

12

Bilan des études d'évaluation par pathologie

Ce chapitre présente la synthèse des études d'évaluation (exposées de façon détaillée dans les chapitres précédents) pour chaque type de pathologie et dans l'état actuel des données scientifiques publiées. Selon la qualité méthodologique des études et le niveau de preuve scientifique qu'elles apportent, les approches psychothérapeutiques qui ont démontré leur efficacité, voire de leur supériorité sur les autres approches ont été retenues. Nous rendons également compte des résultats négatifs et de leur niveau de preuve scientifique lorsque des données sont disponibles.

Schizophrénie

Nous avons distingué deux situations cliniques : celle des patients en phase aiguë ou hospitalisés et celle des patients traités par neuroleptiques et stabilisés.

Le tableau 12.1 présente les études retenues pour l'évaluation des différentes approches psychothérapeutiques chez les personnes schizophrènes.

Tableau 12.1 : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les schizophrénies

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Revue systématique
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Malmberg et Fenton, 2001	Fenton, 2000
Thérapies cognitivo-comportementales	Benton et Schroeder, 1990 Corrigan, 1991 Wunderlich et coll., 1996 Cormac et coll., 2002	
Thérapies familiales	Mari et Streiner, 1994 Wunderlich et coll., 1996 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	
Autres psychothérapies : psycho-éducation	Pekkala et Merinder, 2000 Pharoah et coll., 2000 Pitschel-Waltz et coll., 2001	

Sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés

Trois méta-analyses évaluent différentes approches psychothérapeutiques chez ces sujets (tableau 12.II).

Tableau 12.II : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes en phase aiguë ou hospitalisés

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Mari et Streiner, 1994 <i>Méta-analyse</i> note : 3/7	Thérapies familiales (TF) 6 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TF <i>versus</i> contrôle : diminution du nombre de rechutes à 6 et 9 mois et à 2 ans Chez les sujets hospitalisés, effet des thérapies familiales sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Malmberg et Fenton, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies psychodynamiques (TP) 3 études Patients hospitalisés	TP individuelle <i>versus</i> trt. NL (1 étude) : moins bon niveau de santé à 2 ans pour TP TP individuelle + trt NL <i>versus</i> trt NL seul (1 étude) : pas de différence TP individuelle <i>versus</i> T cognitive (1 étude) : pas de différence TP individuelle <i>versus</i> de groupe (1 étude) : pas de différence Très peu d'études éligibles pour cette analyse, seules 3 études anciennes ont pu être incluses. Les différentes comparaisons ne peuvent utiliser à chaque fois que les données d'une seule étude. Chez les sujets hospitalisés, pas d'avantage démontré pour la TP sur l'évolution clinique des sujets
Cormac et coll., 2002 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 13 études Patients hospitalisés et traités par neuroleptiques	Groupe TC <i>versus</i> contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital ; état mental global meilleur à 6 mois mais pas à un an Chez les sujets hospitalisés, effet à court terme et modéré des thérapies cognitives en association au traitement neuroleptiques

Celle de Mari et Streiner (1994) évaluait l'efficacité d'interventions familiales cognitivo-comportementales (thérapie familiale orientée sur la crise, thérapie familiale à domicile, programmes éducationnels) dans la prévention des rechutes chez des patients schizophrènes en phase aiguë et rassemblait les résultats de 6 essais randomisés. Elle montrait une augmentation de la compliance à la chimiothérapie et une diminution des hospitalisations au cours du temps dans le groupe ayant bénéficié d'une approche familiale. Le risque de rechute s'accroissait avec le temps, mais était nettement plus élevé

dans les groupes contrôles. À 9 mois, il était de 6 à 41 % et à 2 ans, de 14 à 33 %. Ces résultats à 9 mois étaient nettement moins bons si l'on tenait compte des abandons de traitement et ne concernaient que les patients vivant dans un environnement familial à émotion exprimée (EE) élevée. Une intervention familiale était, de plus, nécessaire pour 2 patients sur 5 pour prévenir une rechute lors du suivi à 9 mois. Cette méta-analyse n'a pas établi le rôle des interventions familiales sur les changements dans l'état d'EE familiale.

La méta-analyse de Malmberg et Fenton (2001) ne retenait que 3 études randomisées anciennes (1972, 1976 et 1984) et de méthodologies disparates. Les sujets étaient hospitalisés ou sortant d'une hospitalisation et, selon les études, la psychothérapie analytique individuelle était comparée à une autre psychothérapie d'inspiration cognitive, au traitement médicamenteux ou à une thérapie psychodynamique de groupe. Les critères d'évaluation étaient la sortie d'hospitalisation, le taux de suicide et de rechute et le niveau global de santé évalué par les soignants à distance (de 20 mois minimum à 5 ans). Les différentes comparaisons n'ont pu être effectuées à chaque fois qu'à partir des données d'une seule étude. Cette analyse montrait que, dans cette population, la thérapie psychodynamique individuelle était comparable à la thérapie psychodynamique de groupe ou à la thérapie cognitive, même si les patients du groupe thérapie psychodynamique demeuraient plus longtemps dans l'étude. Comparée au traitement neuroleptique, son effet était significativement inférieur sur le niveau global de santé à deux ans et associée aux neuroleptiques, elle ne montrait pas de supériorité comparée au traitement médicamenteux utilisé seul. Cette méta-analyse n'a donc pas permis de montrer l'efficacité des thérapies analytiques chez les patients schizophrènes hospitalisés.

La méta-analyse de Cormac et coll. (2002) évaluait les effets des thérapies cognitives à partir de 13 études récentes et concernait des patients en phase aiguë traités par neuroleptiques. Comparée au traitement standard, la thérapie cognitive ne réduisait pas nécessairement le taux de rechute et d'admission à l'hôpital mais permettait une sortie plus rapide des patients de l'hôpital. A 13 et 26 semaines (mais pas après un an), l'amélioration globale de l'état mental était significativement meilleure dans le groupe traité par thérapie cognitive.

Sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

En ce qui concerne la prise en charge psychothérapique en ambulatoire des schizophrénies chroniques, l'approche cognitivo-comportementale, intégrée dans des programmes psycho-éducatifs, est, à ce jour, la seule pour laquelle des résultats positifs ont été établis, à court et moyen terme, sur le taux de rechutes, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des sujets.

Plusieurs méta-analyses ont confirmé les résultats des programmes de développement des habiletés sociales chez les patients ou de gestion des rechutes chez leurs proches.

La méta-analyse de Benton et Schroeder (1990) portait sur 27 études effectuées entre 1972 et 1988 et concernait le développement des compétences sociales des sujets schizophrènes (thérapies comportementales), traités par ailleurs par neuroleptiques (tableau 12.III). Elle montrait l'efficacité de ces interventions sur les mesures comportementales des compétences sociales par rapport au groupe contrôle et quatre études rapportaient les résultats positifs d'un suivi (de 1 à 9 mois).

Tableau 12.III : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Benton et Schroeder, 1990 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies comportementales (TC) 27 études Patients traités par neuroleptiques	Groupe TC <i>versus</i> contrôle : amélioration des compétences sociales. Maintien des résultats lors du suivi (1 à 9 mois) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, en association au traitement neuroleptique
Corrigan, 1991 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) 73 études Patients psychotiques comparés à des sujets non psychotiques	Comparaison entre groupes : réduction des symptômes et amélioration des compétences sociales dans tous les groupes, maintien du résultat à 5 mois (1 mois à 2 ans) Effet des thérapies comportementales sur l'acquisition d'habiletés sociales, y compris chez les sujets non psychotiques
Wunderlich et coll., 1996 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) et Psycho-éducation familiale (PEF) 31 études Patients traités par neuroleptiques	Comparaison : intervention <i>versus</i> non intervention et diverses thérapies spécifiques <i>versus</i> contrôle Groupe TC <i>versus</i> contrôle : sortie plus rapide de l'hôpital Amélioration de la gestion des émotions et du comportement pour les sujets traités <i>versus</i> contrôle. Les meilleurs résultats concernent la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive
Pharoah et coll., 2000 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 12 études	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an et 2 ans Effet de la psycho-éducation familiale sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique

Tableau 12.III (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les sujets schizophrènes stabilisés ou suivis en ambulatoire

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Pekkala et Merinder, 2000 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Psycho-éducation (PE) 10 études	Groupe psycho-éducation <i>versus</i> contrôle : diminution du taux de rechute à 9 et 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Pitschel-Walz et coll., 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Psycho-éducation familiale (PEF) 25 études	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : diminution du taux de rechute à 1 an, PEF = PE (patient) = PEF + PE (patient) Effet de la psycho-éducation familiale et de la psycho-éducation des patients sur le taux de rechute, en association au traitement neuroleptique
Fenton, 2000 <i>Revue systématique</i>	Thérapies psychodynamiques (TP) individuelles 14 études	Inefficacité des TP utilisées seules Pas de bénéfice démontré de l'association TP + trt. NL sur trt. NL seul Pas d'avantage démontré pour les TP sur l'évolution clinique des sujets

La méta-analyse de Corrigan (1991) regroupait 73 études de développement des habiletés sociales dans quatre populations d'adultes (troubles du développement, psychotiques, non-psychotiques et délinquants) entre lesquelles elle ne montrait pas de différence dans les résultats. Tous les sujets avaient acquis, et maintenu sur une période moyenne de cinq mois (1 mois à 2 ans), de façon comparable les habiletés visées par les traitements.

La méta-analyse de Wunderlich et coll. (1996) portait sur 31 études évaluant l'influence de diverses méthodes d'intervention psychosociales (thérapies cognitivo-comportementales, thérapies psychodynamiques et interventions familiales) chez des patients schizophrènes traités par neuroleptiques. Ces interventions s'avéraient efficaces dans leur globalité sur la gestion des émotions et les comportements, avec une durée de suivi pouvant aller jusqu'à 5 ans mais les effets les plus marqués concernaient la psycho-éducation familiale et la thérapie cognitive.

Douze études randomisées, comparant les effets de divers types d'interventions psychosociales (psycho-éducation familiale) dans les familles de sujets schizophrènes comparés à des contrôles, étaient retenues dans la méta-analyse de Pharoah et coll. (2000). Le résultat principal était la réduction du taux de rechute à 1 et 2 ans chez les patients dont la famille avait bénéficié d'une prise en charge psychosociale. Une tendance à l'amélioration de la compliance au traitement était retrouvée chez ces mêmes patients.

La méta-analyse de Pekkala et Merinder (2000) incluait 10 études randomisées et comparait les effets de différents types d'interventions psycho-éducatives auprès de sujets schizophrènes comparés à des contrôles. Le résultat principal était, là encore, la réduction du taux de rechute à 9 et 18 mois chez les patients ayant bénéficié d'une prise en charge psychoéducative. La disparité des données ne permettait pas aux auteurs de tirer d'autres conclusions valides de leur travail.

La méta-analyse de Pitschel-Walz et coll. (2001) rassemblait 25 études randomisées concernant des programmes d'intervention destinés aux proches pour les aider à faire face à la maladie du patient (psycho-éducation familiale). Les critères d'évaluation étaient le taux de rechute et de réhospitalisation à un an. Le taux de rechute était diminué de 20 % dans le groupe expérimental *versus* contrôle et était plus marqué si les interventions familiales duraient plus de 3 mois. L'association d'un soutien psychosocial aux proches au traitement médicamenteux du patient avait un effet significativement supérieur au traitement médical standard seul. Les effets des interventions familiales et des interventions d'ensemble pour le patient étaient comparables, mais leur association ne montrait pas de résultat supérieur à leur effet pris isolément.

La revue systématique de Fenton (2000), dans une approche historique de l'évolution des psychothérapies individuelles dans la schizophrénie, détaillait les études randomisées. Même associées au traitement neuroleptique, les approches psychodynamiques « classiques » n'ont pas pu établir de façon claire leur efficacité dans la schizophrénie. L'évolution de la pratique vers la définition de cibles et une adaptation spécifique de la méthode aux différentes phases de la maladie permettrait de définir des « psychothérapies flexibles » plus adaptées aux perspectives cliniques actuelles et qui se prêteraient de façon plus adéquate à des objectifs de recherche.

Les données de la méta-analyse de Mojtabai (1998) n'apportent pas d'argument supplémentaire. Elle évaluait à travers 106 études (dont 60 réalisées chez des patients schizophrènes hospitalisés) les effets du traitement psychosocial (quel qu'en soit le type) associé ou non au traitement pharmacologique. La taille d'effet la plus importante concernait l'association d'un traitement psychosocial et pharmacologique mais aucune conclusion ne peut être tirée pour un type d'intervention en particulier.

