

L'évaluation des psychothérapies

J.-N. DESPLAND⁽¹⁾

INTRODUCTION

Se réclamer d'une certaine expertise dans le domaine des psychothérapies n'est pas sans risque, non seulement parce qu'il s'agit de s'exposer aux discours partisans qui fleurissent ces derniers temps, mais aussi et surtout en raison de la complexité de ce domaine. Le nombre de méthodes de psychothérapie proposées aux patients est considérable (19), oscillant entre 400 et 600 suivant les auteurs. Si beaucoup de psychothérapies peuvent être assimilées à des traitements médicaux, psychiatriques, d'autres sont clairement des outils de développement personnel. Par ailleurs alors que les méthodes comportementales et cognitives semblent s'inscrire assez naturellement dans le champ de la médecine, la plupart des méthodes psychothérapeutiques sont portées par des ambitions et des valeurs qui dépassent celui-ci. C'est évident pour la psychanalyse, mais aussi pour les approches familiales systémiques, dont l'histoire est marquée par des prises de positions antipsychiatriques militantes aussi bien aux États-Unis qu'en Italie.

Il n'est pas dans notre intention d'éviter le débat, voire le conflit. Aucune activité médicale ne peut échapper à la remise en question de ses enjeux cliniques et méthodologiques, mais aussi éthiques, politiques ou économiques. Cependant, c'est une exigence de méthode, aucun débat, aucun dialogue ne peut faire l'économie d'un minimum de connaissance des thèmes traités, des procédés de recherche utilisés, ainsi que des données générées par ces recherches. Plus encore, un champ aussi complexe que la psychothérapie nous oblige à être très attentif aux ambiguïtés, aux malentendus, voire aux contresens qui surgiront inévitablement à l'occasion de l'instrumentalisation économique ou politique des résultats des recherches portant sur l'évaluation d'une méthode de soin, *a fortiori* lorsque ceux-ci sont chiffrés et visent à limiter les coûts de la santé.

On peut par exemple relever la tendance à réduire la question de l'évaluation à l'une ou l'autre des méthodes existantes, en faisant l'impasse sur la multiplicité de celles-ci. La démarche propre à la médecine basée sur les preuves (*evidence based medicine*, que nous abrégons EBM) est considérée par certains comme seule valide, sans tenir compte de la réalité clinique des psychothérapies pratiquées par les professionnels ou en excluant toute autre méthode de recherche, les approches qualitatives ou narratives par exemple.

D'autres semblent s'opposer par principe à prendre en compte les résultats des études empiriques au prétexte que ce type d'évaluation ne rendrait pas compte de la question du sujet psychique. Bien évidemment, mais ce n'est pas leur objectif. Ce qui peut être mis en question, c'est l'utilisation de certains résultats dans un but politique ou économique plutôt que l'outil en tant que tel.

Il ne peut y avoir dans le champ de l'évaluation une méthode unique : préserver la pluralité de celles-ci est non seulement une manière d'assurer la validité des méthodes et des résultats, en croisant plusieurs regards, mais c'est aussi une source de créativité. Nous tenterons de montrer en quoi certaines données récentes dans le domaine de l'évaluation empirique des psychothérapies permettent d'ouvrir le débat plutôt qu'elles ne nous poussent à tirer des conclusions définitives en faveur de telle ou telle école ou de telle ou telle technique.

LA PSYCHOTHÉRAPIE COMME MÉTHODE DE RECHERCHE

L'évaluation chiffrée des psychothérapies est vécue comme très contraignante, voire impossible, par beaucoup de psychothérapeutes pour plusieurs motifs. Le premier tient au fait que la psychothérapie elle-même n'est pas une activité dans laquelle on applique passivement

(1) Directeur de l'Institut universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie CHUV, 9, avenue Echallens, CH – 1004 Lausanne.

telle ou telle technique validée par ailleurs. Chaque psychoséjour a pour défi de valider ses connaissances, sa théorie, sa technique, face à chaque patient : la science renvoie à l'universel, mais chaque situation clinique est singulière, chaque rencontre une mise à l'épreuve de l'ensemble des données théoriques et cliniques dont dispose le thérapeute.

Il est possible de formuler autrement ce problème. Dans d'autres champs de la recherche, la pharmacologie par exemple, les modèles explicatifs, la recherche fondamentale, finalement l'expérimentation animale, puis humaine, précèdent le développement de protocoles de soins. En psychoséjour l'interrogation clinique et la pratique psychoséjour fondent la théorisation. La pratique psychoséjour précède sa justification et sa validation. La psychoséjour part du cas singulier en situation de soin pour développer des modèles théoriques et pratiques, quels que soient par ailleurs les influences ou les emprunts plus scientifiques.

Le processus psychoséjour peut donc être considéré en lui-même comme un processus de recherche. Des méthodes de supervision et de contrôle permettent la construction d'un modèle clinique de plus en plus spécifique pour un patient donné. Le jugement par les pairs contribue également à la validation du modèle, au travers des publications et des conférences. Enfin, il existe des formes d'évaluation clinique spécifiques à chaque méthode : par exemple les thérapies comportementales et cognitives (TCC) recourent à des procédés intégrés aux techniques thérapeutiques (au travers de questionnaires ou d'échelles) ; les psychanalystes ont également des méthodes d'évaluation congruentes à leur objet, par exemple la passe dans la psychanalyse lacanienne.

Il existe une deuxième raison à cette difficulté pour certains psychoséjour de prendre à leur compte une procédure d'évaluation de type empirique. Et c'est ironiquement la même qui en amène d'autres à souscrire de manière excessive et imprudente aux procédures de la médecine basée sur les preuves. La « théorie clinique » du psychoséjour, soit l'ensemble des conceptions théoriques et techniques qui sous-tendent son activité pratique, quelle que soit sa scientificité proclamée, n'a pas le statut épistémologique d'une théorie scientifique. Il s'agit d'une croyance, dont la validité n'est pas questionnable en elle-même. Sa légitimité se fonde dans sa capacité à conditionner, induire, accompagner un processus thérapeutique*. Ce constat éclaire aussi bien la difficulté à définir dans une théorie clinique donnée les invariants des concepts commutables** que la nécessaire passion qui relie le psychoséjour à sa théorie. En bref, l'énergie mise par le chercheur à développer une méthode est dépensée par le psychoséjour dans la défense de sa théorie clinique. Il s'agit d'une différence fondamentale,

qui rend toute comparaison entre ces deux niveaux d'observation aussi complexe que nécessaire.

