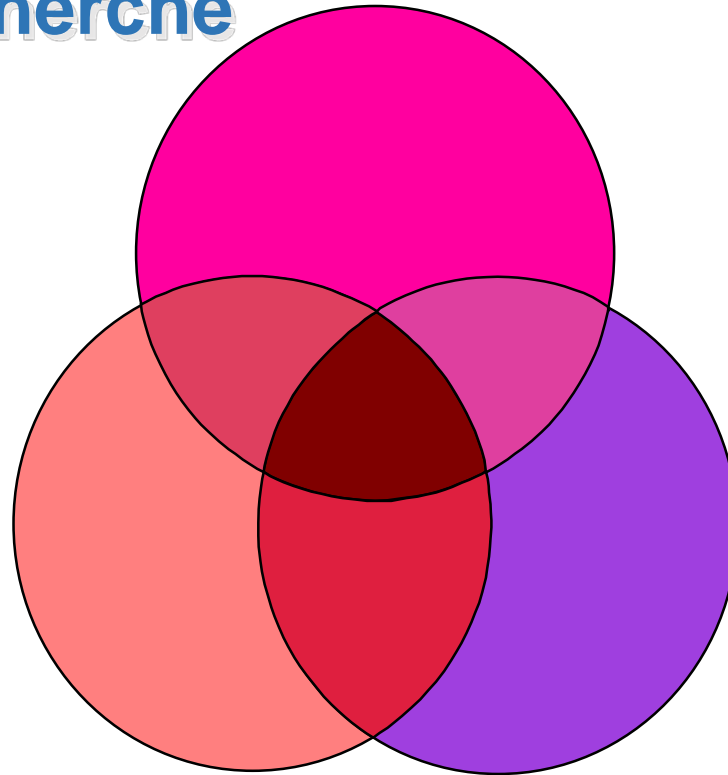
Evidence Based Medicine

- *Médecine fondée sur des preuves, sur des faits prouvés, médecine factuelle, basée sur des données probantes*
- EBM est née au début des années 80 à McMaster au Canada
- Seul 10% des actes et traitements médicaux se fondaient sur l'évidence
- **Le triptyque de la décision**
 - Les faits prouvés par la recherche clinique et leurs niveaux de preuve
 - L'expérience clinique du médecin
 - Les caractéristiques spécifiques au patient