En résumé, concernant les sujets atteints de schizophrénie en phase aiguë ou hospitalisés, les thérapies familiales, associées aux antipsychotiques, semblent donc les plus efficaces (sur le taux de rechute à 2 ans).

Concernant les patients schizophrènes stabilisés et suivis en ambulatoire, les thérapies cognitivo-comportementale, en association au traitement médicamenteux, sont efficaces sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions. L'approche psycho-éducative, familiale ou centrée

sur le patient, associée au traitement médicamenteux est efficace sur le taux de rechute à 2 ans.

Les comparaisons directes entre les diverses approches thérapeutiques, quant à elles, ont permis d'établir la supériorité en terme d'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et de l'approche psycho-éducative par rapport aux autres psychothérapies.

Troubles dépressifs

Nous avons distingué le trouble bipolaire (maniaco-dépressif) des troubles dépressifs (récurrents ou non) et les dépressions en fonction de leur intensité. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.IV.

Tableau 12.IV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Robinson et coll., 1990 McCusker et coll., 1998 Pinquart et Sørensen, 2001	Burnand, 2002
Thérapies cognitivo-comportementales	Dobson, 1989 Robinson et coll., 1990 Stuart et Bowers, 1995 Thase et coll., 1997 Engels et Vermey, 1997 McCusker et coll., 1998 Gloaguen et coll., 1998 Pinquart et Sørensen, 2001	
Thérapies familiales		Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Miklowitch et coll., 2000 Leff et coll., 2000
Autres psychothérapies	Thérapies interpersonnelles : Robinson et coll., 1990 Thase et coll., 1997	Psycho-éducation : Glick et coll., 1985 Clarkin et coll., 1998 Perry et coll., 1999

Troubles bipolaires

L'étude contrôlée et randomisée de Clarkin et coll. (1998) visait à évaluer les effets d'une intervention conjugale psycho-éducative pour des patients présentant un trouble bipolaire (tableau 12.V). Le suivi était de 11 mois. Dans le groupe des patients participant à l'intervention conjugale psycho-éducative, ont été mises en évidence des améliorations significatives du

Tableau 12.V : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles bipolaires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Clarkin et coll., 1998 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Psycho-éducation familiale (conjugale) (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement Suivi : 11 mois	Groupe intervention conjugale <i>versus</i> contrôle : amélioration du fonctionnement global et de la compliance au traitement médicamenteux. Pas de différence sur la symptomatologie Effet de la psycho-éducation conjugale sur le fonctionnement et la compliance, en association au traitement médicamenteux
Perry et coll., 1999 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Psycho-éducation (PE) Prévention des récurrences 69 patients Patients sous traitement médicamenteux Suivi : 18 mois	Groupe psycho-éducation <i>versus</i> contrôle : diminution du délai de survenue des rechutes maniaque mais non dépressives, diminution du nombre de rechutes maniaques mais non dépressives à 18 mois. Amélioration du fonctionnement global à 18 mois Effet de la psycho-éducation des patients sur le nombre et le délai de survenue des rechutes maniaques mais non dépressives, en association au traitement neuroleptique
Miklowitz et coll., 2000 note : 7/10	Psycho-éducation centrée sur la famille (PEF) (31 patients) <i>versus</i> traitement par quelques séances limitées d'éducation familiale et gestion de crise, GC (70 patients) Patients sous traitement médicamenteux	Groupe PEF <i>versus</i> GC A 1 an, taux de rechute inférieur ($p = 0,037$) dans le groupe PEF (29 % <i>versus</i> 53 %) Après un an de traitement : le groupe PEF est associé à une stabilisation plus importante des symptômes dépressifs (SADS-C) mais pas des épisodes maniaques Amélioration la plus importante se retrouve chez les patients d'EE élevées dans le groupe PEF

fonctionnement global et de la compliance médicamenteuse, mais non de la symptomatologie.

L'étude contrôlée et randomisée de Perry et coll. (1999), réalisée chez 69 patients bipolaires ayant eu une rechute dans les douze mois précédents testait une approche psycho-éducative (apprendre à identifier rapidement les symptômes de rechute et à rechercher rapidement un traitement). Le groupe contrôle recevait seulement les soins habituels (médicament, soutien, éducation). Le suivi était de 18 mois. Les résultats étaient un délai de survenue de la première rechute maniaque plus long dans le groupe recevant la psycho-éducation (après 65 semaines en moyenne, contre 17 dans le groupe contrôle), avec une réduction significative des rechutes maniaques sur

18 mois (différence moyenne 30 %). Cependant, aucune différence n'était mise en évidence concernant la survenue de la première rechute dépressive et le nombre de rechutes. Dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention psycho-éducative, une amélioration du fonctionnement social était retrouvée à 18 mois.

L'objectif de l'étude contrôlée de Miklowitz et coll. (2000) était de montrer l'efficacité de la psycho-éducation familiale dans la prévention des rechutes de patients présentant des troubles bipolaires. Les patients furent évalués tous les 3 mois pendant 1 an en terme de rechute, de sévérité des symptômes et de compliance médicamenteuse. Les patients ayant suivi la psycho-éducation familiale eurent moins de rechutes, des délais plus longs avant la rechute et une amélioration plus nette des symptômes dépressifs (mais pas des symptômes maniaques).

Troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés

La méta-analyse de Stuart et Bowers (1995) portait sur 4 études et montrait l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, seules ou associées au traitement antidépresseur, par rapport aux conditions contrôles, sur les scores de dépression, chez des patients hospitalisés (tableau 12.VI).

La méta-analyse de Engels et Vermey, 1997 a isolé les études concernant la dépression du sujet âgé, souvent incluses dans les méta-analyses ayant trait à l'adulte. Dix-sept études ont été incluses dans cette méta-analyse, dont douze incluaient un groupe en thérapie, cognitivo- et/ou comportementale et donnaient lieu à 28 comparaisons. Par rapport aux conditions contrôles, la thérapie cognitive avait une taille d'effet de 0,85, la thérapie comportementale une taille d'effet de 0,96 mais la combinaison des deux thérapies n'aboutissait qu'à une taille d'effet de 0,45.

L'étude randomisée et contrôlée de Glick et coll. (1985) évaluait, chez des patients hospitalisés, l'efficacité d'un programme d'intervention psycho-éducative auprès des familles (64 patients présentant des troubles affectifs majeurs). Les résultats du groupe avec intervention familiale étaient meilleurs, en terme de fonctionnement global à la sortie de l'hôpital. La différence entre les deux groupes s'estompait cependant à 6 mois.

L'étude randomisée et contrôlée de Burnand et coll. (2002) comparait sur 10 semaines l'évolution de 35 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique et de 39 patients traités par clomipramine seule. Le traitement était instauré en hospitalisation. Le traitement combiné était associé à un nombre inférieur d'échecs thérapeutiques (définis par la persistance des critères de dépression) et une meilleure adaptation au travail à 10 semaines, ainsi qu'à un meilleur fonctionnement global et une durée inférieure lors de ré-hospitalisations après la sortie de l'hôpital. Le total des coûts directs et indirects s'avérait également significativement inférieur dans le groupe ayant reçu un traitement combiné.

Tableau 12.VI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs sévères chez des patients hospitalisés

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Stuart et Bowers, 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies cognitives (TC) Patients hospitalisés 4 études	Groupe TCC <i>versus</i> contrôle : efficacité des TCC, seules ou associées au traitement antidépresseur sur la symptomatologie dépressive Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les dépressions hospitalisées
Engels et Vermey, 1997 note : 4/7	Thérapies cognitivo- et/ou comportementale Dépression du sujet âgé 17 études	Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les dépressions hospitalisées du sujet âgé
Glick et coll., 1985 <i>Etude contrôlée</i> note : 7,5/10	Psycho-éducation familiale (PEF) Evaluation du niveau de fonctionnement, 64 patients Patients hospitalisés et sous traitement médicamenteux, suivi : 6 mois	Groupe intervention familiale <i>versus</i> contrôle : Meilleur fonctionnement global à la sortie d'hospitalisation. Mais cet effet s'estompe à 6 mois Effet à court terme de la psycho-éducation familiale sur le fonctionnement global du patient, en association au traitement médicamenteux
Burmand et coll., 2002 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du fonctionnement, des réhospitalisations et des durées d'hospitalisation, 74 patients Patients hospitalisés et traités par antidépresseurs, suivi : 10 semaines	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : meilleur fonctionnement global et moindre durée d'hospitalisation à la sortie. Meilleure adaptation au travail et moins d'échecs thérapeutiques à 10 semaines. Moindre coût du traitement combiné Effet des thérapies psychodynamiques sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation chez les patients traités par antidépresseurs

Troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

La méta-analyse de Dobson (1989) incluait 28 études et montrait la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente, aux traitements médicamenteux et aux thérapies comportementales sur les scores de dépression, chez des patients suivis en ambulatoire présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère (tableau 12.VII).

La méta-analyse de Robinson et coll. (1990) portait sur 58 études. Entre autres résultats, elle montrait l'efficacité (tailles d'effet significatives) des thérapies cognitives, comportementales, cognitivo-comportementales et verbales (dont thérapies interpersonnelles et psychodynamiques) en comparaison aux conditions contrôles (placebo et liste d'attente) sur les scores de

Tableau 12.VII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Dobson, 1989 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies cognitives (TC) 28 études	Efficacité supérieure des TC sur les thérapies comportementales, les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
Robinson et coll., 1990 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies verbales, TIP et TP 58 études	Efficacité des TCC et des thérapies verbales (TI et TP) sur la symptomatologie dépressive. Efficacité comparable lorsque était prise en compte l'influence de l'allégeance du psychothérapeute Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies verbales (interpersonnelles et psychodynamiques) sur les dépressions modérées
Thase et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) Thérapies interpersonnelles (TI) 6 études (mega-analyse)	Efficacité des TC comparable à celle de la thérapie interpersonnelle. Efficacité supérieure de la TI + antidépresseurs sur TI ou TC seules, chez les patients les plus sévères Effet des thérapies cognitives et des thérapies interpersonnelles sur les dépressions primaires non psychotiques. Effet des thérapies interpersonnelles sur les dépressions plus sévères traitées par antidépresseurs
Gloaguen et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitives (TC) 48 études	Efficacité supérieure des TC sur les traitements antidépresseurs et la liste d'attente Effet des thérapies cognitives sur les dépressions d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire
McCusker et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 40 études	Efficacité des TCC par rapport au non traitement mais non par rapport à une « attention-placebo ». Pas de différence entre TP et non traitement. Pas de différence entre TP et TCC Pas de supériorité des thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques sur une « attention-placebo » chez le sujet âgé déprimé

Tableau 12.VII (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère chez des patients ambulatoires

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Pinquart et Soerensen, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Thérapies psychodynamiques (TP) Patients âgés (55 ans ou plus) 122 études	Efficacité des TCC et des TP supérieure à thérapie de soutien Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur les dépressions du sujet âgé
Leff et coll., 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 7,5/10	Thérapies familiales (de couple ; TF) Evaluation de la symptomatologie dépressive et des relations de couple 77 patients, suivi : 2 ans	Efficacité de la TF (de couple), à la fin du traitement et à deux ans Efficacité des thérapies de couple chez les sujets présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère suivies en ambulatoire et vivant avec un partenaire critique

dépression, chez des patients le plus souvent suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité modérée. L'efficacité des thérapies verbales s'avérait similaire à celle des thérapies cognitivo-comportementales, lorsque était prise en compte l'influence de l' « allégeance » du psychothérapeute.

La méta-analyse de Thase et coll. (1997) incluait six études et concernait des patients présentant un état dépressif primaire, sans caractéristiques psychotiques. Il s'agissait d'une méga-analyse, qui analysait les scores des sujets des différentes études incluses. Les sujets étudiés avaient été traités durant seize semaines par thérapie cognitive ou thérapie interpersonnelle isolément, ou par l'association de thérapie interpersonnelle et d'antidépresseurs. L'adjonction de médicaments à la psychothérapie interpersonnelle ne donnait des résultats supérieurs aux autres psychothérapies utilisées isolément que dans les formes les plus sévères de dépression. De plus, il n'y avait pas de différences d'effet entre la thérapie cognitive et la thérapie interpersonnelle.