LA MÉDECINE BASÉE SUR LES PREUVES : UN OUTIL PARMIS D'AUTRES

Les procédures d'évaluation mises en avant par le mouvement de la médecine basée sur les preuves suscitent souvent des réactions passionnées, soit d'enthousiasme indéfectible, soit de rejet absolu. De quoi s'agit-il ?

Le concept d'« evidence based medicine » a été développé à la Faculté de médecine McMaster au Canada (*Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics*) dans les années 1980 (5, 25, 44). Il se réfère à un processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats contemporains de la recherche pour prendre des décisions cliniques. Ce mouvement se base sur plusieurs constats : l'existence d'une brèche entre les résultats de recherche et la pratique clinique, l'inertie des pratiques cliniques et la difficulté à trier la masse d'informations publiées.

Classiquement, la procédure EBM propose 5 étapes successives :

1. la formulation de questions claires ;
2. la recherche dans la littérature des articles cliniques appropriés ;
3. l'évaluation de la validité et de l'utilité de ces résultats ;
4. la mise en application de ces résultats dans la pratique clinique ;
5. enfin l'évaluation de l'impact de l'application de ces résultats.

La qualité inégale des recherches a nécessité l'établissement d'un classement de manière à évaluer la plus ou moins grande rigueur méthodologique ayant conduit à tels ou tels résultats. On peut citer pour exemple le niveau de preuves admis par la Revue Cochrane (43) :

Niveau 1 : plusieurs études randomisées et contrôlées de haute qualité.

Niveau 2 : une étude randomisée et contrôlée de haute qualité et une de basse qualité ou des résultats cohérents dans de multiples études randomisées et contrôlées de basse qualité.

Niveau 3 : une étude randomisée et contrôlée ou des résultats contradictoires dans plusieurs études randomisées et contrôlées.

Niveau 4 : pas de preuve.

Il faut souligner que les chercheurs qui ont développé cette méthode n'ont jamais eu l'intention d'en faire la méthode unique d'évaluation des travaux cliniques et des techniques de soin. D'autres concepts ont été développés, comme par exemple celui d'« adéquation », qui nécessite en plus d'une procédure EBM le recours à des experts pour établir des normes de soin.

* Ainsi que bien évidemment dans le débat sur les valeurs qui les sous-tendent, notamment sur le plan éthique.

** On le voit bien dans les débats vifs entre comportementalistes, cognitivistes et constructivistes dans les TCC, ou entre freudiens orthodoxes, kleinien ou lacaniens en psychanalyse.

D'emblée, de nombreuses critiques ont été formulées à l'encontre de la médecine basée sur les preuves (39). Parmi celles-ci on peut relever l'existence d'une véritable zone grise, qui comprend les traitements pour lesquels il n'existe pas suffisamment d'études validées, l'absence de recherche n'impliquant en aucun cas que ces procédures de soin ne sont pas efficaces (40). La difficulté d'appliquer les conclusions des rapports aux patients pris individuellement est aussi soulignée. Certains estiment que cette procédure peut représenter un véritable frein au développement de pratiques novatrices et d'excellence dans le champ de la médecine. Signalons au passage que privilégier des traitements validés par une procédure EBM n'est en rien synonyme de médecine à moindre coût : c'est souvent l'inverse, les traitements validés pouvant être les traitements les plus longs et les plus coûteux.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'un certain nombre de reproches est aussi basé sur des malentendus dans la compréhension de la démarche EBM. Le plus fréquemment rencontré confond le fait qu'il n'existe pas d'étude ad hoc pour valider un traitement donné et la remise en question de l'efficacité de celui-ci. L'absence de preuves en faveur d'une hypothèse donnée n'implique en rien que celle-ci soit réfutée. De ce fait, les conclusions des rapports de type EBM sont étroitement dépendantes du nombre et de la qualité des études déjà menées. Il serait ainsi très dommage et peu scientifique d'associer de manière limitative le financement des psychothérapies et des recherches conduites sur celles-ci aux résultats des études déjà menées.

À la suite des travaux menés à l'Université McMaster, de nombreux articles puis des publications ont été consacrés à la synthèse des données de recherche. Pour les psychothérapies, on peut citer trois rapports majeurs consacrés à l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies : un rapport anglais émanant du ministère de la Santé (15), un rapport américain édité par l'American Psychological Association (2, 9, 10), ainsi que le rapport français de l'INSERM (25). Il s'agit de véritables sommes, dont les résultats sont très intéressants et dont on aurait grand tort de ne pas profiter. Cela dit la validité de ces résultats est formellement dépendante de la qualité méthodologique des études incluses, situation qui ne peut que nous encourager à la plus grande prudence dans leur utilisation clinique, politique ou économique.

EVIDENCE B(I)ASED MEDECINE

Les biais à prendre en compte dans une démarche EBM sont évidemment associés à la méthodologie propre aux études contrôlées avec attribution aléatoire du patient, ainsi qu'à la procédure statistique employée pour en faire la synthèse, les méta-analyses (42).

Historiquement la première étude randomisée et contrôlée dans le champ de la psychiatrie est attribuée à une commission nommée par Louis XVI en 1784, composée de Lavoisier, Benjamin Franklin et Guillotin. Elle fut constituée afin d'évaluer le traitement par le magnétisme déve-

loppé par F.A. Messmer, médecin viennois qui bénéficiait alors d'un immense succès dans toute l'Europe, ainsi qu'aux États-Unis. L'étude a consisté à comparer les effets de l'utilisation d'eau magnétisée, ou pas, par Messmer sur des patients à qui l'on avait caché cette étape du protocole. Les deux stratégies se sont révélées également efficaces, ce qui a permis de déterminer que l'effet thérapeutique n'était pas dû au magnétisme, mais à la suggestion du thérapeute*. Ces méthodes se sont évidemment beaucoup développées depuis lors même si leurs principes restent comparables.

Les procédures de calcul propres aux méta-analyses ont été développées ces 20 dernières années afin de pouvoir regrouper et faire la synthèse de plusieurs études conduites dans des conditions différentes. Leurs buts sont d'intégrer la totalité des recherches sur un sujet donné, de pouvoir comparer les études menées avec des instruments différents à l'aide du concept de « taille de l'effet », ainsi que de mettre en évidence la présence de variables modératrices. Il est intéressant de relever que la première méta-analyse a aussi été conduite dans le champ de la psychothérapie. Le travail de Smith et Glass (47) a permis d'établir une taille d'effet moyenne de 0,85 pour ce type d'interventions.