Représentation graphique de l'**EBM**

**Données issues de la
recherche**

**Expérience
clinique
Principes et
fonctions**



**Caractéristiques
du patient (choix
du patient)**

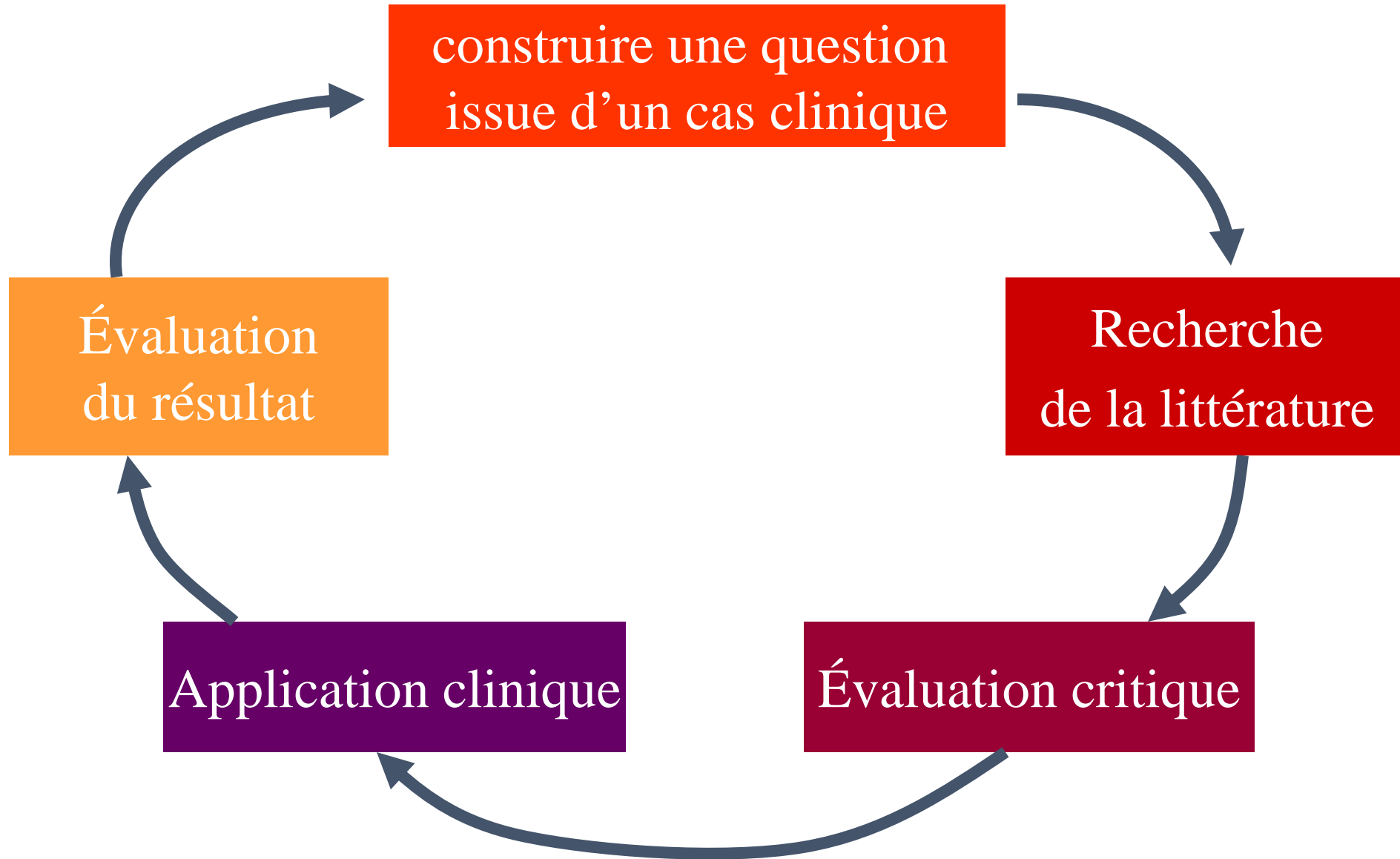
Evidence Based Medicine

- Limites d'application des données de la recherche clinique
 - **Contexte expérimental**
 - **Niveau de preuve (méthode)**
 - **Applicabilité (contexte des soins primaires)**
 - **Diffusion (sélection des sources documentaires)**
 - **Sélection critique des données scientifiques**
 - **Résistances individuelles à l'application**
- **Objection classique des praticiens :**
 - Il n'y a pas de données issues des soins primaires permettant d'étayer une décision
- **Réponse* : Etude rétrospective sur 122 consultations**
 - 81% des décisions disposaient d'essais cliniques randomisés ou de données cliniques convaincantes publiées dans la littérature
 - *Gill P & al. Evidence general practice : a retrospective study of interventions in one training practice. BMJ 1996;312:819-21.

Evidence Based Medicine

- **L'expérience clinique du médecin**
 - Evaluation du problème du patient
 - Gravité, pathologies associées, contexte bio-psycho-social, etc.
 - Augmente avec l'âge, l'observation critique et la formation continue
 - Élément fondamental qui distingue l'approche EBM de la recette
- EBM permet au clinicien d'évaluer, sur des bases empiriques et scientifiques, les chances que certains tests ou interventions aideront ou non le patient
- Cette information est alors associée à l'expérience clinique et les besoins spécifiques du patient

Qu'est-ce que l'évidence ? (March et al., 2005)



Qu'est-ce que l'évidence

March et al., 2005

- EBM n'est pas un algorithme mathématique qui détermine des choix
- Cela aide le clinicien à faire de meilleurs choix et n'est pas une menace pour l'autonomie ou la finesse clinique du praticien
- La mise à jour de l'information (rester dans le coup) peut s'avérer aléatoire (laboratoires)
- EBM en santé mentale reflète la réintégration de la psychiatrie dans la médecine
- Les avancées des neurosciences ont suscité une multitude de changements en pédopsychiatrie
- L'application de ces découvertes, du laboratoire de recherche à la pratique quotidienne constitue encore un challenge

Le concept de maladie

- Les trois axes du « management » de la maladie sont:
 - Le concept de maladie et de son diagnostic
 - Le concept de l'étiologie et du traitement
 - La nature de la relation médecin-malade
- Ces axes entrent en ligne de compte en pédopsychiatrie comme dans le reste de la médecine

Le diagnostic

- Le processus diagnostic comprend la génération d'hypothèses et leur probabilité associée
- Les tests diagnostiques, leur sensibilité et spécificité, valeur prédictive positive et négative, le « likelihood ratio » = la probabilité que ce résultat de tests provienne d'une personne qui a la maladie