La méta-analyse de Gloaguen et coll. (1998) incluait 48 études et utilisait des critères plus stricts que celle de Dobson. Elle montrait également la supériorité des thérapies cognitives comparée à une liste d'attente et aux traitements médicamenteux sur les scores de dépression, chez des patients majoritairement suivis en ambulatoire et présentant une dépression d'intensité moyenne ou légère. Si la comparaison des thérapies cognitives aux conditions contrôles n'était pas homogène, signant un effet placebo important dans certaines études, leur supériorité par rapport aux antidépresseurs était homogène.

La méta-analyse de McCusker (1998) concernait des sujets âgés traités en ambulatoire et incluait 40 études. Si elle ne mettait pas en évidence de

psychothérapie psychodynamique brève et TCC, seule l'approche cognitivo-comportementale se distinguait de l'absence de traitement (mais non d'une « attention placebo »).

La méta-analyse de Pinquart et Soerensen (2001), portant également sur 122 études impliquant des sujets déprimés âgés, ne retrouvait aucune différence significative entre TCC et thérapie psychodynamique, traitements tous deux plus efficaces qu'une thérapie de soutien.

L'essai randomisé contrôlé de Leff et coll. (2000) comparait traitement anti-dépresseur et thérapie de couple chez 77 sujets déprimés vivant avec un partenaire critique. Les deux traitements s'avéraient efficaces mais l'amélioration était significativement meilleure dans le groupe ayant bénéficié d'une thérapie de couple, à la fin du traitement et deux ans après.

Plusieurs méta-analyses ont été écartées de notre analyse. La méta-analyse de Leichsenring (2001) portait sur 6 études et comparait psychothérapies dynamiques brèves (PDB) et thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Si elle ne montrait pas de différences entre les deux approches sur la réduction des symptômes dépressifs et psychiatriques généraux et sur le fonctionnement social, elle ne permettait pas de juger de leurs effets par rapport à une condition contrôle et mélangeait thérapies interpersonnelles (TI) et thérapies psychodynamique dans une même catégorie. Celle de Steinbrueck et coll. (1983) était ancienne et portait sur différents types de psychothérapies d'approche cognitivo-comportementale ; elle n'apportait donc pas de données supplémentaires. Celle de Conte et coll. (1986), également ancienne, était centrée sur la comparaison de l'association pharmacothérapie et psychothérapie avec pharmacothérapie ou psychothérapie seules et les psychothérapies étaient de type cognitivo-comportemental ; elle n'apportait pas non plus de données supplémentaires. Celle de Nietzel et coll. (1987) comparait différents types de psychothérapies de type cognitivo-comportemental, individuelles ou de groupe et n'apportait aucune donnée nouvelle par rapport aux études analysées.

En résumé, l'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, est efficace dans le trouble bipolaire sur le fonctionnement global et la compliance au traitement quand elle est conjugale, ou sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle s'adresse aux patients.

Pour les troubles dépressifs chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et les thérapies psychodynamiques un effet sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation. Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est supérieur pour les TCC et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont également fait la preuve de leur efficacité. Les thérapies interpersonnelles (TI) ont une efficacité comparable à celle des thérapies cognitives. Concernant les thérapies psychodynamiques, les données sont éparpillées. Elles n'ont pas, contrairement aux TI montré une efficacité comparable aux TCC, sauf dans les dépressions du sujet âgé où leur efficacité est comparable (Pinquart et coll., 2001). Les thérapies de couple seraient également efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

Troubles anxieux

Nous rapportons les résultats des travaux publiés selon chaque catégorie, définie par les classifications internationales, de trouble anxieux. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.VIII.

Tableau 12.VIII : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles anxieux

Approches	Type d'études		
	Méta-analyses	Études contrôlées	Études comparatives non randomisées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)		Brom et coll., 1989 Wiborg et Dahl, 1996	Milrod et coll., 2000,2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Van Balkom et coll., 1994 Gould et coll., 1995 Taylor et coll., 1996 Abramowitz, 1997 Gould et coll., 1997a, b Van Balkom et coll., 1997 Kobak et coll., 1998 Van Etten et Taylor, 1998 Davidson et Parker, 2001 Fedoroff et Taylor, 2001	Getka et Glass, 1992 Rothbaum et coll.,1995 Gilroy et coll., 2000 Öst et coll., 2001 Mühlberger et coll., 2001 Garcia Palacios et coll., 2002	

Agoraphobie et trouble panique

La méta-analyse réalisée par Gould et coll. (1995) portait sur le trouble panique, incluait 43 études contrôlées et retrouvait une taille d'effet supérieure pour la thérapie cognitivo-comportementale, comparée à la pharmacothérapie et à l'association des deux (médicaments et TCC), avec le plus bas taux de perdus de vue et le meilleur rapport coût efficacité en faveur la TCC (tableau 12.IX).

Tableau 12.IX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour l'agoraphobie et le trouble panique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies comportementales (TC) Trouble panique 43 études	Efficacité supérieure des TC sur la pharmacothérapie et l'association thérapies comportementales + pharmacothérapie Effet des thérapies comportementales sur le trouble panique
Van Balkom et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Trouble panique avec ou sans agoraphobie 106 études	Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles. Efficacité la plus importante pour l'association exposition <i>in vivo</i> + antidépresseurs Effet des différentes formes de thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble panique
Wiborg et Dahl, 1996 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Trouble panique Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive et de la récurrence des AP, 40 patients Patients traités par clomipramine durant 9 mois. Suivi : 18 mois	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : taux de rechute significativement moindre dans le groupe TP à 18 mois (arrêt de la clomipramine à 9 mois). Scores d'anxiété significativement inférieurs dans le groupe TP à 9 mois. Biais méthodologique : randomisation inégale (scores des échelles supérieurs dans le groupe clomipramine seule) Effet probable des thérapies psychodynamiques brèves sur les rechutes de trouble panique à 9 mois de l'arrêt du traitement antidépresseur. Pas de données existantes concernant l'effet des thérapies psychodynamiques utilisées seules
Milrod et coll., 2000, 2001 <i>Etude comparative non randomisée</i> note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves et centrées sur les AP Trouble panique avec ou sans agoraphobie Evaluation de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. 17 patients en 2000 ; 21 patients en 2001 Patients traités par thérapie psychodynamique seule durant 12 semaines. Suivi : 40 semaines	Amélioration de la symptomatologie anxieuse, dépressive, de la récurrence des AP et de la qualité de vie. 9 et 16 sujets ayant complété les études en rémission de leur trouble panique à 40 semaines Effet des thérapies psychodynamiques brèves centrées sur le symptôme et utilisées seules sur le trouble panique à 6 mois

La méta-analyse de Van Balkom et coll. (1997), la plus complète, a montré une efficacité des thérapies cognitivo-comportementales sous différentes formes par rapport aux conditions contrôles sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Le traitement le plus efficace était l'association d'exposition *in vivo* et d'antidépresseurs.

L'étude contrôlée et randomisée de Wiborg et Dahl (1996) comparait sur 18 mois l'évolution de 20 patients traités par clomipramine et psychothérapie psychodynamique brève focalisée sur la dépendance (15 séances) et de 20 patients traités par clomipramine seule, le traitement par clomipramine étant arrêté au 9^e mois. Le traitement par thérapie psychodynamique brève était associé à un nombre significativement inférieur de rechute du trouble panique de l'arrêt de la clomipramine à la fin du suivi à 18 mois. À 9 mois, la symptomatologie anxieuse était significativement inférieure chez les patients traités par thérapie psychodynamique. Cette étude présentait cependant le défaut méthodologique d'avoir une randomisation inégale : les scores recueillis aux échelles d'anxiété, de dépression et de handicap étaient plus élevés dans le groupe traité par clomipramine seule. Cette étude de combinaison ne permet pas non plus de conclure à l'efficacité de la thérapie psychodynamique considérée pour elle-même, car ses résultats n'étaient pas comparés à un troisième groupe non traité (par exemple : liste d'attente, ou placebo de thérapie et placebo de médicament). Il n'existe d'ailleurs pas à ce jour d'étude disponible comparant la thérapie psychodynamique sans médicament avec un groupe placebo ou une liste d'attente.

Milrod et coll. (2000, 2001) ont publié deux études utilisant la même méthodologie d'essai en ouvert. Ils ont inclus 17 patients (14 à la 16^e semaine et 10 à la 40^e) et 21 (17 à la 16^e et 40^e semaine) présentant un trouble panique (comme diagnostic principal). Ces sujets ont eu pour seul traitement durant 12 à 14 semaines une thérapie psychodynamique brève centrée sur les symptômes de panique et ont été suivi durant 6 mois à l'issue du traitement. Les auteurs ont mis en évidence des changements significatifs à la fin du traitement, comme après 6 mois, du nombre d'attaques de panique (9 patients sur 10 et 16 sur 17 en rémission à 40 semaines), des symptômes anxieux et dépressifs et du retentissement fonctionnel du trouble.

Trouble anxieux généralisé

La méta-analyse de Gould et coll. (1997a) incluait 35 études contrôlées, 13 études portant sur les thérapies cognitivo-comportementales et 22 sur les traitements médicamenteux (tableau 12.X). Les deux approches donnaient des résultats comparables mais le groupe de patients traités par médicaments avaient le plus haut taux de perdus de vue et l'efficacité de ce traitement diminuait au sevrage alors que les effets des TCC se maintenaient.

État de stress post-traumatique

La méta-analyse de Van Etten et Taylor (1998) regroupait 41 études contrôlées pour le stress post-traumatique et concernait divers traitements : antidépresseurs tricycliques, carbamazépine, IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase), IRS (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine), benzodiazépines, pour les traitements pharmacologiques, thérapie comportementale, EMDR

Tableau 12.X : Analyse de l'étude retenue pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble anxieux généralisé

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997(a, b) <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 35 études	Efficacité comparable des TCC et de la pharmacothérapie. Moins de perdus de vue et meilleur maintien de l'efficacité au sevrage pour les TCC Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble anxieux généralisé

(*Eye movement desensitization and reprocessing*), relaxation, hypno-thérapie et thérapie psychodynamique, pour les psychothérapies et placebo, liste d'attente et thérapie de soutien pour les conditions contrôles (tableau 12.XI). Les auteurs retrouvaient 14 % de perdus de vue dans le groupe psychothérapie, contre 32 % dans le groupe traitement médicamenteux. Les traitements psychologiques et pharmacologiques avaient tendance à être supérieurs aux groupes contrôles. Les TCC et l'EMDR étaient les traitements psychologiques les plus efficaces et les TCC étaient supérieures aux autres traitements (EMDR, IRS et carbamazépine) sur les symptômes du stress post-traumatique. Les effets des TCC et de l'EMDR se maintenaient sur un suivi de quinze semaines en moyenne.

La méta-analyse réalisée par Davidson et Parker (2001) reprenait 28 études et ne concernait que l'EMDR. Elle concluait que l'EMDR était efficace dans le stress post-traumatique mais que la composante « mouvement oculaire » qui donne son nom à cette méthode n'était pas nécessaire au résultat et qu'elle n'était au bout du compte qu'une simple variante des méthodes comportementales d'exposition.

L'étude randomisée et contrôlée de Brom et coll. (1989) comparait l'évolution de 29 patients traités par thérapie psychodynamique brève, de 29 patients traités par hypnose, de 31 patients traités par désensibilisation et de 23 patients en liste d'attente. Les sujets étaient évalués avant, après traitement et 3 mois plus tard. Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des trois techniques psychothérapeutiques sur la symptomatologie de stress post-traumatique.

Nous avons écarté de notre revue la méta-analyse de Sherman (1998) car, si elle concluait à l'efficacité des approches psychothérapeutiques individuelles et de groupe dans le syndrome de stress post-traumatique, elle ne permettait pas de distinguer l'efficacité des thérapies psychodynamiques de celle des thérapies cognitivo-comportementales. Elle incluait, de plus, parmi 17 études, l'étude de Brom et coll. (1989) que nous avons retenue.