La taille de l'effet est une mesure statistique, qui consiste à diviser la différence entre la moyenne des résultats sous traitement et la moyenne des résultats du groupe contrôle par l'écart type du groupe contrôle ou par la moyenne des écarts types des deux groupes**. Le chiffre ainsi obtenu fournit une mesure de l'amplitude du résultat, indépendante des échelles utilisées qui permet ainsi de comparer plusieurs études entre elles. On considère en général que lorsque la taille de l'effet d'un traitement est comprise entre 0,2 et 0,5, elle est petite ; moyenne lorsqu'elle est comprise entre 0,5 et 0,8 ; et grande lorsqu'elle est supérieure à 0,8.

Clé de voûte de la démarche de l'EBM, les essais randomisés contrôlés se heurtent à de nombreuses limites méthodologiques. Certaines sont bien connues, et concernent tous les essais de ce type. D'autres sont plus spécifiques au champ de l'évaluation des psychothérapies.

En premier lieu se pose le problème de la constitution de groupes de comparaison. Or, dans le champ des psychothérapies, c'est extrêmement difficile. D'une part, la recherche ne peut évidemment être conduite en double aveugle : le psychothérapeute sait évidemment quel traitement il pratique et le patient ne peut que le deviner très rapidement. Plus fondamentalement, de nombreux chercheurs rappellent que ce type de protocole n'a pour but que de mettre en évidence l'effet spécifique d'une substance pharmacologique et que l'effet placebo correspond à l'ensemble du contexte de soin. Pour cette raison, le fait que l'effet spécifique puisse être très inférieur à l'effet placebo ne pose pas de problème fondamental : le soin est

* Cette collaboration n'a pas empêché Guillotin de demander à ce que Lavoisier se fasse guillotiner quelques années plus tard.

** Il s'agit d'une description simplifiée ; pour une description précise, voire Rosenthal *et al.*, 2001.

constitué de l'ensemble du dispositif. En d'autres termes, l'effet placebo est basé sur les mêmes processus que la psychothérapie et la distinction entre effets spécifiques et non spécifiques est problématique, si ce n'est capiteuse en psychothérapie. Nous reviendrons sur cette question. Lorsque deux formes de psychothérapies sont comparées, il est évidemment impératif de choisir à titre de comparaison une méthode reconnue efficace, ainsi que de s'assurer que les thérapeutes qui la dispensent sont compétents dans ce domaine. Or, il n'est pas rare de constater que ce n'est pas le cas ou qu'on ne dispose pas d'information sur cet aspect d'un protocole.

L'une des difficultés méthodologiques les plus importantes qui touche les études randomisées et contrôlées, ainsi que les méta-analyses, est liée à l'effet d'allégeance : on définit par ce terme le fait qu'une équipe de recherche ait un intérêt spécifique pour l'une des méthodes étudiées, et ne soit par conséquent plus neutre. Rien de spécial à cela : il est naturel que les chercheurs et les cliniciens soient intéressés aux résultats d'une étude destinée à évaluer ou tester leur manière de faire. Malheureusement, si on a longtemps admis que la qualité d'un protocole permettait de se protéger de ce biais, on se rend compte que ce n'est pas le cas.

Une étude de Luborsky *et al.* (35) s'est penchée sur ce phénomène. À l'aide d'un score calculé sur la base de l'envoi d'un questionnaire envoyé aux chercheurs, d'une évaluation effectuée par des experts et de la prise en compte des journaux dans lesquels les résultats étaient publiés, il a établi une corrélation forte entre l'allégeance et la taille de l'effet en faveur de l'hypothèse qui favorise le chercheur intéressé par le résultat. De plus cette corrélation est indépendante de la qualité méthodologique de l'étude, évaluée par ailleurs. Cet effet d'allégeance a également été montré dans le domaine de la psychopharmacologie (33) : lorsqu'un essai pharmacologique est soutenu financièrement par une entreprise pharmaceutique, le facteur de risque (*Odds ratio*) pour que l'étude favorise le produit de la firme qui finance l'étude est de l'ordre de 4.05, dans le même temps que l'effet spécifique d'un traitement par rapport à l'effet placebo est associé à un ratio très inférieur, en général inférieur à 2. En résumé, l'effet d'allégeance recouvre et dépasse la variance associée aux traitements que nous étudions.

Un autre problème méthodologique important qui se présente dans la recherche en psychothérapie touche à la validité externe des études conduites, en d'autres termes à la généralisation possible des résultats obtenus à l'aide des méthodes requises par l'EBM (31). En anglais cette question se formule en termes d'opposition entre *efficacy* (résultat des études randomisées et contrôlées avec une bonne validité interne du protocole) et *effectiveness* (résultats des psychothérapies menées par les psychothérapeutes dans des conditions habituelles et avec des patients non sélectionnés).

De nombreuses caractéristiques sont opposées dans ces deux situations : ainsi, en situation de recherche, le diagnostic des patients est unique, tandis qu'il est multiple dans la situation clinique habituelle ; les objectifs diffèrent

également, objectifs spécifiques de recherche dans un cas, objectifs du patient dans l'autre ; les traitements sont formalisés dans un cadre de recherche, alors que le praticien procède à des corrections continues ; la durée du traitement est limitée et fixée *a priori* dans un cas, alors qu'elle n'est pas limitée dans l'autre ; le traitement est, dans un cadre de recherche, attribué de façon aléatoire à un patient, sans intervention du médecin, alors qu'il s'accompagne dans la réalité clinique d'un engagement actif à la fois du patient et du thérapeute ; enfin, l'évaluation du traitement se fait de façon spécifique au terme du traitement pour une recherche, alors que le praticien prend en compte des effets multiples et continus, y compris au-delà de la période du traitement (45).

Ces restrictions méthodologiques n'ôtent cependant rien à l'intérêt des études randomisées et contrôlées, des méta-analyses et des rapports produits dans une perspective EBM. Il s'agit de rester toujours critique face aux résultats produits et de ne pas oublier qu'il s'agit d'une méthode d'évaluation parmi d'autres possibles, notamment celles du clinicien. Il est d'ailleurs important de constater que les résultats produits à ce jour suscitent plus de nouvelles questions qu'ils n'amènent des réponses catégoriques ou définitives.

LES PSYCHOTHÉRAPIES SONT-ELLES EFFICACES ?

Nous disposons actuellement de plusieurs milliers d'études consacrées à la question de l'efficacité absolue des psychothérapies. Leurs résultats peuvent être illustrés par une recherche de très grande qualité réalisée aux États-Unis dans les années 90. Il s'agit du « NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program » (18), financé par le gouvernement américain et qui a fait l'objet de très nombreuses publications. Ce travail a porté sur 250 patients souffrant de dépression majeure, avec la collaboration de 28 psychothérapeutes formés et contrôlés, pratiquant dans des centres reconnus pour la forme de traitement considérée.