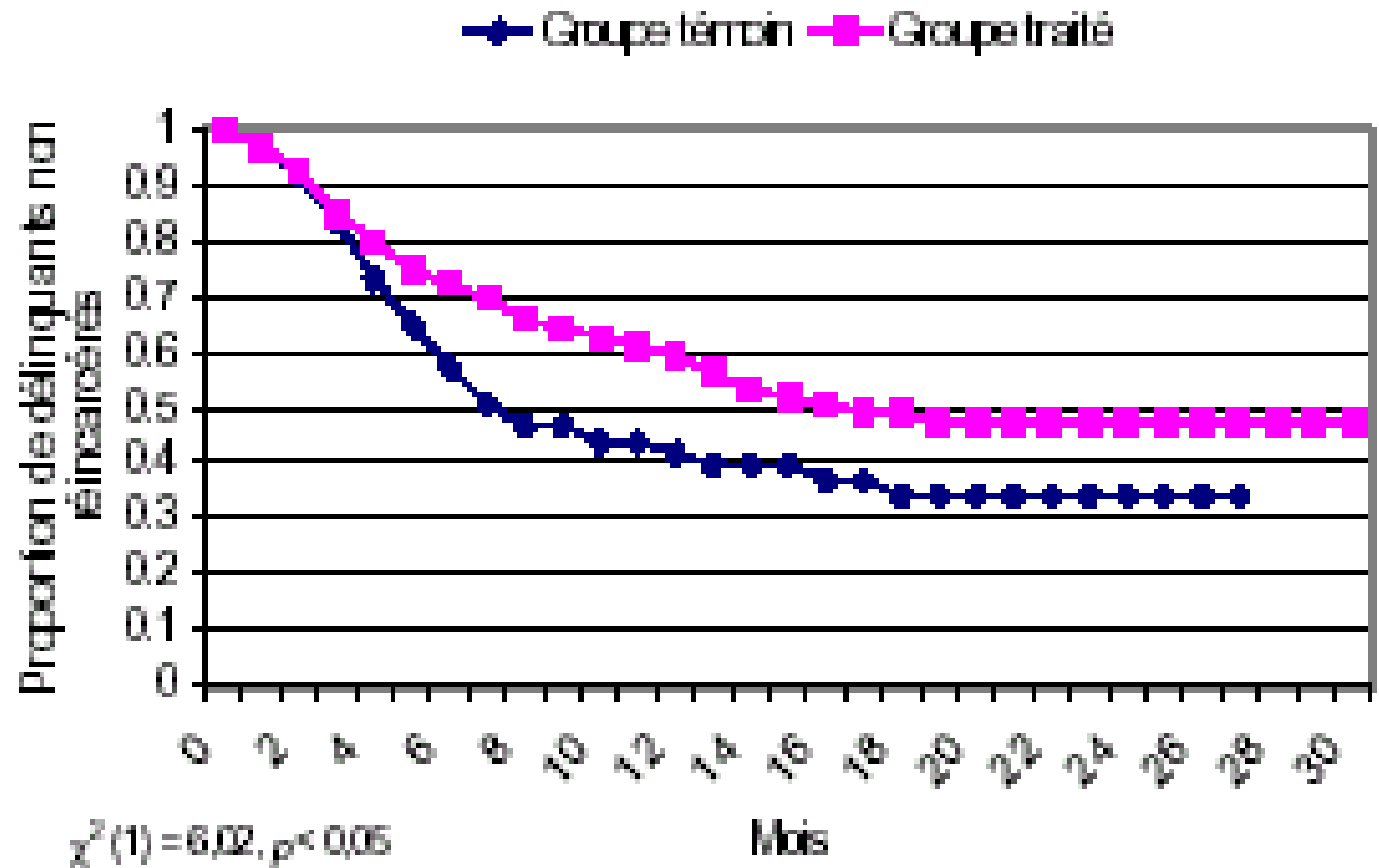
Le traitement

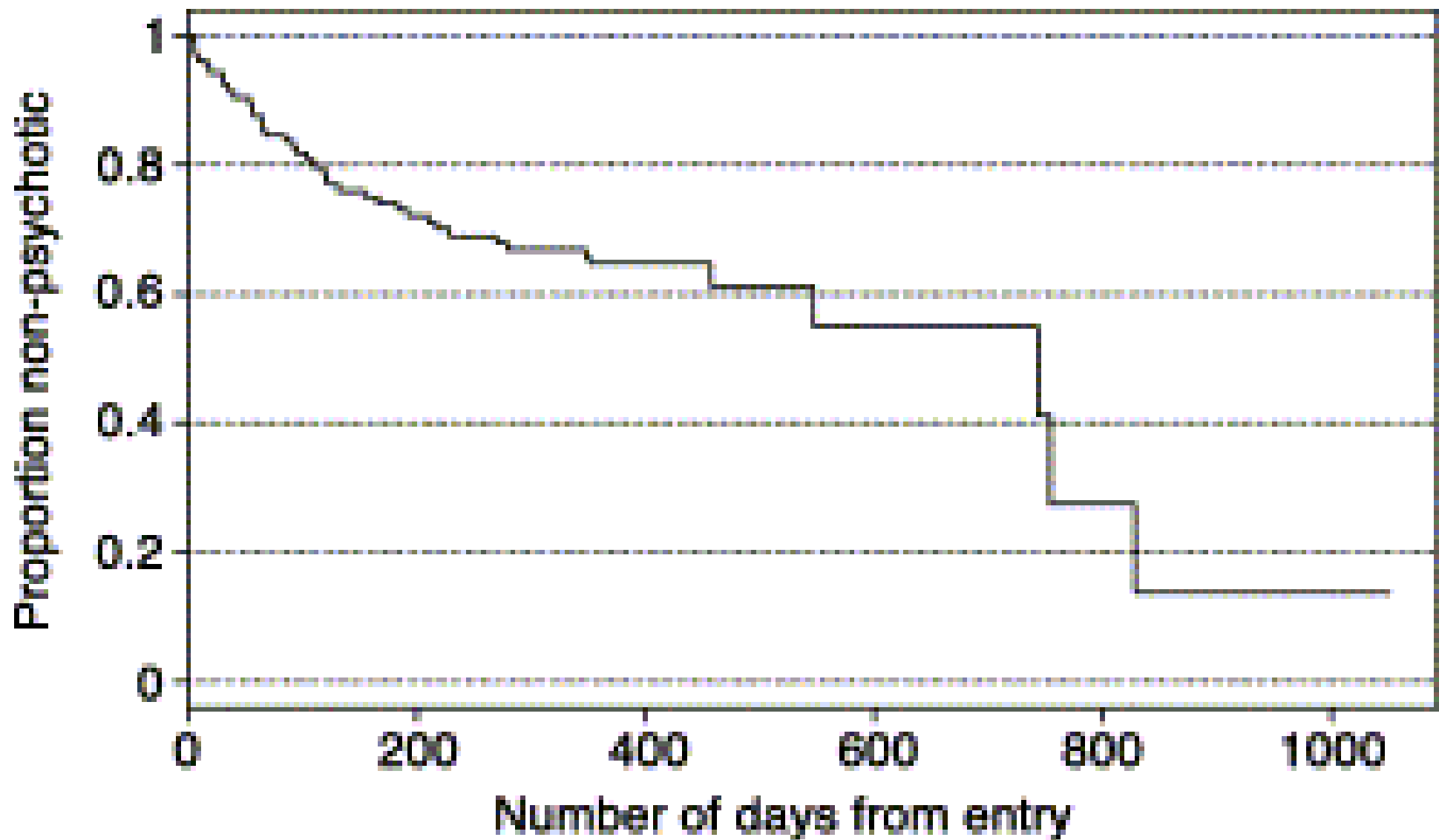
- Le traitement est évalué sur son efficacité et ses effets secondaires
- NNT : le nombre de patients qui doivent recevoir le traitement pour qu'il profite à un patient. Exemple: 60% de répondeur à un AD vs 40% dans le groupe placebo => le bénéfice absolu est de 0,2 et le NNT = 5
- NNT = 5 veut dire que le patient a 1 chance sur 5 que le traitement lui soit bénéfique de manière spécifique (mais le placebo ne se vend pas en pharmacie)
- NNH = le nombre de patient qu'il faut traiter pour voir apparaître un effet secondaire. NNT/NNH = bénéfice risque ratio

Le pronostic

- C'est l'estimation de l'évolution future de la maladie du patient
- Les études sur le pronostic utilisent généralement les courbes de survie (de survenue d'un événement au cours du temps)

Graphique 1. Proportion de délinquants demeurant dans la collectivité (non réincarcérés) chez le groupe traité et chez le groupe témoin





Number at risk 104 72 34 9 3 2

Exemple de démarche EBM

March et al., 2005

- Recherche de l'évidence
 - Clinical evidence : www.clinicalevidence.com
 - Evidence based guidelines (NICE)
 - Evidence based mental health ebmh.bmjournals.com
- On-line resources
 - PubMed : Clinical Queries Section (prognosis, treatment...)
 - Revues Cochrane

Exemple PECO diagnostic

March et al., 2005

- Garçon de 10 ans adressé pour l'apparition soudaine de clignements, toux, mouvements anormaux, rituels de lavages et peur des germes
- **P**opulation: garçons prépubères avec début brutal de tics, obsessions et compulsions
- **E**xposition/intervention: examens sériques, Ac antistreptococciques,
- **C**omparaison : prélèvements et cultures naso-pharyngées
- **O**utcome Résultat: diagnostic de trouble neuropsychiatrique auto-immun associé au streptocoque

Exemple PECO traitement

March et al., 2005

- Fille de 8 ans avec des pensées sexualisées au sujet des garçons, lavages fréquents des mains, mouvements compulsifs de sauts à cloche-pied
- **P**opulation: filles prépubères avec obsessions et compulsions
- **E**xposition/intervention: traitement initial TCC
- **C**omparaison : traitement de soutien (conseil)
- **O**utcome Résultat: amélioration clinique significative des obsessions et compulsions