Tableau 12.XI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le stress post-traumatique

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Etten et Taylor, 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 41 études	Les thérapies les plus efficaces sont les TCC et l'EMDR, dont les résultats se maintiennent à 15 semaines. Les TCC ont une efficacité supérieure à EMDR et pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le stress post-traumatique
Davidson et Parker, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	EMDR 28 études	Efficacité supérieure de l'EMDR sur les conditions contrôles Effet de l'EMDR sur le stress post-traumatique
Brom et coll., 1989 <i>Etude contrôlée</i> note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) brèves Evaluation de la symptomatologie 112 patients (4 groupes) Comparaison à thérapie par hypnose, désensibilisation et liste d'attente Suivi : 3 mois	Groupe TP <i>versus</i> contrôle : efficacité de la TP brève sur la symptomatologie. Groupe TP <i>versus</i> autres psychothérapies : efficacité comparable sur la symptomatologie Effet des thérapies psychodynamiques brèves sur le stress post traumatique

Trouble obsessionnel-compulsif

La méta-analyse réalisée par Von Balkom et coll. (1994) analysait les résultats de 86 études portant sur 160 conditions thérapeutiques (tableau 12.XII). Elle montrait que sur les auto- et les hétéro-évaluations des symptômes obsessionnels et compulsifs, les antidépresseurs sérotoninergiques, la thérapie comportementale et la combinaison des deux étaient plus efficaces que le placebo. Les effets des TCC se différenciaient du placebo également sur les symptômes dépressifs, l'anxiété et l'ajustement social.

La méta-analyse d'Abramowitz (1997) retrouvait une efficacité comparable entre les antidépresseurs sérotoninergiques, les thérapies cognitives et les thérapies comportementales.

Celle de Kobak et coll. (1998) regroupait 77 études et montrait une efficacité des thérapies comportementales et de l'association thérapie comportementale et IRS. Les thérapies comportementales apparaissaient supérieure au IRS mais cette différence disparaissait quand on contrôlait les résultats en fonction des méthodes utilisées et de l'année de publication de l'étude.

Phobies sociales

La méta-analyse de Gould et coll. (1997b) regroupait 24 études et montrait que pharmacothérapie et TCC étaient significativement efficaces sur les phobies sociales (tableau 12.XIII).

Tableau 12.XII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour le trouble obsessionnel compulsif

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Van Balkom et coll., 1994 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 86 études	Efficacité comparable des TCC, de la pharmacothérapie et de l'association des deux. Groupe TCC <i>versus</i> contrôle : efficacité des TCC sur les symptômes dépressifs et anxieux et l'ajustement social Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif
Abramowitz, 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 32 études	Efficacité comparable des thérapies cognitives, comportementales et de la pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif
Kobak et coll., 1998 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies comportementales (TC) 77 études	Efficacité comparable des thérapies comportementales et de l'association TC + pharmacothérapie Effet des thérapies comportementales sur le trouble obsessionnel-compulsif

Celle de Taylor (1996) a inclus 42 essais et comparé liste d'attente, placebo, exposition, thérapie cognitive et thérapie cognitive et exposition associées.

Tableau 12.XIII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies sociales

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Gould et coll., 1997b <i>Méta-analyse</i> note : 4/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 24 études	Efficacité comparable des thérapies cognitivo-comportementales et de la pharmacothérapie Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Taylor, 1996 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 42 études	Supériorité de l'association exposition et thérapies cognitives sur le placebo Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la phobie sociale
Fedoroff et Taylor, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 108 études	Efficacité de l'exposition par rapport à la liste d'attente, surtout sur le suivi Effet des thérapies comportementales sur la phobie sociale

Les groupes placebo, exposition, thérapie cognitive, thérapie cognitive et exposition associés avaient une efficacité significative par rapport à la liste d'attente. Seule la thérapie cognitive associée à l'exposition montrait une taille d'effet plus large que celle du placebo. L'exposition seule ne se différenciait pas du placebo mais les tailles d'effet tendaient à s'améliorer au suivi.

La méta-analyse de Fedoroff et Taylor (2001) comparait les traitements médicamenteux et les thérapies comportementales dans les phobies sociales. Cent huit études ont été incluses dans cette méta-analyse de bonne qualité méthodologique. Les traitements les plus efficaces pour les phobies sociales étaient la pharmacothérapie : surtout benzodiazépines et IRS. Les gains des traitements psychothérapeutiques, essentiellement l'exposition, étaient les plus significatifs au cours du suivi. La durabilité des gains thérapeutiques pour les pharmacothérapies n'a pas pu être évalué à cause d'un nombre insuffisant d'études avec suivi.

Nous avons écarté de notre revue l'étude comparative très ancienne de Paul (1967) dont la population traitée pour anxiété sociale ne correspondait pas à la catégorie phobie sociale et qui n'apportait pas dans le cadre de ce travail, d'élément supplémentaire : elle montrait l'efficacité de la désensibilisation (thérapie comportementale) et une efficacité comparable des thérapies psychodynamiques et de l'« attention placebo ».

Phobies spécifiques

L'étude randomisée et contrôlée de Getka et Glass (1992) comparait dans un échantillon total de 41 sujets présentant une phobie du dentiste, quatre groupes de traitement : désensibilisation systématique par un ordinateur, thérapie cognitive, une expérience positive avec un dentiste doux et gentil et une liste d'attente, les deux derniers groupes étant les conditions contrôles (tableau 12.XIV). À un an, la thérapie comportementale par ordinateur et la thérapie cognitive montraient des résultats équivalents et supérieurs aux deux conditions contrôles.

L'étude contrôlée de Rothbaum et coll. (1995) portait sur un très petit échantillon de 12 sujets randomisés présentant une phobie des hauteurs et phobies de l'avion, *versus* 8 en liste d'attente. Ils ont reçu une séance d'exposition virtuelle sur huit semaines. Le groupe traité présentait une amélioration significative de son niveau d'anxiété par rapport au groupe contrôle et 70 % des sujets traités ont vu la régression de leur trouble phobique dans le monde réel.

L'étude randomisée et contrôlée de Gilroy et coll. (2000) comparait l'exposition par l'intermédiaire d'un ordinateur, l'exposition *in vivo* accompagnée par un thérapeute et une relaxation placebo chez 45 sujets phobiques des araignées. Les deux conditions actives se révélaient également efficaces et plus efficaces que le groupe contrôle, après traitement et à trois mois de suivi.

Tableau 12.XIV : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les phobies spécifiques

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Getka et Glass, 1992 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Phobie du dentiste 41 patients (3 groupes) Comparaison à expérience positive et liste d'attente, suivi : 1 an	Efficacité de la thérapie comportementale et de la thérapie cognitive par rapport aux conditions contrôle à un an Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les phobies spécifiques
Rothbaum et coll., 1995 <i>Etude contrôlée</i> note : 6/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des hauteurs 20 patients (2 groupes) Comparaison à liste d'attente. Suivi : 8 semaines	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Gilroy et coll., 2000 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées 45 patients (3 groupes) Comparaison exposition par ordinateur, <i>in vivo</i> et liste d'attente. Suivi : 3 mois	Efficacité comparable de l'exposition <i>in vivo</i> et par ordinateur. Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Öst et al, 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Claustrophobie 46 patients (3 groupes) Comparaison exposition, exposition intensive et liste d'attente, suivi : 1 an	Efficacité de la thérapie comportementale par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Mühlberger et coll., 2001 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie de l'avion patients (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et relaxation. Pas de suivi	Efficacité comparable de l'exposition en réalité virtuelle et de la relaxation Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques
Garcia Palacios et coll., 2002 <i>Etude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies comportementales (TC) Phobie des araignées 30 patients (2 groupes) Comparaison exposition virtuelle et liste d'attente. Pas de suivi	Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies comportementales sur les phobies spécifiques

L'étude contrôlée et randomisée réalisée par Öst et coll. (2001) incluait 46 patients claustrophobes et comparait thérapie cognitive (5 séances), exposition *in vivo* (5 séances) et exposition *in vivo* intensive (1 séance de 3 heures). L'exposition était efficace dans 80 % des cas, contre 18 % d'amélioration dans la liste d'attente. Ces résultats s'amélioraient encore à un an de suivi.

L'étude contrôlée et randomisée de Mühlberger et coll. (2001) comparait l'exposition en réalité virtuelle à la relaxation chez 30 sujets phobiques de l'avion (15 sujets par groupe). Les deux groupes se sont améliorés mais le groupe qui avait reçu l'exposition en réalité virtuelle avait des effets plus

importants sur les échelles mesurant l'évitement et la peur de voler. L'étude se limitait à une analyse avant et après traitement, sans suivi.

Vingt trois patients phobiques des araignées sont randomisés en deux groupes dans l'étude contrôlée de Garcia-Palacios et coll. (2002) : exposition en réalité virtuelle et liste d'attente. Chez les patients traités en réalité virtuelle, on observe 83 % de bons résultats contre 0 % dans la liste d'attente. Cette étude n'a pas non plus réalisé de suivi.

En résumé, concernant les troubles anxieux, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie dans le trouble panique, dans le trouble anxieux généralisé, dans le syndrome de stress post-traumatique, dans les troubles obsessionnels-compulsifs, dans les phobies sociales et dans diverses phobies spécifiques.

Les thérapies psychodynamiques brèves seraient efficaces dans la prévention des rechutes de trouble panique et dans le syndrome de stress post-traumatique.

Les comparaisons entre les différentes approches (dont les méta-analyses comparatives) ont également montré que les TCC sont manifestement les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux.

Troubles du comportement alimentaire

Nous distinguons dans notre analyse l'anorexie et la boulimie. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XV.

Boulimie

La méta-analyse de Hartmann et coll. (1992) portait sur 18 essais et mêlait plusieurs types de psychothérapie (thérapies cognitivo-comportementales et psychodynamiques en grande majorité) (tableau 12.XVI). Elle retrouvait une taille d'effet significative au sein des groupes de thérapie et par rapport aux conditions contrôles. Les auteurs ont réalisé une analyse par régression multiple pas à pas et ne trouvaient pas d'avantage à une approche thérapeutique sur les autres.

L'étude méta-analytique de Fettes et Peters (1992) incluait 31 essais et évaluait l'effet des thérapies de groupe sur la boulimie. Les thérapies utilisées dans les études étaient essentiellement cognitivo-comportementales pour la moitié des études et « éclectiques » pour le reste. Faute de groupe contrôle suffisant, le calcul de la taille d'effet a été réalisé en pré- et post-test au sein des groupes mais des analyses ont pu être réalisées jusqu'à 12 mois de suivi. Les auteurs trouvaient une taille d'effet significative mais modérée, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements

Tableau 12.XV : Etudes retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles du comportement alimentaire

Approches	Type d'études			
	Méta-analyses	Revue systématique	Études contrôlées	Études de cohorte
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Boulimie Hartmann et coll., 1992		Anorexie Dare et coll., 2001	Boulimie et Anorexie Kachele et coll., 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Boulimie Hartmann et coll., 1992 Fettes et Peters, 1992 Lewandowski et coll., 1997 Whittal et coll., 1999 Ghaderi et Anderson, 1999 Hay et Bacaltchuk, 2001	Anorexie Kaplan, 2002	Boulimie Fairburn et coll., 1995 Anorexie Channon et coll., 1989 Crisp et coll., 1991	
Thérapies familiales		Anorexie Kaplan, 2002	Anorexie Eisler et coll., 1997 Eisler et coll., 2000 Dare et coll., 2001	
Autres psychothérapies	Boulimie Thérapies interpersonnelles Hay et Bacaltchuk, 2001		Boulimie Thérapies interpersonnelles Fairburn et coll., 1995	Boulimie Psycho-éducation Olmsted et coll., 1991

provoqués et/ou aux laxatifs et le pourcentage de sujet abstinents en fonction des études. L'efficacité se maintenait à plus long terme, jusqu'à un an et était améliorée par l'augmentation du nombre de séances hebdomadaires et l'association à une thérapie individuelle.

La méta-analyse de Lewandowski et coll. (1997) incluait 26 essais, dont une part était également incluse dans la méta-analyse de Fettes et Peters. Elle était cependant de meilleure qualité méthodologique et était centrée sur l'évaluation de l'effet des thérapies cognitivo-comportementales au sein des groupes de TCC et entre groupes et conditions contrôles (liste d'attente, thérapies interpersonnelles ou de soutien). Les auteurs retrouvaient une taille d'effet significative au sein des groupes TCC et par rapport aux conditions contrôles, l'efficacité étant mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs en fonction des études. Le peu d'études ayant un suivi, comme l'hétérogénéité des méthodologies pour évaluer les résultats au delà du post-test n'autorisait pas les auteurs à conclure sur le maintien de l'efficacité à plus long terme.