Les patients ont été attribués aléatoirement dans 4 groupes : l'un avec un traitement par imipramine et un soutien clinique ; un deuxième traité par une thérapie cognitivo-comportementale ; un troisième traité par une psychothérapie interpersonnelle ; et le dernier groupe traité par placebo pharmacologique et soutien clinique (groupe contrôle). Les patients furent suivis durant une période courte, entre 16 et 20 semaines. En bref, les différentes formes de traitement montrent en moyenne des résultats comparables entre eux et au groupe contrôle, mais supérieurs en terme d'amélioration pour les patients les plus déprimés.

Lambert *et al.* ont repris les différentes méta-analyses publiées sur le sujet de l'efficacité absolue des psychothérapies (29). Ce travail très complet confirme une taille d'effet des psychothérapies par rapport à l'absence de traitement de 0,82, que l'on peut considérer comme importante ; la taille de l'effet des psychothérapies *versus*

traitement placebo est de 0,48 ; et la taille d'effet du placebo *versus* absence de traitement est de 0,42. Exprimé autrement : 70 % des patients profitent clairement de la psychothérapie, 30 % des patients profitent de prises en charge non spécifiques, et 15 % s'améliorent spontanément. En conclusion, on doit admettre que les psychothérapies sont des traitements efficaces.

Il est intéressant d'illustrer l'amplitude d'effet des psychothérapies par comparaison avec d'autres traitements. Ainsi, les bénéfiques de la psychothérapie sont égaux, ou surpassent parfois, certains médicaments antidépresseurs pour les dépressions légères ou modérées (8). Pour les dépressions sévères, les médicaments montrent une légère supériorité (18) et les traitements combinés se montrent les plus efficaces (7).

Le *Number Needed to Treat* (NNT) est un index statistique qui permet de calculer le nombre hypothétique de patients à traiter pour être sûr d'avoir au moins un résultat positif dû spécifiquement au traitement. Le *tableau I* indique le NNT pour différents troubles et permet de montrer que les psychothérapies comptent en moyenne parmi les traitements les plus efficaces en médecine.

TABLEAU I. — NNT de différents traitements.

Diagnostic	Traitements	Résultats	NNT
Dépression majeure	Antidépresseur <i>versus</i> placebo	50 % réduction des symptômes	4
	Psychothérapie interpersonnelle <i>versus</i> soutien clinique	Rémission	5
Boulimie	SSRI <i>versus</i> placebo	Rémission	9
Cholécystite	Cholécystectomie		13
Ulcère gastrique	Médicament antisécrétoire	Récidive saignement	20

En résumé, les psychothérapies sont donc efficaces dans le traitement des troubles psychiatriques. Elles sont d'une efficacité équivalente aux traitements médicamenteux dans les dépressions légères et modérées. Enfin, et de manière générale, elles comptent parmi les traitements les plus efficaces en terme d'amplitude d'effet en médecine.

UNE FORME DE PSYCHOTHÉRAPIE EST-ELLE PLUS EFFICACE QU'UNE AUTRE ?

Ce débat a fait couler beaucoup d'encre en France suite à la publication du rapport de l'INSERM en 2004. Il y est écrit : « [...] il est désormais clair que des différences significatives existent entre les différentes approches. Les effets les plus positifs sont à porter au crédit des approches cognitives et comportementales dans les comparai-

sons globales. » Est-ce aussi clair ? Aussi intéressant que soit ce travail, nous pensons qu'il y a là un glissement évident des faits à une interprétation, peut-être alimentée par l'allégeance de l'un ou l'autre de ses rédacteurs.

On trouve une formulation très différente dans la dernière édition du « *Garfield et Bergin Handbook of Psychotherapy Research* » (29), considérée comme faisant autorité par la très grande majorité des chercheurs en psychothérapie dans la communauté internationale* : « lorsqu'on examine les études de bonne qualité méthodologique qui comparent les différentes orientations thérapeutiques, on doit constater que les différences sont régulièrement faibles ou négligeables »**.

La compilation des méta-analyses permet de confirmer que l'on trouve globalement autant de travaux qui vont dans le sens du rapport de l'INSERM que dans le sens inverse (*tableau II*).

TABLEAU II. — Méta-analyses.

Équivalence	Supériorité
Crits-Christoph <i>et al.</i> (11, 12)	Shapiro et Shapiro (46)
Lipsey et Wilson (34)	Dobson (17)
Luborsky (35, 36)	Gloaguen <i>et al.</i> (20)
Wampold <i>et al.</i> (49)	Anderson (3)
Westen et Morrison (52)	Malik <i>et al.</i> (37)

Comment est-ce possible ? L'échange qui a eu lieu entre le groupe de J. Cottraux et B. Wampold permet de mieux comprendre les dérives possibles dans le domaine des méta-analyses.

- En 1997, Wampold publie une méta-analyse portant sur différents types de psychothérapies qui conforte l'hypothèse de l'équivalence de différentes formes de psychothérapies en termes d'efficacité.

- En 1998, Gloaguen, Cottraux, et Cucherat proposent une autre méta-analyse portant sur la psychothérapie de la dépression qui conclut que les TCC sont supérieures aux autres psychothérapies et au placebo.

- En 2001, Wampold critique l'étude de Gloaguen, Cottraux, Cucherat et Blackburn en raison de l'hétérogénéité de leur groupe de comparaison.

- En 2002, il ré-analyse l'étude de Gloaguen *et al.* en dichotomisant les traitements selon qu'ils sont ou non efficaces de bonne foi (*bona fide*) ; il ne trouve alors pas de différence entre les TCC et les autres psychothérapies.

* Il faut relever la très faible participation de la communauté française au sein de la Society for Psychotherapy Research, que l'on peut considérer comme la société scientifique la plus importante sur le plan international et qui regroupe des chercheurs appartenant à la plupart des écoles de psychothérapie. La francophonie est représentée par le Québec, la Suisse romande et la Belgique.

** Traduction par l'auteur de l'article.

• En 2004, le rapport de l'INSERM exclut la première étude de Wampold en raison de ses présupposés et du fait qu'elle se limiterait à 6 jours.

Que tirer de cet échange ? En premier lieu qu'il faut se garder de trop vite généraliser. En second lieu que les méta-analyses, comme n'importe quelle procédure scientifique, ne sont pas exemptes de biais et laissent la place à plus d'une interprétation.

QUEL EST L'IMPACT DES FACTEURS SPÉCIFIQUES D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE SUR LES RÉSULTATS ?

D'emblée, il s'agit d'une question difficile à traiter sur le plan méthodologique. Chaque école de psychothérapie mettant en avant des paramètres théoriques et techniques qui lui sont spécifiques, il faut donc développer des instruments et des méthodes permettant d'abord de les observer, puis de quantifier leur impact sur les résultats des psychothérapies.