L'évidence en pédopsychiatrie: le diagnostic

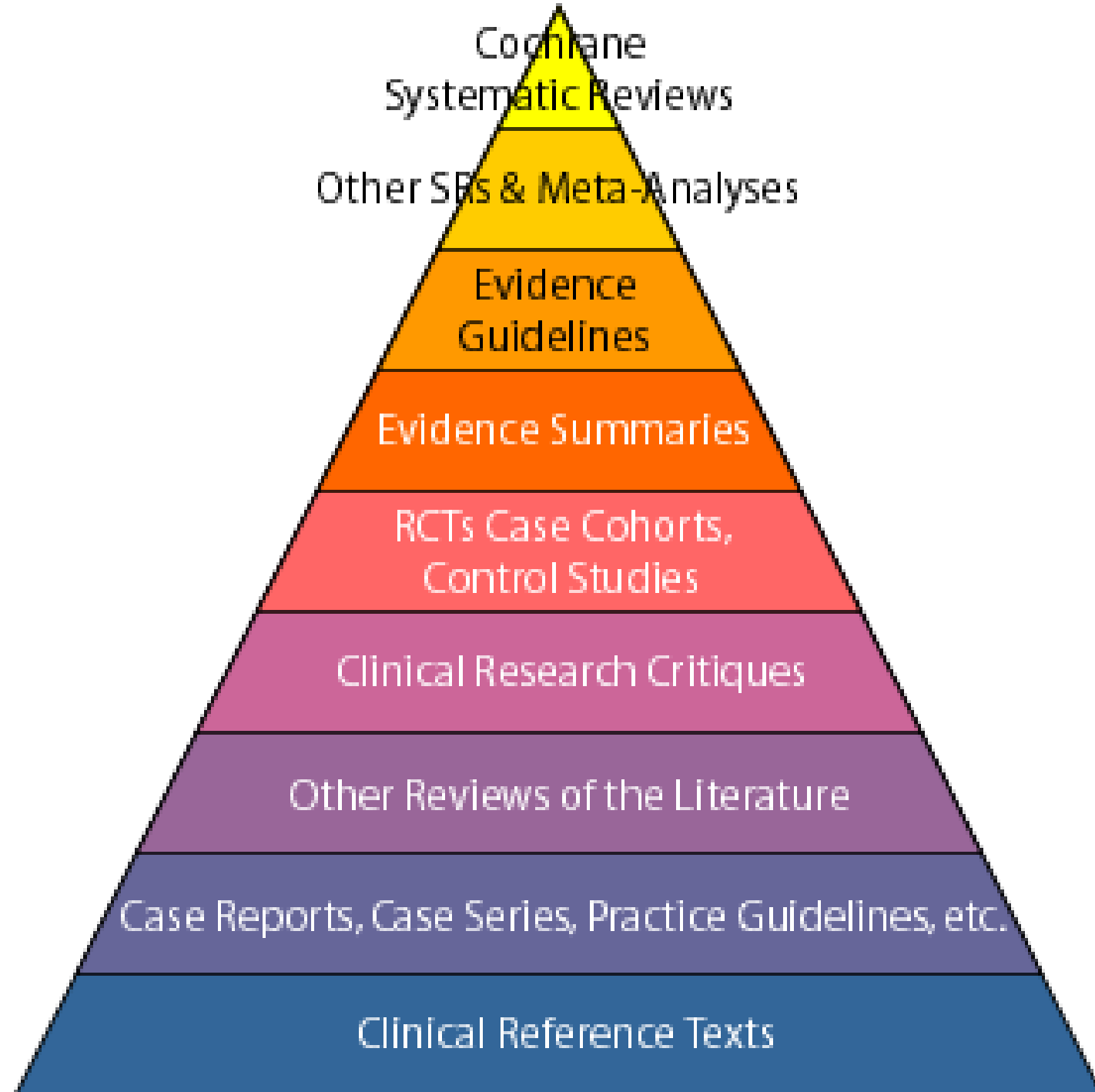
- Relativement faible dans les entités diagnostiques catégorielles
 - Dérivée de la psychiatrie adulte
 - Critères souvent mal adaptés aux enfants
 - Expression des troubles différente selon le niveau de développement
- La comorbidité est la règle
- Fidélité interjuge (66% avec la CIM 10 pour les enfants et adolescents, *Steinhausen et Erdin, J. Child Psych. And Psychiatry, 32, 1991*)

L'évidence en pédopsychiatrie : le traitement

- Dans l'évaluation du traitement les mêmes standards s'appliquent en psy adulte et en pédopsychiatrie
- L'évidence maximale : repose sur un essai randomisé en double aveugle (RCT) avec un échantillon suffisamment grand et une population clairement définie, qui a pu être répliqué par un autre groupe de recherche indépendant (l'efficacité repose sur l'intervention et non sur les intervenants)
- Les RCT ne sont pas toujours applicables
- Beaucoup d'interventions, notamment en raison de l'organisation des services, ne peuvent pas être étudiées de manière expérimentale
- Des designs quasi-expérimentaux peuvent aussi offrir des arguments solides

La hiérarchie de la preuve

- Les RCT
 - Les études contrôlées
 - les designs quasi-expérimentaux
 - Les études avant-après
 - Les études de corrélations
 - Les observations systématiques
 - Les observations anecdotiques
-
- L'intervention doit aussi être définie et répliquable (codification nécessaire)
 - Problème évident pour les psychothérapies où le facteur thérapeute joue un très grand rôle (a plus de poids que le modèle utilisé)