Tableau 12.XVI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans la boulimie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Hartmann et coll., 1992 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et Psychodynamiques (TP) 18 études	Efficacité des TCC et des TP au sein des groupes et par rapport aux conditions contrôles. Pas de supériorité d'une technique sur l'autre (analyse par régression multiple) Effet des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques sur la boulimie
Fettes et Peters, 1992 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies de groupes cognitivo-comportementales (TCC) et autres 31 études	Efficacité modérée des thérapies de groupe (moitié TCC, moitié thérapies « éclectiques »). Maintien de l'efficacité à un an de suivi Effet modéré et à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (de groupe) sur la boulimie
Lewandowski et coll., 1997 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 26 études	Efficacité des TCC au sein des groupes. Efficacité supérieure des TCC sur les conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Whittal et coll., 1999 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 35 études	Efficacité des TCC au sein des groupes TCC <i>versus</i> traitement médicamenteux : efficacité supérieure des TCC + traitement médicamenteux <i>versus</i> traitement seul, efficacité supérieure de l'association TCC + traitement médicamenteux <i>versus</i> TCC seule Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie. Effet supérieur si associées au traitement médicamenteux
Ghaderi et Anderson, 1999 <i>Méta-analyse</i> note : 6,5/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Comparaison avant et après traitement 7 études	Efficacité des TCC sur la fréquence des crises et des vomissements provoqués. Efficacité supérieure aux conditions contrôles Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie
Hay et Bacaltchuk, 2001 <i>Méta-analyse</i> note : 6/7	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 27 études	Efficacité comparable des TCC avec les thérapies interpersonnelles (TI), l'hypnose et l'auto-contrôle à l'aide d'un manuel. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur la boulimie Effet des thérapies interpersonnelles (TI) sur la boulimie

Tableau 12.XVI (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans la boulimie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Fairburn et coll., 1995 <i>Etude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies interpersonnelles (TI) 99 patients (3 groupes) Comparaison à thérapie comportementale et cognitivo-comportementale, suivi : 5 ans	Efficacité comparable à 5 ans de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale Effet des thérapies interpersonnelles (TI) sur la boulimie à long terme
Kachele et coll., 2001 <i>Etude de cohorte</i>	Thérapies psychodynamiques (TP) Evaluation du poids (A), de la réurrence des crises (B) et de la symptomatologie résiduelle 1 171 patients, patients réévalués à distance d'un traitement en hospitalisation. Suivi : 2,5 ans	Rémission totale des symptômes à 2,5 ans : pour 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques Effet des thérapies psychodynamiques réalisées en hospitalisation chez les anorexiques et boulimiques à 2,5 ans
Olmsted et coll. 1991 <i>Etude comparative séquentielle</i>	Psycho-éducation (PE) Evaluation de la symptomatologie 65 patients (2 groupes) Comparaison à thérapies cognitivo-comportementale (TCC), suivi : 3 mois post-traitement	Efficacité comparable des deux traitements lorsque la symptomatologie est d'intensité moyenne. Efficacité supérieure de l'approche cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est sévère Effet de la psycho-éducation à 3 mois dans les formes d'intensité moyenne ou peu sévères de boulimie

La méta-analyse de Ghaderi et Anderson (1999) portait sur 7 essais et montrait la supériorité des TCC, par rapport aux conditions contrôles, sur la récurrence des crises et des vomissements provoqués avant et après traitement.

La méta-analyse de Whittal et coll. (1999) portait sur 35 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales, des traitements médicamenteux et de leur association. L'efficacité était mesurée par la récurrence des crises, le recours aux vomissements provoqués et/ou aux laxatifs, la symptomatologie dépressive et les auto-évaluations des sujets. La taille d'effet était significative pour les TCC utilisées seules. L'efficacité des TCC était supérieure à celle des traitements médicamenteux mais l'association médicaments et TCC s'avérait supérieure sur tous les critères d'évaluation, aux médicaments et aux TCC utilisés seuls.

La méta-analyse de Hay et Bacaltchuk (2001) comprenait 27 essais et comparait les effets des thérapies cognitivo-comportementales à ceux de conditions contrôles (liste d'attente, thérapie interpersonnelle ou de soutien, hypnose et auto-contrôle à l'aide d'un manuel). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable des psychothérapies entre elles, comparées à la liste d'attente, sur la diminution des crises, des symptômes de boulimie et de dépression. L'efficacité des TCC n'était supérieure aux autres formes de

psychothérapies que sur la diminution de la symptomatologie dépressive et ne se différencie pas des autres à plus long terme.

Une étude contrôlée et randomisée de Fairburn et coll. (1995) compare l'évolution de 99 patients traités par thérapie interpersonnelle, thérapie comportementale et thérapie cognitivo-comportementale. Les sujets ont été réévalués à distance (en moyenne, $5,8 \pm 2$ ans). Les auteurs retrouvaient une efficacité comparable de la thérapie interpersonnelle et de la thérapie cognitivo-comportementale lors de la réévaluation, sur la persistance des critères diagnostiques DSM-IV, comme sur l'intensité de la symptomatologie résiduelle.

Une étude de cohorte a été réalisée par Kachele et coll. (2001). Dans l'un des 43 centres allemands participant à l'étude, 1 171 patients ayant bénéficié d'un traitement psychodynamique conduit en hospitalisation ont été réévalués après 2 ans et demi. Parmi les patients, 33 % des anorexiques et 25 % des boulimiques ne présentaient plus de symptôme à 2,5 ans. La durée du traitement n'avait qu'un effet modéré sur l'évolution des sujets.

Concernant l'approche psycho-éducative, une étude comparative séquentielle de Olmsted et coll. (1991) montre, dans un échantillon total de 65 patientes que l'efficacité de cette approche est comparable à celle d'une prise en charge cognitivo-comportementale lorsque la symptomatologie est peu sévère ou d'intensité moyenne (25 à 45 % des sujets de cette population). L'éducation nutritionnelle est alors l'approche qui a le moindre coût. Mais lorsque la symptomatologie est sévère, l'approche cognitivo-comportementale a une efficacité supérieure. La durée maximale du suivi en post-test était de 3 mois.

Anorexie

Eisler et coll. ont réalisé deux études contrôlées et randomisées (tableau 12.XVII). La première (1997) compare les effets à 5 ans d'une thérapie familiale et d'une thérapie de soutien individuelle. Elle incluait 80 patientes présentant une anorexie mentale réparties en 4 groupes selon la durée du trouble et le type de psychothérapie, thérapies réalisées durant une année, après la sortie de l'hôpital et la restauration du poids. Les bénéfices significatifs retrouvés pour la thérapie familiale concernaient les patientes présentant un trouble récent (âge de début inférieur ou égal à 18 ans et durée inférieure à 3 ans, et pour la thérapie de soutien individuelle, les patientes ayant un trouble plus durable. Trois patientes sur 80 étaient décédées à 5 ans.

La seconde étude (2000) compare deux formes d'intervention familiale dans l'anorexie mentale : thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien associée à une intervention psycho-éducative des parents, chez 40 adolescentes suivies en ambulatoire. Une importante amélioration de l'état nutritionnel et psychologique a été retrouvée dans les deux groupes en traitement.

Tableau 12.XVII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Eisler et coll., 1997 <i>Étude contrôlée</i> note : 7/10	Thérapies familiales (TF) Évaluation de la symptomatologie. 80 patients (4 groupes). Comparaison à thérapie de soutien en fonction de la durée d'évolution. Suivi : 5 ans	Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie familiale chez les patientes ayant un trouble récent Efficacité supérieure à 5 ans de la thérapie de soutien chez les patientes ayant un trouble ancien Effet des thérapies familiales (TF) dans les anorexies ayant moins de 3 ans d'évolution, à 5 ans
Eisler et coll., 2000 <i>Étude contrôlée</i> note : 7,5/10	Thérapies familiales (TF) Évaluation du poids et de la symptomatologie 40 patients (2 groupes) Comparaison thérapie familiale conjointe et thérapie de soutien individuelle + psycho-éducation parentale, pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de l'association thérapie de soutien + psycho-éducation parentale Efficacité supérieure sur la symptomatologie de l'association thérapie de soutien + psycho-éducation familiale Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Dare et coll., 2001 <i>Étude contrôlée</i> note : 6/10	Thérapies familiales (TF) Thérapies psychodynamique (TP) Évaluation du poids et de la symptomatologie 84 patients (4 groupes) Comparaison thérapie familiale, thérapie psychodynamique, thérapie cognitive et suivi de routine, pas de suivi	Efficacité de la thérapie familiale et de la thérapie psychodynamique par rapport à la condition contrôlée. Efficacité sur le poids des thérapies spécifiques par rapport à la condition contrôlée Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie Effet des thérapies psychodynamiques (TP) dans l'anorexie
Kaplan, 2002 <i>Revue systématique</i>	Thérapies familiales (TF) Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) 19 études	Efficacité incertaine pour la plupart des traitements, à l'exception de la thérapie familiale pour les patients les plus jeunes avec la durée d'évolution de la maladie la plus courte Importants problèmes méthodologiques dans la plupart des études publiées limitant la portée des résultats Efficacité incertaine des TCC dans l'anorexie mentale. Effet des thérapies familiales (TF) dans l'anorexie
Channon et coll., 1989 <i>Étude contrôlée</i> note : 6,5/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation de la symptomatologie et du fonctionnement psychosocial 24 patients (3 groupes) Comparaison thérapie cognitivo-comportementales, thérapie cognitive et suivi de routine, suivi : 6 et 12 mois	Amélioration du fonctionnement psychosocial dans les 3 groupes. Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC. Meilleure compliance dans le groupe TCC (aucune sortie d'essai) comparé au groupe TC Résultats à interpréter avec prudence vu le petit nombre de sujets (8 par groupe) Pas d'efficacité supérieure démontrée de la TCC par rapport à la situation contrôle

Tableau 12.XVII (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans l'anorexie

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Crisp et coll., 1991 <i>Étude contrôlée</i> note : 7/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation du poids et de la symptomatologie 90 patients (4 groupes) Comparaison traitement intra-hospitalier puis psychothérapie ambulatoire, psychothérapie individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, psychothérapie de groupe individuelle et familiale ambulatoire plus conseil nutritionnel, et traitement par le médecin de famille. Suivi : 1, 2 et 5 ans	Pas de différence d'efficacité sur la prise de poids par rapport au poids d'entrée, qui se maintient après un an de suivi, entre les 3 groupes de traitement actif. Mais efficacité par rapport à la condition contrôlée. Nombreuses sorties d'essai (40 % dans le groupe hospitalisé) Effet de différentes approches TCC dans l'anorexie mentale

L'amélioration symptomatique était nettement plus marquée dans le groupe interventions familiales séparées, mais des changements psychologiques plus importants, en termes de mesures familiales d'émotions exprimées et de symptomatologie dépressive et obsessionnelle pour les patientes, étaient retrouvés dans le groupe de thérapie familiale conjointe.

L'étude contrôlée de Dare et coll. (2001) incluait 84 patientes réparties dans quatre groupes selon le type de traitement : thérapie psychanalytique focale (1 an), thérapie cognitive (7 mois), thérapie familiale (1 an) et une année de suivi de routine, avec contacts limités (groupe contrôle). Un tiers des patientes ne présentaient plus les critères diagnostiques d'anorexie mentale selon le DSM-IV dans les groupes de thérapies spécifiques, tandis que ce taux n'était que de 5 % dans le groupe témoin. La thérapie psychodynamique et la thérapie familiale avaient des résultats significativement supérieurs au suivi de routine (groupe témoin). La prise de poids liée aux trois thérapies spécifiques était significative par rapport au groupe témoin. Les différences entre la thérapie cognitive et la condition contrôle n'étaient pas significatives.

Kaplan (2002) a passé en revue les études contrôlées et randomisées publiées concernant les différentes thérapies cognitivo-comportementales dans cette indication. L'efficacité de celles-ci n'a pas pu être établie de façon claire dans l'anorexie, exception faite pour les thérapies familiales chez les patients jeunes ayant une courte durée d'évolution de la maladie. Les essais randomisés contrôlés de Channon et coll. (1989) incluant 24 sujets répartis en 3 groupes et de Crisp et coll. (1991) portant sur 90 sujets répartis en 4 groupes ne permettent pas, compte tenu de leurs limites et disparités méthodologiques, de conclure davantage sur l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans l'anorexie.

En résumé, dans la boulimie, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie, ainsi que celle des thérapies interpersonnelles (avec un moindre volume de données). Les thérapies psychodynamiques conduites en hospitalisation seraient possiblement efficaces sur les symptômes boulimiques à 2 ans et demi, ainsi que l'approche psycho-éducative (présomption scientifique).

Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, surtout chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi. Les thérapies psychodynamiques pourraient être efficaces (présomption scientifique) sur les symptômes anorexiques à 2 ans et demi. Les bénéfices de l'approche cognitivo-comportementale n'ont pas été établis.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent qu'aucune d'entre elles ne semble clairement plus efficace que les autres pour les troubles du comportement alimentaire.