Dans l'étude du NIMH précédemment décrite (« NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program ») les chercheurs ont posé plusieurs hypothèses allant dans le sens d'un lien spécifique entre une forme de traitement et les résultats de celui-ci. À savoir : (1) l'imipramine aura plus d'effet sur les échelles d'endogénéité de la dépression ; (2) les TCC auront un effet spécifique sur les pensées automatiques, évaluées par l'échelle DAS (*Dysfunctional Attitude Scale*) ; (3) les thérapies interpersonnelles auront un effet plus spécifique sur les interactions sociales, et donc sur le score à l'échelle SAS (*Social Adjustment Scale*). Étonnamment, aucune de ces hypothèses n'a été confirmée par les résultats (24).

Une autre recherche portant sur l'impact des facteurs spécifiques a aussi produit des résultats étonnants. Jacobson (1996) a construit un protocole décrit en anglais comme une *dismantling study* : des patients déprimés ont été attribués au hasard entre trois types de psychothérapie : (1) une thérapie comportementale ; (2) la même thérapie comportementale à laquelle s'est ajouté un travail cognitif ; (3) les deux précédents traitements intégrés dans une TCC complète avec un travail sur les schémas de pensée. L'hypothèse émise d'une supériorité des traitements plus complets sur les traitements partiels n'est pas vérifiée : les trois formes de psychothérapies sont également efficaces. Une méta-analyse portant sur 27 études ayant recouru spécifiquement à ce type de méthodologie a confirmé ce résultat négatif (1).

Il existe un autre champ de recherche portant sur la mise en évidence de facteurs spécifiques dans les questions d'indication (*aptitude treatment interaction, ATI*) qui ont pu mieux valider leurs hypothèses portant sur une interaction significative entre certaines caractéristiques des patients (patients résistants ou capables de mieux exprimer leurs difficultés) et le type de traitement (4). Nous ne les détaillerons pas pour souligner seulement que cette question n'est pas moins débattue que celle portant sur l'efficacité comparative d'une méthode par rapport à une

autre et que, pour le moment, nous ne disposons d'aucune conclusion définitive sur le rôle des facteurs spécifiques. Ce qui n'est pas le cas pour les facteurs non spécifiques.

QUEL RÔLE JOUENT LES FACTEURS NON SPÉCIFIQUES ?

Les facteurs qualifiés de non spécifiques sont nombreux : facteurs liés au patient (attentes positives, recherche active d'aide, engagement) ; facteurs liés au thérapeute (aptitudes de base, compétence, expérience) ; processus de changement (acquisition et expérimentation du changement) ; structuration du traitement (adhérence à la théorie, focalisation sur le monde interne) ; éléments relationnels (alliance). Parmi eux, le plus intéressant est clairement l'alliance thérapeutique.

Il existe de nombreuses définitions de l'alliance thérapeutique (23). De manière générale on peut distinguer trois composantes dans l'alliance : le lien affectif entre le patient et le thérapeute, l'entente entre le patient et le thérapeute sur les buts généraux du traitement, et enfin l'entente entre le patient et le thérapeute sur la manière de conduire le traitement et les tâches spécifiques liées au déroulement du traitement. Quel que soit l'instrument, l'évaluation peut reposer sur 3 approches complémentaires : questionnaires auto-administrés, jugements par des experts sur du matériel audio ou vidéo, évaluation par le psychothérapeute. Les patients et les experts ont en général des évaluations concordantes, alors que les thérapeutes évaluent différemment la qualité de l'alliance, probablement parce qu'ils sont partie prenante du processus thérapeutique.

Au cours de l'étude « NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program » déjà citée, l'alliance a été évaluée par des auto-questionnaires et par des experts. Les résultats montrent une corrélation importante entre l'amélioration symptomatique et l'alliance thérapeutique, pour tous les traitements évalués. En terme quantitatif, la contribution à la variance des résultats de l'alliance thérapeutique est plus importante que celle de la méthode de traitement (28). Une méta-analyse exhaustive portant sur 79 études confirme ce résultat (38), soit une corrélation entre alliance et résultat des psychothérapies de 0,22, avec des écarts faibles (min 0,21, max 0,26), valeur qui correspond à une taille d'effet de 0,45.

Trois hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce résultat. La première hypothèse est que l'alliance est un *facteur commun*, un ingrédient actif du processus. Une seconde hypothèse considère l'alliance comme un *facteur potentialisateur*, une condition nécessaire, mais pas suffisante au processus psychothérapeutique. Enfin, l'hypothèse défendue par le groupe de Lausanne assimile l'alliance comme à un *facteur très spécifique*. L'alliance serait une propriété émergente du processus, une composante que l'on ne pourrait observer et mettre en évidence que de l'extérieur, et non pas un paramètre clinique que le psychothérapeute pourrait imaginer maîtriser dans une perspective technique ou stratégique (14).

Dans une étude menée à Lausanne (13), 93 sujets ont été traités au moyen d'une Intervention Psychodynamique Brève (IPB). Le premier entretien a été évalué à l'aide de l'Échelle de Compétence du thérapeute (48). Les résultats ont montré que la compétence, dans le modèle de psychothérapie utilisé, n'est pas directement liée à l'évolution symptomatique, ce qui signifie qu'on ne peut pas déduire de la compétence du thérapeute que le traitement sera efficace. En revanche, la compétence du thérapeute est corrélée à l'alliance, et l'alliance thérapeutique est elle-même corrélée aux résultats du traitement : l'alliance thérapeutique apparaît donc comme une variable intermédiaire entre la technique du thérapeute et le résultat de la psychothérapie. Des corrélations partielles montrent ainsi un lien entre compétence, alliance et résultat : la contribution de la compétence du thérapeute sur la variance du résultat est nulle, celle de la compétence sur l'alliance est de 0,06, et celle de l'alliance sur le résultat est de 0,08.

Deux autres études ont évalué l'impact des interventions du thérapeute dans le développement de l'alliance thérapeutique. Les résultats montrent que les *interventions de soutien* ne sont pas associées au développement de l'alliance thérapeutique ; en revanche, les *interprétations* sont associées au développement de l'alliance pour autant qu'elles sont ajustées au niveau défensif (16), qu'elles sont précises quant aux conflits intrapsychiques et aux défenses du patient (27), et enfin qu'elles soulignent spécifiquement la conflictualité intrapsychique du sujet. Ce sont donc trois paramètres techniques **très spécifiques** qui sont, dans ces deux études, associés au développement de l'alliance, alors que les facteurs associés traditionnellement au soutien ne le sont pas. Comme dans la plupart des études, l'alliance contribue, de manière globale, à 6 % de la variance du résultat (pour une corrélation de 0,25 entre alliance et résultat).