L'échantillon représentatif

- La plupart des études utilisent des critères restrictifs d'inclusion des patients pour évaluer l'efficacité sur une population cible homogène
- Les résultats ne s'appliquent pas nécessairement à des populations plus large dans la pratique de tous les jours
- Les variations dans la comorbidité, la sévérité, les risques associés, les influences culturelles influencent les décisions thérapeutiques et l'efficience
- La nosologie actuelle en pédopsychiatrie nécessite des travaux de validation et de nombreux cas complexes ne sont pas adéquatement caractérisés

Les facteurs liés au thérapeute

- Les éléments relationnels sont des aspects importants de la guérison
- Si l'alliance thérapeutique est primordiale dans le résultat d'un traitement, il faudrait pouvoir distinguer
 - L'efficacité du traitement per se – *généralisation possible*
 - L'efficacité du thérapeute (charisme) – *pas de généralisation possible*

Les guidelines ou RPC

- Partent d'une question claire ou de nœuds décisionnels
- utilisent une stratégie de recherche explicite
- Spécifient les critères employés pour asseoir l'évidence
- Mentionnent les biais potentiels dans l'interprétation de la revue de la littérature
- Concluent sur les recommandations d'utilisation des guidelines pour prendre des décisions au sujet d'un patient donné

Appliquer l'évidence

- Évaluer la validité, l'importance clinique, la faisabilité d'application de l'évidence
 - Puis-je avoir confiance dans cette information?
 - Y-t-il une importante densité d'information valable à laquelle je dois prêter attention?
 - Est-ce que l'utilisation de cette recommandation fera une importante différence aux soins que j'apporte à mes patients?
 - Est-ce que l'évidence rapportée peut être applicable pour mon patient?
 - Est-ce qu'il y a des facteurs pronostiques qui augmentent ou diminuent la probabilité que mes patients correspondent aux probabilités identifiées dans l'article?
 - Est-ce que l'article offre des guidelines pour l'application de l'évidence
 - Si j'utilise les RPC pour mes patients, comment pourrai-je évaluer le résultat de cette décision?

La psychopharmacologie

- **Utilisation off label** est la règle (pour être dans le « label of use » il faut se situer non seulement dans la classe d'âge mais aussi dans l'indication d'AMM)
- 50% des médicaments en médecine sont utilisés hors indication reconnue par les autorités de régulation
- 80% - 70% en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais ce chiffre a tendance à baisser grâce à la multiplication des études psychopharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent

Evaluation du traitement

- Définitions de l'amélioration, de la réponse et de la rémission sont capitales dans l'évaluation des traitements
- Doivent être définies AVANT
 - Taux de répondeurs, de rémission
 - % de diminution d'un score
 - Critères diagnostiques absents
- Intérêt du placebo (limite l'effet d'une définition trop insignifiante)

Les psychostimulants

- L'efficacité des stimulants dans le traitement à court terme du THADA est certainement celle qui est la mieux documentée en pédopsychiatrie
- Plus de 200 RCT
- Amélioration dans 65 à 75% des cas sous stimulants (plus de 6000 patients) vs 5 à 30% sous placebo

Les antidépresseurs ISRS

- L'évidence qui valide l'utilisation des ISRS et de la clomipramine concerne avant tout l'indication des TOC
- Fluoxétine (8 ans) sertraline (6 ans) sont autorisés par la FDA pour les TOC pédiatriques
- Des études montrent l'intérêt des ISRS dans le traitement d'autres troubles anxieux
- Leur efficacité dans les troubles de l'humeur a fait l'objet de nombreux débats et n'a été établie que récemment, et uniquement pour la fluoxétine
- La réponse élevée au placebo explique peut-être cela
- C'est un exemple typique où les principes diagnostiques et thérapeutiques issus de la psychiatrie adulte s'appliquent très mal aux enfants et adolescents

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Adolescent Depression Still Controversial

To the Editors:

As investigators participating in the study of von Knorring et al,¹ we cannot share all of the conclusions drawn by the authors.

First of all, there is the implicit statement that citalopram, which was more effective than placebo in the restricted group who did not receive psychotherapy, could be a treatment of major depressive disorder in adolescents instead of psychotherapy. As a result, this means that selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) could replace a specific treatment by specialists such as psychotherapy. Regrettably, no information is available concerning the suicide attempters regarding their belonging to the group receiving psychotherapy or not. We might assume that suicidal risk is an intrinsic compo-

scores (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia–Present, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) of suicidal thoughts more frequent in the placebo group.

The methodological limitations mentioned that could explain the lack of citalopram efficacy merit further discussion. The severity of depression and history of previous suicide attempts in this study are likely, according to the authors, to explain the nonsuperiority of citalopram and its higher risk profile as such patients were excluded from other placebo-controlled studies. This statement is contradictory to the conclusion of a meta-analysis which found a better efficacy of escitalopram in the severely depressed population.⁶ For ethical reasons, investigators could hardly enroll patients who have a severe depression with an obvious suicidal risk in the study. It was difficult to take the risk that such patients receive placebo, especially in an outpatient setting. The recruitment bias mentioned by von Knorring et al¹ results probably not in a more severe and more suicidal sample, although it is in this way we would expect the bias.