Troubles de la personnalité

Les études publiées sur l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité intéressent des ensembles plus ou moins définis de troubles. Lorsque des troubles spécifiques de la personnalité ont été étudiés, il s'agit des personnalités borderline (limite) et antisociale. Les études retenues sont présentées dans le tableau 12.XVIII.

Tableau 12.XVIII : Études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité

Approches	Type d'études	
	Méta-analyses	Études contrôlées
Thérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Winston et coll., 1994 Bateman et Fonagy, 1999 et 2001
Thérapies cognitivo-comportementales	Leichsenring et Leibing, 2003	Woody et coll., 1985 Alden, 1989 Alden et Capreol, 1993 Linehan et coll., 1991, 1994 Koons et coll., 2001 Verheul et coll., 2003

Personnalité borderline

Bateman et Fonagy (1999, 2001) ont réalisé une étude contrôlée et randomisée incluant 22 patients ayant une personnalité borderline traités durant

18 mois par thérapie psychodynamique (individuelle et en groupe) en hospitalisation de jour (5 jours sur 7) et 22 sujets ayant une prise en charge standard (tableau 12.XIX). Les sujets ont été réévalués tous les 3 mois jusqu'à 18 mois de suivi. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et aux actes auto-agressifs, mais également dans le suivi, à la fréquence et durée des hospitalisations temps plein. Les auteurs retrouvaient une efficacité significativement supérieure, sur toutes les mesures, du programme de thérapie

Tableau 12.XIX : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité borderline

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Bateman et Fonagy, 1999, 2001 <i>Étude contrôlée</i> note : 6/10	Thérapies psychodynamiques (TP) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 44 patients (2 groupes), comparaison thérapie psychodynamique intensive en hospitalisation de jour (18 mois) et traitement standard, suivi : 18 mois	Efficacité supérieure de la thérapie psychodynamique intensive en hôpital de jour par rapport au traitement standard, dès le 6 ^e mois de traitement et jusqu'à la fin de la période de suivi Effet à moyen terme des thérapies psychodynamiques (TP) en individuel + groupe et en hospitalisation de jour dans la personnalité borderline
Linehan et coll., 1991, 1994 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 44 patients et 26 patients (2x2 groupes) Comparaison thérapie dialectale comportementale et traitement standard, suivi : 1 an	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard avec maintien de l'efficacité à 1 an Effet à moyen terme des thérapies comportementales dans la personnalité limite
Koons et coll., 2001 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies comportementales (TC) Évaluation des symptômes, des gestes auto-agressifs et des journées d'hospitalisation temps plein 20 patients (2 groupes), comparaison thérapie dialectique comportementale et traitement standard, pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie comportementale par rapport au traitement standard Effet des thérapies comportementales dans la personnalité borderline
Verheul et coll., 2003 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation des troubles du comportement (index de sévérité) 58 patients (2 groupes), comparaison thérapie dialectique comportementale et traitement standard. Traitement de 12 mois, pas de suivi	Efficacité supérieure de la thérapie dialectique-comportementale par rapport au traitement standard. Meilleure adhésion au traitement et plus grande réduction des comportements auto-agressifs. Résultat d'autant plus significatif que taux élevé de comportements d'automutilation avant traitement Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans la personnalité borderline

psychodynamique intensif en hospitalisation de jour par rapport au traitement standard, à partir de 6 mois de traitement et jusqu'à la fin de celui-ci. Le suivi à 18 mois montrait la stabilité de l'amélioration constatée à la fin du traitement mais également la poursuite d'une amélioration significative sur la majorité des mesures par rapport à la situation contrôle.

Les études randomisées et contrôlées de Linehan et coll. (1991 et 1994) ont montré, sur une durée d'un an, une diminution significative des comportements auto-agressifs chez des femmes issues de quartiers défavorisés et présentant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivocomportementale (n = 22), par rapport au groupe contrôle (n = 22 ; traitement standard). Le taux d'abandon de la thérapie était réduit d'une manière significative dans le groupe thérapie comportementale et les comportements à risque pour les patientes (tentatives de suicide, prises exagérées de médicaments ou de drogues) étaient significativement moindres que chez les patientes ayant une prise en charge standard. Les deux groupes ne présentaient pas de différence dans le degré de symptomatologie dépressive ou anxieuse après un an de thérapie. Les résultats retrouvés se maintenaient à un an de suivi après la fin du traitement. Les patientes traitées par thérapie comportementale présentaient une diminution des colères pathologiques, des comportements à risque, des jours d'hospitalisation, et un meilleur ajustement social.

Ces mêmes auteurs (1994) ont reproduit la même étude, avec des résultats comparables chez 13 patientes ayant une personnalité borderline, qui suivaient une thérapie cognitivo-comportementale et 13 qui étaient prises en charge de façon usuelle.

Koons et coll. (2001) ont reproduit les résultats de Linehan et coll. (1991, 1994) et inclus 20 femmes ayant une personnalité borderline traitées par thérapie cognitivo-comportementale ou un traitement usuel durant 6 mois. Les patientes traitées par thérapie cognitivo-comportementale présentaient une diminution plus importante des idées suicidaires, du désespoir, de la dépression et de la colère. Elles seules, de plus, avaient une diminution significative des actes auto-agressifs.

Une reproduction des travaux précédents a été également récemment réalisée par Verheul et coll. (2003). Cinquante huit patientes présentant un trouble de personnalité borderline ont été randomisées en deux groupes : thérapie cognitivo-comportementale (durant 12 mois) ou traitement habituel. Les mesures concernant le résultat ont été effectuées après 22 et 52 semaines de traitement. Il s'agissait essentiellement d'un index de sévérité consistant en neuf sections pour chacun des critères de personnalité borderline. Un taux meilleur d'adhésion au traitement et une plus grande réduction des comportements auto-agressifs était retrouvé dans le groupe TCC, comparé au traitement habituel. Ce résultat était d'autant plus significatif que le taux de comportements d'automutilation était élevé avant traitement.

Personnalité antisociale

Une étude contrôlée et randomisée de Woody et coll. (1985) portait sur 110 patients toxicomanes et comparait trois traitements : un conseil simple, un conseil associé à une thérapie cognitive et un conseil associé à une thérapie psychodynamique (tableau 12.XX). Quatre sous-groupes étaient constitués : patients dépendants aux opiacés avec ou sans dépression associée et patients ayant une personnalité antisociale avec ou sans dépression associée.

Tableau 12.XX : Analyse de l'étude retenue pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité antisociale

Référence Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Woody et coll., 1985 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitive (TC) Thérapies psychodynamiques (TP) Évaluation de la symptomatologie et des critères DSM-III présents 110 patients (4 groupes), comparaison thérapie cognitive, psychodynamique et conseil simple, suivi : 7 mois	Efficacité de la thérapie cognitive et de la thérapie psychodynamique par rapport au conseil simple pour les patients présentant une dépression majeure associée

Pour les sujets remplissant les critères diagnostiques de dépression majeure et de personnalité antisociale, la thérapie cognitive brève et la thérapie psychodynamique étaient également efficaces et significativement plus efficace que le simple conseil. Une amélioration significative était retrouvée sur la moitié des variables étudiées sept mois après la fin du traitement. Les sujets antisociaux non-déprimés ne présentaient que peu d'amélioration.

Personnalité évitante

Alden (1989) et Alden et Capreol (1993) ont comparé 76 sujets présentant une personnalité évitante traités en groupe et randomisés selon quatre conditions : exposition graduée ; développement des compétences sociales interpersonnelles ; développement des compétences sociales d'intimité ; liste d'attente (tableau 12.XXI). Les deux groupes qui suivaient les programmes de compétences sociales recevaient un mélange de techniques cognitives et comportementales. L'étude d'efficacité a montré que les trois traitements étaient meilleurs que la liste d'attente à la fin du traitement et à trois mois de suivi.

Troubles de la personnalité (confondus)

La méta-analyse récente de Leichsenring et Leibling (2003) incluait 26 études et concernait les psychothérapies psychodynamiques (15 études avec un suivi

Tableau 12. XXI : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour la personnalité évitante

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Alden, 1989 Alden et Capreol, 1993 <i>Études contrôlées</i> note : 7/10	Comparaison de 3 types de TC et liste d'attente n = 76 suivi 3 mois	Efficacité des trois types de TCC

pouvant aller jusqu'à 4 ans) et les thérapies cognitivo-comportementales (11 études avec un suivi jusqu'à 16 mois) utilisées dans différents troubles de la personnalité (avec une part importante de troubles borderline). Onze études étaient randomisées et contrôlées (comparaison avec une liste d'attente, un autre traitement ou un traitement non spécifique) (tableau 12.XXII). Les psychothérapies psychodynamiques avaient une taille d'effet globale de 1,46, de 1,08 pour les auto-évaluations et de 1,79 pour les hétéro-évaluations. Les tailles d'effet pour les thérapies cognitivo-comportementales

Tableau 12.XXII : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles de la personnalité

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Leichsenring et Leibing, 2003 <i>Méta-analyse</i> note : 3,5/7	Thérapies psychodynamiques (TP) Thérapies cognitivo-comportementales (TCC), 25 études suivi : de 0 à 4 ans	Efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies psychodynamiques. Les thérapies psychodynamiques ont les tailles d'effet les plus importantes Effet des thérapies psychodynamiques dans les troubles de la personnalité. Effet des thérapies cognitivo-comportementales dans les troubles de la personnalité
Winston et coll., 1994 <i>Étude contrôlée</i> note : 8/10	Thérapies psychodynamiques brèves (TP) Évaluation de la symptomatologie et de l'adaptation sociale 81 patients (3 groupes) Comparaison de 2 formes de thérapie psychodynamique brève (thérapie brève interprétative et thérapie brève adaptative) et liste d'attente. Suivi : 6 mois	Efficacité des thérapies psychodynamiques brèves par rapport à la liste d'attente Effet des thérapies psychodynamiques brèves dans les troubles de la personnalité (dépendante, évitante, obsessionnelle-compulsive et histrionique)

étaient respectivement de 1, 1,2 et 0,87. Il existait une corrélation positive mais non significative entre la durée du traitement et la taille d'effet générale et les tailles d'effet des thérapies psychodynamiques évoquaient des changements plutôt à long terme qu'à court terme.

Une étude randomisée et contrôlée de Winston et coll. (1994) incluait 81 patients ayant un trouble de la personnalité (à l'exclusion des personnalités paranoïaques, narcissiques, schizoïdes, schizotypiques et borderline) traités durant 40 semaines en moyenne par deux formes de thérapies psychodynamiques brèves (thérapie brève adaptative et thérapie brève interprétative) ou en liste d'attente. Les sujets ont été réévalués 1 mois et 6 mois après la fin du traitement. L'évaluation des sujets s'intéressait à la symptomatologie et à l'adaptation sociale. Les auteurs retrouvaient une efficacité significative, sur toutes les mesures, par rapport à la liste d'attente, des thérapies psychodynamiques brèves.

La méta-analyse de Perry et coll. (1999) n'a pas été incluse dans notre analyse, malgré une bonne qualité méthodologique. Elle incluait des études très diverses et montrait certes l'efficacité des psychothérapies sur les troubles de la personnalité, mais sans que l'on puisse distinguer dans ce travail, les spécificités des différentes approches psychothérapeutiques, comme les troubles de la personnalité concernés.

En résumé, les thérapies cognitivo-comportementales, comme les thérapies psychodynamiques ont montré leur efficacité pour les personnalités borderline à au moins 1 an de suivi. Toutes deux semblent efficaces pour les personnalités antisociales, lorsque les sujets sont également déprimés, à 7 mois de suivi, ainsi que pour divers autres troubles de la personnalité à 6 mois de suivi. Pour les troubles de la personnalité, comme pour les troubles du comportement alimentaire, aucune étude contrôlée n'a montré à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre.

Troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Les études publiées concernant les approches psychothérapeutiques chez les sujets présentant des troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, que nous avons retenues et leur analyse sont présentées dans les tableaux 12.XXIII et 12.XXIV. Nous n'avons pas retrouvé de travaux sur les thérapies d'inspiration psychanalytique dans cette indication.