L'alliance est associée aux résultats des psychothérapies, mais elle ne semble fonctionner ni comme un facteur commun, ni comme un facteur potentialisateur, mais bien plutôt comme un facteur très spécifique. À ce titre, il ne serait donc pas possible de faire de l'alliance un paramètre clinique ou de l'inclure dans la technique psychothérapique. Dans chaque forme de psychothérapie, le thérapeute aurait une manière différente de construire l'alliance, et l'alliance permettrait d'évaluer si le processus psychothérapique se développe correctement (14). L'alliance serait donc d'abord un paramètre de recherche qui permettrait de mieux différencier le rôle joué par la technique au sein de chaque modèle de psychothérapie. De la question de l'alliance thérapeutique débouche celle du rôle joué par le psychothérapeute.

QUEL EST L'IMPACT DU PSYCHOTHÉRAPEUTE SUR LES RÉSULTATS DES PSYCHOTHÉRAPIES ?

Une autre publication associée au « NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program » (6) a réparti les 28 thérapeutes de l'étude en trois sous-groupes, selon que l'efficacité de leur prise en charge était fai-

ble, moyenne ou élevée. Les résultats montrent que le thérapeute joue un rôle beaucoup plus marquant que le type de psychothérapie : l'efficacité est indépendante du type de traitement et de l'expérience. De plus, les thérapeutes les plus efficaces recourent moins souvent à la pharmacothérapie et aux ECT et plus souvent à la psychothérapie seule. Enfin, les thérapeutes efficaces estiment qu'un plus grand nombre de séances est nécessaire.

La méta-analyse réalisée en 1991 par Crits-Christoph *et al.* porte sur 15 études publiées entre 1965 et 1990. Confirmant les données de Blatt *et al.* (6), elle montre que le thérapeute contribue en moyenne à 8,6 % de la variance pour tous les traitements et toutes les mesures (minimum 0, maximum 48,7 %), mais que le *type de traitement* ne joue pas de rôle quant à l'effet du thérapeute (analyse de régression multiple).

Indépendamment des écoles et de l'expérience, le talent du psychothérapeute joue donc un rôle crucial. Ce n'est certes pas un constat très original, mais il est cependant difficile d'en tirer des implications pratiques. Comment mettre en évidence cette compétence personnelle du psychothérapeute ? Est-il possible de mieux sélectionner les futurs professionnels ? Et sur quelles bases ? Les questions sont non seulement scientifiques, mais déontologiques et éthiques. Sur le plan de la recherche, il est cependant possible de mieux veiller à intégrer ce facteur, dans le choix de thérapeutes expérimentés et reconnus et dans l'analyse des données.

CONCLUSION

Le *tableau III* résume les différentes questions que nous avons traitées et rapporte pour chacune d'elle une estimation de son amplitude exprimée en taille d'effet et en contribution à la variance des résultats exprimés*.

Sur la base d'une telle description, Wampold (49) défend ce qu'il dénomme *modèle contextuel* du processus psychothérapique, par opposition au *modèle médical*. Le modèle contextuel met en avant le rôle significatif du contexte de soin, la relation thérapeutique et la nécessité d'une théorie commune au patient ou au thérapeute (explication, concept, mythe) par opposition à la nécessité d'une théorie scientifique relative au trouble traité. Ce modèle met aussi plus l'accent sur les facteurs communs que sur les facteurs spécifiques.

Cette manière de poser le débat conduit à reformuler les questions que l'on estime essentielles dans l'évaluation des psychothérapies. Wampold (49) estime que la mise sur pied de protocoles visant à établir la supériorité d'une psychothérapie sur une autre est une perte de temps et d'argent. Pour progresser, il faudrait renoncer à réfuter l'hypothèse d'une efficacité analogue des psychothérapies à tout prix. Il faudrait limiter les études comparatives simples, abolir le recours exclusif aux traitements basés sur les preuves et surtout mieux étudier les traitements

* Indice statistique, qui correspond au carré d'une corrélation.

TABLEAU III. — Synthèse des résultats.

Questions	Paramètre	Méthode	Taille de l'effet	Variance r^2
1. Effets des psychothérapies	Efficacité absolue	ttt v. contrôle	0,80	13 %
2. Traitements	Efficacité relative	ttt A v. ttt B	0,00 à 0,20	0 % à 1 %
3. Paramètres spécifiques	Effets spécifiques	Complexe	0,00	0 %
4. Facteurs communs	Effet placebo	Placebo v. contrôle	0,40	4 %
	Alliance	Corrélation	0,45	5 %
5. Effets du thérapeute	Compétence personnelle	Complexe	0,60	9 %

existants. Il serait aussi justifié de prendre en compte autant l'efficacité (*effectiveness*) que l'efficacé (*efficacy*), d'étudier les paramètres à l'origine de la variance inexplicé et d'évaluer les aspects dynamiques du processus. Enfin, il plaide pour une meilleure compréhension du rôle joué par les facteurs spécifiques et les facteurs non spécifiques dans le processus psychothérapique.

Sur le plan méthodologique, si l'on veut contrôler le plus possible le biais d'allégeance, il est impératif de développer des protocoles regroupant des chercheurs et des cliniciens de plusieurs écoles de psychothérapies, et de n'étudier que ce qui est pertinent, à savoir des psychothérapies conduites par des psychothérapeutes reconnus et expérimentés pratiquant la méthode de leur choix dans un environnement favorable. Il n'est pas admissible de recourir dans une recherche portant sur l'évaluation des résultats à des psychothérapeutes en formation, à moins que l'étude ne porte spécifiquement sur la formation. Il n'est pas correct non plus de faire pratiquer une méthode de psychothérapie par des psychothérapeutes dont ce n'est pas le modèle habituel de travail, même s'ils y sont formés.

Sur le plan clinique, il s'agit de favoriser le traitement qui répond explicitement aux attentes du patient, de mieux former et sélectionner les psychothérapeutes, d'intégrer l'allégeance du psychothérapeute à sa méthode et de garder une relation souple aux manuels, dont on sait que l'application trop stricte a des effets délétères sur le processus psychothérapique (21). Lambert *et al.* (30) s'est beaucoup intéressé à la prévention des évolutions négatives en cours de psychothérapies, dont on sait qu'elles peuvent toucher entre 5 et 10 % des processus. Même pour des psychothérapies intensives et de longue durée comme les psychanalyses, l'étude menée en Allemagne par Leuzinger-Bohleber *et al.* (32) met en évidence une proportion de 4 % de patients qui vont clairement plus mal après leur traitement.