We need effective pharmacologi-

requisite to answer the debating and passionate question of the efficacy of SSRI and psychotherapy in adolescents.

Laurent Holzer, MD*

Pierre Baumann, PhD†

*Centre Thérapeutique de Jour

pour Adolescents

Service Universitaire de Psychiatrie

de l'Enfant et de l'Adolescent

and †Unité de Biochimie

et Psychopharmacologie Clinique

Centre de Neurosciences Psychiatriques

Département de Psychiatrie–CHUV

Prilly Lausanne, Switzerland

laurent.holzer@chuv.ch

REFERENCES

1. von Knorring AL, Olsson GI, Thomsen PH, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of citalopram in adolescents with major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2006;26:311–315.
2. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, et al. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:577–584.
3. Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B, et al. Emergent suicidality in a clinical psychotherapy trial for adolescent depression. *Am J Psychiatry.* 2005;162:2173–2175.
4. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of

Les neuroleptiques (antipsychotiques)

- Leur utilisation dans cette indications est ainsi essentiellement basée sur la littérature adulte
- La majorité des études ont examiné d'autres troubles (autisme, retard mental, tics, troubles du comportement)
- L'indication la mieux documentée est l'autisme (efficacité de la risperidone sur les auto-mutilations et l'agressivité, celle de l'haldol établie il y a 30 ans)
- Une efficacité similaire a été retrouvée sur les troubles du comportement associés au retard mental (faibles doses plutôt que fortes)
- Utilité dans les tics et les troubles du comportement
- Risperidone, quetiapine, amisulpride, aripiprazole ont obtenu l'indication dans les psychoses des adolescents dès 13 ou 15 ans, les Troubles bipolaires dès 10 ou 13.

Les stabilisateurs de l'humeur

- Leur utilisation a augmenté dans la pratique malgré l'absence d'études contrôlées
- Un nombre toujours plus important d'enfants ou adolescents reçoivent le diagnostic de trouble bipolaire
- Seul l'efficacité du lithium a été validée par des études contrôlées dans les troubles bipolaires chez l'enfant et plus récemment les antipsychotiques atypiques (risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole)
- Il n'y a pas d'étude contrôlée soutenant l'efficacité des anticonvulsivants dans les troubles bipolaires chez les enfants et les adolescents
- Les études sur l'efficacité de la carbamazépine (Tegretol®) dans l'ADHD ou les troubles du comportement ne sont pas concluantes
- Seuls les antipsychotiques atypiques ont démontré une supériorité par rapport au placebo (aripiprazole, risperidone, olanzapine, quetiapine) dans les épisodes maniaques des troubles bipolaires

Les anxiolytiques

- Les quelques études RCT évaluant l'efficacité des benzodiazépines dans les troubles anxieux chez l'enfant n'ont pas permis de l'établir, cela est du en partie à un taux de réponse élevé avec le placebo
- Il n'y a pas d'études contrôlées examinant l'efficacité de la buspirone ou des bêta-bloquants chez les enfants

En résumé

- L'évidence en psychopharmacologie concerne avant tout les stimulants pour le THADA et les ISRS pour les troubles anxieux dont les TOC, les antipsychotiques pour les troubles du comportement, les troubles bipolaires et les psychoses.
- Mises à part ces indications, la majeure partie de la pratique clinique est sous-tendue par quelques études contrôlées, et est justifiée avant tout par les études faites chez l'adulte, des case reports, la tradition clinique.
- La littérature examinant les traitements associés pour la comorbidité est rare
- Celle justifiant la **polypharmacie** inexistante!

Les interventions psychosociales

- La psychothérapie
 - TCC
 - Interventions comportementales
 - Thérapies psychodynamiques
 - Les interventions familiales

- Le double aveugle n'est pas possible
- Les groupes contrôles peuvent entraîner des biais (liste d'attente)
- La reproduction de l'intervention peut poser problème
- Les effets secondaires existent également (stress injustifié, surstimulation, conflits familiaux...)