Une méta-analyse de Moyer et coll. (2002) incluait 54 études et comparait les effets des interventions brèves (pas plus de 4 séances de thérapie cognitivo-comportementale) auprès de sujets alcoolodépendants demandeurs (34 études) et non demandeurs de soins (20 études) en comparaison à des

Tableau 12.XXIII : Études retenues pour l'évaluation des différentes approches pour les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Approches	Type d'études		
	Méta-analyses	Revue systématique	Études contrôlées
Thérapies cognitivo-comportementales	Moyer et coll., 2002		Burtscheidt et coll., 2002
Thérapies familiales	Edwards et Steinglass, 1995 O'Farrell et Fals-Stewart, 2001	O'Farrell, 1989	
Autres psychothérapies			Thérapie motivationnelle Holder et coll., 2000

Tableau 12.XXIV : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
Moyer et coll., 2002 <i>Méta-analyse</i> note : 5,5/7	Interventions brèves de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (< 5 séances) 34 études chez non demandeurs de traitement, 20 études chez demandeurs de traitement	Efficacité des interventions brèves TCC inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement. Efficacité des interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement, si l'on exclue les plus sévères, par rapport aux contrôles et se maintenant au delà de 3 à 6 mois Effet des interventions brèves (thérapies cognitivo-comportementales) à moyen terme chez les sujets non demandeurs de traitement mais dont les troubles ne sont pas trop sévères
O'Farrell et Fals-Stewart, 2001 note : 3/7	Thérapies familiales (TF) 1 260 sujets 36 études randomisées comparant les thérapies impliquant la famille à des thérapies individuelles et à des listes d'attente	La taille d'effet moyenne favorise les thérapies impliquant la famille en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement, et l'ajustement familial
Edwards et Steinglass, 1995 <i>Méta-analyse</i> note : 5/7	Thérapies familiales (TF) 21 études, suivi : 6 mois	Efficacité des TF dans la motivation du patient alcoolique à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles. Efficacité comparable des TF et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum Efficacité des thérapies familiales dans la motivation et le traitement du patient alcoolique, se maintenant à 6 mois

Tableau 12.XXIV (suite) : Analyse des études retenues pour l'évaluation des différentes approches dans les troubles liés à l'abus et à la dépendance à l'alcool

Références Appréciation méthodologique	Description	Résultats
O'Farrell, 1989 <i>Revue systématique</i>	Thérapies familiales (TF) 13 études	Thérapies familiales impliquant le conjoint ont une efficacité supérieure à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux interventions n'impliquant pas le conjoint Effet à moyen terme des thérapies familiales (TF), si elles impliquent le conjoint sur la consommation d'alcool et la relation de couple
Burtscheidt et coll, 2002 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) Évaluation du taux d'abstinence 120 patients (3 groupes) Comparaison de 2 types de thérapies cognitivo-comportementales à une thérapie de soutien, suivi : 2 ans	Tendance nette mais non significative à une efficacité supérieure de la thérapie cognitivo-comportementale sur le taux d'abstinence. Les résultats les moins bons concernent les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité Tendance à un effet à moyen terme des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur l'abstinence
Holder et coll, 2000 <i>Étude contrôlée</i> note : 9/10	Thérapies motivationnelle et cognitivo-comportementales (TCC). Évaluation des coûts 279 patients (3 groupes) Comparaison thérapie motivationnelle (2 types) et cognitivo-comportementale, suivi : 3 ans	Efficacité comparable des thérapies motivationnelles (TM) et cognitivo-comportementales sur l'abstinence mais à moindre coût pour la TM. Dans les formes plus sévères, c'est la TCC qui a le meilleur rapport coût/efficacité Effet des thérapies motivationnelles et. Effet des thérapies cognitivo-comportementales sur les coûts de prise en charge des sujets ayant de troubles liés à l'alcool

interventions plus longues pour les premiers et à l'absence d'intervention pour les derniers. L'efficacité des interventions brèves se révélait inférieure à celle des interventions plus durables chez les demandeurs de traitement mais si l'on excluait les alcoolodépendants les plus sévères, les interventions brèves TCC chez les non demandeurs de traitement se révélaient efficace et l'efficacité se maintenait au delà de 3 à 6 mois par rapport aux conditions contrôles.

464 La méta-analyse d'Edwards et Steinglass (1995) incluait 21 études (dont 16 randomisées) impliquant l'entourage familial dans des interventions

psychothérapeutiques pour des sujets alcoolodépendants. Elle concluait à l'efficacité des thérapies familiales dans la motivation du patient alcoolodépendant à entamer un traitement par rapport aux situations contrôles (4 études) et à une efficacité comparable des thérapies familiales et individuelles une fois les patients engagés dans un traitement, à l'issue du traitement comme au suivi de 6 mois minimum (efficacité légèrement supérieure pour les thérapies familiales ; 15 études).

Dans la méta-analyse de O'Farrell et Fals-Stewart (2001), sont recensées les études randomisées comparant des thérapies impliquant la famille pour le traitement de l'alcoolodépendance à des thérapies individuelles et à des listes d'attente. Cette méta-analyse de 22 études comportant 1 260 sujets montre que la taille d'effet moyenne est la plus élevée pour les thérapies impliquant la famille, en ce qui concerne la consommation d'alcool, l'entrée et l'assistance dans le traitement et l'ajustement familial.

L'essai randomisé contrôlé de Burtscheidt et coll. (1994) ne retrouvait qu'une tendance (statistiquement non significative) à une amélioration de l'abstinence sous thérapie cognitivo-comportementale *versus* de soutien chez 120 sujets avec un suivi de 2 ans. Les résultats les moins bons concernaient les patients ayant des troubles cognitifs ou un trouble grave de la personnalité.

L'essai randomisé contrôlé de Holder et coll. (2000) s'inscrit dans le vaste projet MATCH conduit aux états-unis et aborde la question qui nous occupe sous l'angle médico-économique. Il comparait psychothérapie motivationnelle (accompagnement dans un processus de changement de comportement par étape) et psychothérapie cognitivo-comportementale, conduites sur 12 semaines, dans un échantillon de 279 patients issus de plusieurs centres et suivis sur 3 ans. L'efficacité des thérapies motivationnelles et cognitivo-comportementales était comparable sur l'abstinence mais les coûts étaient moindres pour la thérapie motivationnelle. Dans les formes plus sévères, les thérapies cognitivo-comportementales avaient le meilleur rapport coût/efficacité.

La revue systématique de O'Farrell (1989) détaillait les études consacrées aux thérapies familiales chez l'alcoolodépendant. Lorsque le conjoint ou un membre de la famille vivant avec le patient était impliqué, les psychothérapies familiales avaient une efficacité supérieure jusqu'à 6 mois, en terme de consommation d'alcool et de qualité de la relation conjugale, par rapport aux approches psychothérapeutiques n'impliquant pas le conjoint.

Nous n'avons pas retenu l'étude comparative de Fukunishi et coll. (1994) comparant deux groupes de familles d'alcoolodépendants et de témoins sains ayant une prise en charge en thérapie familiale de groupe, car elle est non randomisée et elle n'apporte pas d'éléments d'information supplémentaire. Nous n'avons pas retenu également la méta-analyse de Irvin et coll. (1999)

qui rassemblait les données de 26 études publiées ou non, concernant les addictions au sens large et l'alcool pour seulement 5 études.

Au total, dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore de l'ordre de la présomption scientifique malgré leur utilisation répandue dans le traitement de ces troubles. Les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent que les thérapies motivationnelles sont aussi efficaces que les thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool.

Troubles de l'enfant et de l'adolescent

Chez l'enfant et l'adolescent, seules des études rétrospectives et non contrôlées sont disponibles pour les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) qui n'atteignent pas, de ce fait, un niveau de preuve permettant d'aller au delà d'une présomption d'efficacité globale (sur aucun trouble spécifié).

L'efficacité des TCC, chez l'enfant et l'adolescent, dans le traitement de la dépression a été évaluée dans deux méta-analyses (Harrington et coll., 1998 ; Reinecke et coll., 1998), dont les résultats indiquent que la TCC permettait une amélioration symptomatique significative mais la plupart des études utilisées incluaient des sujets recrutés en population générale plutôt que des demandeurs de soins. L'efficacité des TCC est établie dans le traitement des peurs et des phobies (de nombreux essais randomisés convergents pour plusieurs techniques de TCC). Six études contrôlées ont montré l'efficacité des TCC sur un ensemble de troubles anxieux (hyperanxiété, anxiété de séparation et évitement social). Il n'existe qu'une présomption d'efficacité des TCC dans le trouble obsessionnel compulsif de l'enfant et de l'adolescent fondée sur un essai randomisé de faible puissance (De Haan et coll., 1998) (et neuf études en ouvert).

Une seule étude chez l'enfant montre un effet significatif de la thérapie familiale, associée à la TCC, sur la disparition des symptômes de troubles anxieux (hyperanxiété, anxiété de séparation, phobie sociale) (Barrett et coll., 1996). De nombreuses études (7 études contrôlées dont une non randomisée) chez l'enfant ont été menées sur la base de programmes d'intervention familiale, les programmes développés par Lovaas ou TEACCH (pour une étude) en particulier et montraient une efficacité sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

En conclusion, dans la schizophrénie, chez les sujets en phase aiguë ou hospitalisés, les thérapies familiales, associées aux antipsychotiques, sont les

plus efficaces sur le taux de rechute à 2 ans et pour les patients stabilisés et suivis en ambulatoire, en association au traitement médicamenteux, les thérapies cognitivo-comportementales sont efficaces sur l'acquisition d'habiletés sociales ou l'amélioration de la gestion des émotions et l'approche psycho-éducative, familiale ou centrée sur le patient, sur le taux de rechute à 2 ans. Les psychothérapies d'inspiration analytique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Dans les troubles bipolaires, l'approche psycho-éducative, associée au traitement médicamenteux, est efficace sur le fonctionnement global et la compliance au traitement quand elle est conjugale, ou sur le délai de survenue des rechutes maniaques (mais non dépressives) à 18 mois quand elle s'adresse aux patients.

Pour les troubles dépressifs, chez des patients hospitalisés et en association aux antidépresseurs, les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde. Pour des troubles dépressifs d'intensité moyenne ou légère, traités en ambulatoire, les thérapies cognitives ont également fait la preuve de leur efficacité, comme les thérapies interpersonnelles (TI) dont l'efficacité est comparable. Les thérapies de couple seraient efficaces pour les sujets vivant avec un conjoint critique.

Dans les troubles anxieux, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales est bien établie. Les thérapies psychodynamiques brèves seraient efficaces (présomption d'efficacité) dans la prévention des rechutes de trouble panique (en association aux antidépresseurs) et dans le syndrome de stress post-traumatique. Les comparaisons entre les différentes approches ont montré que les TCC sont les thérapies les plus efficaces pour tous les troubles anxieux, que les gains thérapeutiques sont stables dans le temps et que l'on ne retrouve pas de substitution de symptômes dans la période de suivi consécutive au traitement (ce qui a également été retrouvé dans la dépression et la schizophrénie).

Dans la boulimie, l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales et des thérapies interpersonnelles est bien établie. Dans l'anorexie mentale, les thérapies familiales ont fait la preuve de leur efficacité, surtout chez des patients jeunes ayant moins de 3 ans d'évolution et jusqu'à 5 ans de suivi. Les comparaisons entre psychothérapies réalisées à ce jour concluent qu'aucune d'entre elles ne semble clairement plus efficace que les autres pour les troubles du comportement alimentaire.

Pour les troubles de la personnalité de type borderline, les thérapies psychodynamiques comme les thérapies cognitivo-comportementales ont montré leur efficacité. Toutes deux semblent, de même, efficaces pour les personnalités antisociales, lorsque les sujets sont également déprimés, ainsi que pour divers autres troubles de la personnalité. Aucune étude contrôlée n'a montré

à l'heure actuelle qu'une thérapie était plus efficace qu'une autre dans les troubles de la personnalité.

Dans les troubles liés à l'abus ou à la dépendance à l'alcool, l'efficacité des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales reste encore de l'ordre de la présomption scientifique et les thérapies d'inspiration psychanalytique n'ont pas été étudiées dans cette indication.