Ce parcours reste partiel, et partial. Hormis l'efficacité absolue des psychothérapies que l'on peut considérer comme admise, les questions liées à l'efficacité comparative et à l'impact des facteurs spécifiques font débats. Si le rôle de l'alliance thérapeutique est admis, sa fonction dans le processus psychothérapique reste à étudier de manière plus détaillée. Enfin, la contribution décisive des qualités personnelles du psychothérapeute, quelle que soit l'école à laquelle il appartient, est rassurante et remet au premier plan la dimension humaine du processus psy-

chothérapique. Elle n'en reste pas moins aussi complexe que délicate à prendre en compte sur le plan pratique.

QUESTIONS/RÉPONSES

Q. – L'effet placebo, dans le domaine de la psychothérapie, en particulier psychanalytique, peut-il être différencié de la suggestion ?

R – Les essais randomisés contrôlés ne cherchent pas à établir ce qui est efficace d'une manière générale, mais elles visent à savoir si une technique de soin (médicament) a un effet spécifique. Or le contexte de soin fait partie intégrante du traitement dont profitent les patients. Par exemple, l'amélioration des éléments généraux des traitements est sans doute en grande partie à l'origine d'une augmentation de l'effet placebo observée dans les essais d'anti-dépresseurs, et donc de la plus grande difficulté à mettre en évidence une différence significative de celles-ci par rapport au placebo. À ce titre, la suggestion est certainement une composante de tous les traitements, psychothérapiques et non psychothérapiques. Le fait qu'elle fasse l'objet d'un travail interprétatif *via* le transfert ne la supprime pas, mais l'intègre dans un processus de changement plus global.

Q – Quelle est la place de la conviction du thérapeute dans l'efficacité des traitements ?

R – La question de la croyance est particulièrement délicate dans le champ de la psychothérapie. La croyance qui entre en jeu dans le fait de choisir d'utiliser une théorie clinique n'est pas du domaine du réfutable : il s'agit pourtant d'un instrument thérapeutique essentiel. Toutefois, cela ne signifie pas que n'importe quelle croyance en n'importe quelle théorie ou technique a des effets bénéfiques : certaines psychothérapies semblent intrinsèquement moins efficaces. On peut citer une méta-analyse récente qui ne permet pas de différencier l'homéopathie de l'effet placebo.

Dans le domaine de la recherche, de la même façon, il existe des méthodes différentes, mais le chercheur doit « croire » à sa méthode. Par exemple dans le domaine des mathématiques, un théorème est considéré comme démontré lorsque la communauté des chercheurs en

mathématiques considère qu'il l'est : il n'existe pas de critère objectif de la validité d'un théorème.

Q – Quelle est la place des facteurs culturels du thérapeute et du patient dans l'efficacité d'une psychothérapie ?

R – Une partie de l'influence des facteurs culturels se retrouve dans la détermination de l'alliance thérapeutique, qu'on définit comme l'instauration d'un climat affectif d'entente mutuelle, d'accord sur les objectifs, et d'accord sur la manière de travailler.

Les facteurs culturels au sens strict ont été étudiés : plus grande est la proximité culturelle entre le thérapeute et le patient, plus il est facile de développer l'alliance thérapeutique. Des études aux États-Unis, où une grande importance est accordée aux facteurs ethniques, ont montré qu'une grande différence ethnique ou culturelle entre patient et thérapeute rend plus difficile la constitution d'une alliance de travail.

Dans le domaine des facteurs spécifiques, ce point soulève également la question de savoir s'il est possible de choisir un type de psychothérapie (psychanalytique, systématique, cognitive...) pour un type de patient ou de problématique : toutes les études pratiquées dans ce but ont eu de grandes difficultés à confirmer de telles hypothèses.

Le seul facteur que l'on considère aujourd'hui comme robuste est le fait de proposer au patient le type de traitement qu'il souhaite. Dans la recherche soutenue par la NIH et que nous avons citée, il avait été demandé aux patients, sans que cela ne modifie l'attribution aléatoire, quel type de traitement ils auraient choisi s'ils avaient eu le choix : les résultats ont montré une bonne corrélation entre les résultats du traitement et le fait que les patients avaient reçu, lors du tirage au sort, le traitement qu'ils auraient eux-mêmes choisi.

Cela dit, il est évidemment possible de travailler spécifiquement sur les facteurs culturels pour autant que l'on s'en donne les moyens, sur le plan théorique comme sur le plan technique.

Q – Comment prendre en compte, parallèlement à l'évaluation des psychothérapies, l'évaluation du psychothérapeute ?

R – Les résultats de très nombreuses recherches montrent que la qualité du psychothérapeute joue un rôle supérieur à celui du type de traitement. De plus, il semble que les qualités personnelles du psychothérapeute ont plus d'impact en valeur absolue que celles qu'il peut acquérir dans sa formation ou grâce à son expérience. Cette question a évidemment des implications politiques, éthiques ou de santé publique : peut-on choisir les futurs thérapeutes que l'on va former en fonction de certaines qualités *a priori* ? Existe-t-il même des critères qui permettraient de les déterminer ? Je resterai très prudent.