Les psychothérapies

- Méta-analyses : retrouvent un résultat positif avec des effect size de moyen à grand lorsque les psychothérapies sont comparées à l'absence de traitement ou un groupe contrôle « actif »
- Les thérapies comportementales ont des effets plus marqués que les non comportementales
- Evidence controversée:
 - Les psychothérapies ont un effet significatif mais la spécificité de l'efficacité est controversée
 - Les psychothérapies traditionnelles ne seraient pas plus efficaces chez les enfants que le « tutorat »
 - Les interventions psychothérapeutiques en protocole de recherche le sont mais ne sont pas appliquées ou applicables en pratique clinique
- Rapport INSERM

Les TCC

- Les plus reconnues mais aussi les plus étudiées scientifiquement
- Efficacité reconnue dans de nombreuses pathologies (dépression, troubles anxieux, TOC, PTSD, ADHD, troubles des conduites)
- Efficacité dans la dépression chez l'adulte sur la base de 200 études contrôlées, 5 méta-analyses, 70% de rémission (en association avec les ISRS)

Pediatric OCD treatment study

JAMA, 2004

- Évalue TCC ou sertraline ou TCC + sertraline ou placebo (112 sujets 7 – 17 ans)
- Rémission TCC + sertraline = 54%
- Rémission TCC = 39%
- Rémission sertraline = 21%
- Placebo = 3%

TCC+sertraline>TCC>sertraline> placebo

La psychothérapie interpersonnelle

- Peu d'études, efficace dans la dépression de l'adulte
- Plusieurs études contrôlées sont en faveur de son efficacité chez l'adolescent déprimé (Young, Mufson and Gallop, *Depress Anx*, 2010)
- Efficace dans la boulimie chez les adolescentes (Tanofsky-Kraff, *Int J Eat Disord*, 2010)

Les interventions familiales et la guidance parentale

- Troubles des conduites : éducation parentale (améliorer les interactions parents-enfant; renforcer le rôle parental, réduire les interactions coercitives)
- Les interventions parentales, la thérapie de famille psycho-éducative sont utiles dans les troubles anxieux et les TCA.
- Family based therapy pour les TCA (les parents interviennent en première ligne comme des soignants)

La Family based therapy dans l'anorexie mentale de l'adolescente

- Développée dans les années 80 au Maudsley Hospital à Londres par Christophe Dare et ses collaborateurs
- Les parents ont un rôle central de « soignants » dans la renutrition et la convalescence de leur enfant, le thérapeute FBT les assiste dans le processus en mobilisant leurs ressources
- 6 études randomisées confirment son efficacité (poids normal pour 50 à 75% des patients, effets perdurant avec un taux de guérison à 5 ans chez 60 à 90% des patients)

Les interventions multimodales

- Case management pro-actif
 - Offre de soutien psychosocial varié
 - Interventions familiales ciblées
- ⇒ Maintenir l'enfant ou l'adolescent dans son milieu
- ⇒ Plus efficace que l'incarcération, l'hospitalisation et d'autres traitements + cost-effective

Perspectives

- Heureusement, un nombre croissant d'études sur les traitements psychiatriques des enfants et d'adolescents sont disponibles
- Malgré cela, une grande part de la pratique n'est pas fondée sur l'évidence
 - Populations compliquées et différentes de celles de la recherche
 - Les cliniciens ne sont pas formés ou ne souhaitent pas utiliser des modalités de traitement basée sur l'évidence
- 20% des enfants et adolescents présentent des troubles
- L'absence d'évidence entraîne une grande variabilité des pratiques

- 2 attitudes possibles
 - Tant que les procédures diagnostiques et thérapeutiques pour un traitement ne seront pas mieux établies, il est préférable de s'abstenir
 - L'absence d'évidence justifie d'utiliser tout traitement que le clinicien juge approprié
- Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas d'évidence qu'un traitement est nécessairement inutile (les pratiques non étudiées)
- Ce n'est pas non plus parce qu'un traitement marche dans des conditions particulières (recherche académique) qu'il marchera dans un contexte différent (real world)
- L'évidence n'a pas vocation à faire loi, il n'est toutefois pas exclu qu'elle puisse faire jurisprudence. L'objectif n'est pas d'imposer des pratiques ou les modifier à tout prix mais de permettre au clinicien de faire des choix en connaissance de cause.

- L'evidence-based devrait s'appuyer sur deux voies de développement
 - 1) les études scientifiques qui permettent de faire évoluer les pratiques de traitement (nouveaux traitements, méta-analyses...)
 - 2) les études scientifiques qui devraient valider des pratiques existantes
- En l'absence de données scientifiques, c'est l'opinion ou les habitudes qui dictent la pratique
- Même si l'expérience clinique est importante, l'histoire de la médecine regorge de pratiques que nous considérons maintenant comme inacceptables ou barbares
- Même à l'heure actuelle des pratiques vieilles de seulement 20 ans ne sont plus en vogue

Conclusion

- Nous regardons le passé avec un peu d'amusement ou de dédain, mais est-ce que nos prédécesseurs étaient vraiment plus naïfs ou plus fous que les praticiens d'aujourd'hui?
- Des thérapies inutiles ou insupportables (contention, communication facilitée) et des pratiques diagnostiques « idiosyncrasiques » ont toujours cours, la prudence et l'humilité doivent prévaloir lorsqu'il s'agit d'évaluer nos traitements.
- Une multitude de recherche, aussi bien dans les neurosciences que dans la psychiatrie sociale, font le lit de nouvelles évidence et de recommandations.
- Cela vaut la peine d'investir ce champ de l'évidence, y compris en y contribuant, plutôt que de le subir.

bibliographie