Chez l'enfant et l'adolescent, les études sur les psychothérapies d'inspiration analytique n'atteignent pas un niveau de preuve permettant d'aller au delà d'une présomption d'efficacité globale (sur aucun trouble spécifique). Les données concernant les thérapies cognitivo-comportementales sont beaucoup plus fournies : présomption d'efficacité des TCC pour les troubles dépressifs de sévérité modérée, pour le traitement des peurs et des phobies, pour l'hyperanxiété, l'anxiété de séparation et l'évitement social et pour le trouble obsessionnel compulsif. L'efficacité des programmes d'intervention familiale a été établie sur le comportement et les capacités d'apprentissage des enfants autistes.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMOWITZ JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 44-52

ALDEN LE. Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 756-764

ALDEN LE, CAPREOL MJ. Avoidant personality disorder : interpersonal problems as predictors of treatment response. *Behav Ther* 1993, **24** : 357-376

BATEMAN A, FONAGY P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1563-1569

BATEMAN A, FONAGY P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001, **158** : 36-42

BARRETT PM, DADDS MR, RAPEE RM. Family treatment of childhood anxiety : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1996, **64** : 333-342

BENTON MK, SCHROEDER HE. Social skills training with schizophrenics : a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1990, **58** : 741-747

BROM D, KLEBER RJ, DEFARES PB. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 607-612

BURNAND Y, ANDREOLI A, KOLATTE E, VENTURINI A, ROSSET N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002, **53** : 585-590

- BURTSCHIEDT W, WOLWER W, SCHWARZ R, STRAUSS W, GAEBEL W. Out-patient behaviour therapy in alcoholism : treatment outcome after 2 years. *Acta Psychiatr Scand* 2002, **106** : 227-232
- CHANNON S, DE SILVA P, HEMSLEY D, PERKINS R. A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 1989, **27** : 529-535
- CLARKIN JF, CARPENTER D, HULL J, WILNER P, GLICK I. Effects of psychoeducational intervention for married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv* 1998, **49** : 531-533
- CONTE HR, PLUTCHIK R, WILD KV, KARASU TB. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 471-479
- CORMAC I, JONES C, CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002, : CD0005
- CORRIGAN PW. Social skills training in adult psychiatric populations : A meta-analysis. *J Behav Therap Exp Psychiatry*, 1991, **22** : 203-210
- CRISP A H, NORTON K, GOWERS S, HALEK C, BOWYER C, YELDHAM D, SEVETT G, BHAT A. A controlled study of the effect of therapies aimed at adolescent and family psychopathology in anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 1991, **159** : 325-333
- DARE C, EISLER I, RUSSELL G, TREASURE J, DODGE E. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa : Randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001, **178** : 216-221
- DAVIDSON PR, PARKER KC. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001, **69** : 305-316
- DE HAAN E, HOOGDUIN KA, BUITELAAR JK, KEIJSERS GP. Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 1022-1029
- DOBSON KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989, **57** : 414-419
- EDWARDS ME, STEINGLASS P. Family therapy treatment outcomes for alcoholism. *J Marital Family Therapy* 1995, **21** : 475-509
- EISLER I, DARE C, HODES M, RUSSELL G, DODGE E, LE GRANGE D. Family therapy for adolescent anorexia nervosa : The results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000, **41** : 727-736
- EISLER I, DARE C, RUSSEL GFM, SZMUKLER G, LE GRANGE D, DODGE E. Family and individual therapy in anorexia Nervosa. A five year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1025-1029.
- ENGELS GI, VERMEY M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders : a quantitative analysis. *J Clin Geropsychology* 1997, **3** : 17-35
- FAIRBURN CG, NORMAN PA, WELCH SL, O'CONNOR ME, DOLL HA, PEVELER RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 304-312

FEDOROFF IC, TAYLOR S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2001, **21** : 311-324

FENTON WS. Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000, **26** : 47-72

FETTES PA, PETERS JM. A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **11** : 97-110

FUKUNISHI I, ICHIKAWA M, ICHIKAWA T, MATSUZAWA K. Effect of family group psychotherapy on alcoholic families. *Psychol Rep* 1994, **74** : 568-570

GHADERI A, ANDERSON G. Meta-analysis of CBT for bulimia nervosa : Investigating the effects using DSM-III-R and DSM-IV criteria. *Scan J Behav Therapy* 1999, **28**, 79-87

GARCIA PALACIOS A, HOFFMAN K, CARLIN A, FURNESS TA, BOTELLA C. Virtual reality in the treatment of spider phobia : a controlled study. *Behav Res Therapy* 2002, **40** : 983-993

GETKA EJ, GLASS CR. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to the reduction of dental anxiety. *Behav Therapy* 1992, **23** : 433-448

GILROY L, KIRBY K, DANIELS BA, MENZIES C, MONTGOMERY I. Controlled comparison of computer-aided vicarious exposure versus live exposure in the treatment of spider phobia. *Behav Therapy* 2000, **31** : 733-744

GLICK ID, CLARKIN JF, SPENCER JH JR, HAAS GL, LEWIS AB et coll. A controlled evaluation of inpatient family intervention. I. Preliminary results of the six-month follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 882-886

GLOAGUEN V, COTTRAUX J, CUCHERAT M, BLACKBURN IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998, **49** : 59-72

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol rev* 1995, **15** : 819-844

GOULD RA, OTTO MW, POLLACK MH, YAP L. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder : a preliminary meta-analysis. *Behav Therapy* 1997a, **28** : 285-305

GOULD RA, BUCKMINSTER S, POLLACK MH, OTTO MW, YAP L. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia : a meta-analysis. *Clin Psychol* 1997b, **4** : 291-306

HARRINGTON R, WHITTAKER J, SHOEBRIDGE P, CAMPBELL F. Systematic Review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998, **316** : 1559-1563

HARTMANN A, HERZOG T, DRINKMANN A. Psychotherapy of bulimia nervosa : what is effective ? A meta-analysis. *J Psychosom Res* 1992, **36** : 159-167

HAY PJ, BACALTCHUK J. Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **2** : CD0005

HOLDER HD, CISLER RA, LONGABAUGH R, STOUT RL, TRENO AJ, ZWEBEN A. Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction* 2000, **95** : 999-1013

- KACHELE H, KORDY H, RICHARD M, RESEARCH GROUP TREAT. Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany : data from a multicenter study. *Psychother Res* 2001, **11** : 239-257
- KAPLAN AS. Psychological treatments for anorexia nervosa : a review of published studies and promising new directions. *Can J Psychiatry* 2002, **47** : 235-242
- KOBAK KA, GREIST JH, JEFFERSON JW, KATZELNICK DJ, HENK HJ. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder : a meta-analysis. *Psychopharmacology (berl)* 1998, **136** : 205-216
- KOONS CR, ROBINS CJ, TWEED JL, LYNCH TR, GONZALES AM et coll. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behav Therapy* 2001, **32** : 371-389
- LEFF J, VEARNALS S, BREWIN CR, WOLFF G, ALEXANDER B, ASEN E, DAYSON D, JONES E, CHISHOLM D, EVERITT BL. The London Intervention Trial : Randomised controlled trial of antidepressant v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner : clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000, **177** : 95-100
- LEICHSENRING F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression : a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001, **21** : 401-419
- LEICHSENRING F, LEIBING E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders : a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003, **160** : 1223-1232
- LEWANDOWSKI LM, GEBING TA, ANTHONY JL, O'BRIEN WH. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatment studies for bulimia. *Clin Psychol Rev* 1997, **17** : 703-718
- LINEHAN M, TUTEK DA, HEARD HL, ARMSTRONG H.E. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patient. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1171-1176
- LINEHAN MM, ARMSTRONG HE, SUAREZ A, ALLMON D, HEARD HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 1060-1064
- LOVAAS OI. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 3-9
- MCCUSKER J, COLE M, KELLER E, BELLAVANCE F, BERARD A. Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Arch Intern Med* 1998, **158** : 705-712
- MALMBERG L, FENTON M. Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001, **3** : CD0013
- MARI JJ, STREINER DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994, **24** : 565-578
- MIKLOWITZ DJ, SIMONEAU TL, GEORGE EL, RICHARDS JA, KALBAG A et coll. Family-focused treatment of bipolar disorder : 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biol Psychiatry* 2000, **48** : 582-592

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, ARONSON A, ROIPHE J et coll. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001, **10** : 239-245

MILROD B, BUSCH F, LEON AC, SHAPIRO T, ARONSON A et coll. Open trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder : a pilot study. *Am J Psychiatry* 2000, **157** : 1878-1880

MOJTABAI R, NICHOLSON RA, CARPENTER BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia : a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998, **24** : 569-587

MOYER A, FINNEY JW, SWEARINGEN CE, VERGUN P. Brief intervention for alcohol problems : a meta analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. *Addiction* 2002, **97** : 279-292

MUHLBERGER A, HERRMAN MJ, WIDEMANN E, ELLGRING H, PAULI P. Repeated exposure of flight phobics to flights in virtual reality. *Behav Res Therapy* 2001, **41** : 1033-1050

NIETZEL MT, RUSSELL RL, HEMMINGS KA, GRETTNER ML. Clinical significance of psychotherapy for unipolar depression : a meta-analytic approach to social comparison. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 156-161

O'FARRELL TJ. Marital and family therapy in alcoholism treatment. *J Subst Abuse Treat* 1989, **6** : 23-29

O'FARRELL TJ, FALS-STEWART W. Family-involved alcoholism treatment. An update. In : Recent developments in alcoholism, Vol.15, Services Research in the Era of Managed Care, Galanter, Kluwer. Academic/Plenum Publishers, New York, 2001, 329-356

OLMSTED MP., DAVIS R., ROCKERT N., IRVINE MJ, EAGLE M., GARNER DM. Efficacy of a brief psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 1991, **29** : 71-83

OST J, ALM T., BRANBERG M, BREITHOLTZ C. One vs five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. *Behav Res Therapy* 2001, **39** : 167-183

PAUL GL. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Clin Psychol* 1967, **31** : 333-348

PEKKALA E, MERINDER L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000 : CD0028

PERRY A, TARRIER N, MORISS R, MCCARTHY E, LIMB K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *Brit Med J* 1999, **318** : 149-153

PERRY JC, BANON E, IANNI F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999, **156** : 1312-1321

PHAROAH FM, MARI JJ, STREINER D. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000, : CD0000

PINQUART M, SOERENSEN S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial intervention with older adults ? A meta analyse. *J Ment Health Aging* 2001, **7** : 207-243

PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J, KISSLING W, ENGEL RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001, **27** : 73-92

REINECKE MA, RYAN NE, DUBOIS DL. Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence : a review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 26-34

ROBINSON LA, BERMAN JS, NEIMEYER RA. Psychotherapy for the treatment of depression : a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990, **108** : 30-49

ROTHBAUM BO, HODGES LF, KOOPER R, OPDYKE D, WILLIFORD JS, NORTH M. Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. *Am J Psychiatr* 1995, **152** : 626-628

SHERMAN JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD : a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998, **11** : 413-435

STEINBRUECK SM, MAXWELL SE, HOWARD GS. A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychol* 1983, **51** : 856-863

STUART S, BOWERS WA. Cognitive therapy with inpatients : review and meta analysis. *J Cognitive Therapy*, 1995, **9** : 85-92

TAYLOR S. Meta-analysis of cognitive behavioral treatment for social phobia. *J Behav Therapy Exp Psychiatry* 1996, **27** : 1-9

THASE ME, GREENHOUSE JB, FRANK E, REYNOLDS CF 3RD et coll. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997, **54** : 1009-1015

VAN BALKOM AJLM, BAKKER A, SPINHOVEN P, BLAAUW BMJW, SMEENK S, RUESINK B. A meta-analysis on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia : a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 1997, **185** : 510-516

VAN BALKOM AJLM, VAN OPPEN P, VERMEULEN AWA, VAN DYCK R, NAUTA MCE, VORST HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder : a comparison of antidepressant, behavior, and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994, **14** : 359-381

VAN ETTEN ML, TAYLOR S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder : a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998, **5** : 126-144

VERHEUL R, VAN DEN BOSCH LMC, KOETER MWJ, DE RIDDER MAJ, STINEN T, VAN DEN BRINCK W. Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder, 12 month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry* 2003, **182** : 135-140

WHITTAL ML, AGRAS WS, GOULD RA. Bulimia nervosa : A meta-analysis of psychosocial and pharmacological treatments. *Behav Ther* 1999, **30** : 117-135

WIBORG IM, DAHL AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder ? *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 689-694

WINSTON A, LAIKIN M, POLLACK J, SAMSTAG LW, MCCULLOUGH L, MURAN JC. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 190-194

WOODY GE, MC LELLAN T, LUBORSKY L, O'BRIEN CP. Sociopathy and psychotherapy outcome, *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 1081-1086

WUNDERLICH UG, WIEDERMANN G, BUCHKREMER. Sind psychosoziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam ? Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 1996, **6** : 4-13