Références

1. AHN H, WAMPOLD BE. Where oh where are the specific ingredients ? A meta analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counseling Psychology* 2001 ; 48 : 251-7.
2. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Task Force on Psychological Intervention Guideline. Washington DC, 1995.
3. ANDERSSON G. On Alice in Wonderland, statistics, and whether CBT should take the prize. *Scandinavian. J Beh Therapy* 2000 ; 29 : 1-4.
4. BEUTLER LE, MOLEIRO C, MALIK M *et al.* A Comparison of the Dodo, EST, and ATI Factors among Comorbid Stimulant-dependent, Depressed Patients. *Clin Psychol Psychother* 2003 ; 10 : 69-85.
5. BILSKER, GOLDNER. Evidence based psychiatry. *Can J Psychiatry* 1995 ; 40 : 97-101
6. BLATT SJ, SANISLOW III CA, ZUROFF DC *et al.* Characteristics of effective therapists. Further Analyses of Data From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996 ; 64 : 1276-84.
7. BURNAND Y, ANDREOLIA, KOLATTE E *et al.* Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services* 2002 ; 53 : 585-90.
8. CASACALENDA N, PERRY JC, LOOPER K. Remission in major depressive disorder : A comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control condition. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 1354-60.
9. CHAMBLESS *et al.* An update on empirically validated therapies I. *Am Psychologist* 1996 ; 49 : 5-18.
10. CHAMBLESS *et al.* An update on empirically validated therapies II. *Am Psychologist* 1998 ; 51 : 3-15.
11. CRITS-CHRISTOPH P, CARROLL K, PERRY K *et al.* Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1991 ; 1 : 81-91.
12. CRITS-CHRISTOPH P, CARROLL K, PERRY K *et al.* Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research* 1991 ; 1 (2) : 81-91.
13. CURRAT T, DESPLAND JN, DRAPEAU M *et al.* How many years are required for developing competence for a very brief form of psychotherapy ? A pilot study. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* (sous presse).
14. DE ROTEN Y, MICHEL L, DESPLAND JN. La recherche sur le processus psychothérapeutique : l'exemple du modèle de l'adéquation. *Pour la Recherche* 2005 ; 44 : 11-3.
15. DEPARTMENT OF HEALTH. Treatment choice in psychological therapies and counselling. Evidence-based clinical practice guideline (GB), 2001.
16. DESPLAND JN, DE ROTEN Y, DESPARS J *et al.* Contribution of patient Defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a Brief Psychodynamic Investigation. *J Psychother Pract Research* 2001 ; 10 : 155-64.
17. DOBSON K. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989 ; 57 : 414-9.
18. ELKIN I, SHEA MT, WATKINS JT *et al.* National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989 ; 46 : 971-82.
19. FERRERO F, BESSON J, DESPLAND JN. Nouvelles thérapies : origines et développements récents. *Encyclopédie Médico-chirurgicale* (Paris-France). *Psychiatrie* 1995 ; 37-820-A-60.
20. GLOAGEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M *et al.* A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disorders* 1998 ; 49 : 59-72.
21. HENRY W, SCHACHT T, STRUPP HANS H *et al.* Effects of Training in Time-Limited Dynamic Psychotherapy : Mediators of Therapists' Responses to Training. *J Cons Clin Psychol* 1993 ; 61 : 441-7.
22. HOLLON SD, DE RUBEIS RJ, SHELTON R *et al.* Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005 ; 62 (4) : 417-22.
23. HORVATH AO. The Therapeutic Relationship : From Transference to Alliance. *Psychotherapy in practice* 2000 ; 56 : 163-73.
24. IMBER D, PILKONIS PA, SOTSKY MA *et al.* Mode-Specific Effects Among Three Treatments for Depression. *J Consult Clin Psychol* 1990 ; 58 (3) : 352-9.

25. INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM). *Psychothérapies. Trois approches évaluées*. Paris, 2004.
26. JAKOBSON NS, BOBSON KS, TRUAX PA *et al.* A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *J Consult Clin Psychol* 1996 ; 64 (2) : 295-304.
27. JUNOD O, DE ROTEN Y, MARTINEZ E *et al.* How to address patients' defenses : A pilot study on the accuracy of defense interpretations and alliance. *Psychology and Psychotherapy, Theory. Res Pract* 2005 ; 78 (4) : 419-30.
28. KRUPNICK JL, SOTSKY SM, SIMMENS S *et al.* The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome : Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996 ; 64 (3) : 532-9.
29. LAMBERT MJ, OGLES BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. *In* : Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th Ed.). New York : Wiley, 2004.
30. LAMBERT MJ, HANSEN MB, FINCH AE. Patient-focused research : Using patient outcome data to enhance treatment effects. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 (2) : 159-72.
31. LEICHSENRING F. Randomized controlled *versus* naturalistic studies : A new research agenda *Bulletin of the Menninger Clinic* 2004 ; 68 : 137-51.
32. LEUZINGER-BOHLEBER M, TARGET M. *Outcomes of psychoanalytic treatment*. London : Whurr Publisher, 2002.
33. LEXCHIN J, BERO LA, DJULBEGOVIC B *et al.* Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality : systematic. *Br Med J* 2003 ; 326 : 1167-70.
34. LIPSEY MW, WILSON DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol* 1993 ; 48 : 1181-209.
35. LUBORSKY L, DIGUER L, LUBORSKY E *et al.* The efficacy of dynamic *versus* other psychotherapies : Is that true that « everyone has won and all must have prizes ? » – An update. *In* : Janowsky DS, ed. *Psychotherapy indications and outcomes*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1999.
36. LUBORSKY L, DIGUER L, SELIGMAN DA *et al.* The researcher's own therapy allegiances : A « wild card » in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract* 1999 ; 6 (1) : 95-105.
37. MALIK ML, BEUTLER LE, ALIMOHAMED S *et al.* Are all cognitive therapies alike ? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *J Cons Clin Psychol* 2003 ; 71 : 150-8.
38. MARTIN DJ, GRASKE JP, DAVIS K. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables : A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2000 ; 68 (3) : 438-50.
39. NATHAN PE. The Evidence Base for Evidence-Based Mental Health Treatments : Four Continuing Controversies. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2004 ; 4 : 243-54.
40. NAYLOR CD. Grey zones of clinical practice : some limits to evidence-based medicine. *The Lancet* 1995 ; 345 : 840-2.
41. NICHOLSON RA, BERMAN JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy ? *Psychol Bulletin* 1983 ; 93 : 261-78.
42. ROSENTHAL R, DIMATTEO MR. Meta-analysis : Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. *Ann Rev Psychol* 2001 ; 52 : 59-82.
43. SACKETT DL. The Cochrane Collaboration. *ACP Journal Club* 1994 : 120.
44. SACKETT DL, HAYNES RB, GUYATT GH *et al.* *Clinical epidemiology : a basic science for clinical medicine*. 2nd ed. Boston, Mass : Little Brown & Co Inc, 1991.
45. SELIGMAN MEP. The effectiveness of psychotherapy : The Consumer Reports study. *Am Psychol* 1995 ; 50 : 965-74.
46. SHAPIRO DA, SHAPIRO D. Meta-analysis of computative therapy outcome studies. A replication and refinement. *Psychol Bull* 1982 ; 92 : 581-604.
47. SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977 ; 32 : 752-60.
48. TADIC M, DRAPEAU M, DESPLAND JN *et al.* Development of a competence scale for brief dynamic investigation. *Swiss Arch Neurol Psychiatry* 2003 ; 154 (1) : 28-36.
49. WAMPOLD BE. *The great psychotherapy debate : Models, Methods, and findings*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum, 2001.
50. WAMPOLD BE, MINAMI T, BASKIN TW *et al.* A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy *versus* « other therapies » for depression. *J Affect Disorders* 2002 ; 68 : 159-65.
51. WAMPOLD BE, MONDIN GW, MOODY M *et al.* A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies : Empirically « all must have prizes ». *Psychol Bull* 1997 ; 122 : 203-15.
52. WESTEN D, MORRISON K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder : An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Cons Clin Psychol* 2001 ; 69 : 875-99.