

3

Étapes historiques de l'évaluation

On peut définir la psychothérapie comme un ensemble de « méthodes psychologiques dont le but est de soulager une souffrance dans un cadre contractuel » (Gerin, 1984). Les méthodes d'évaluation qui, au début des psychothérapies, étaient fondées sur des études de cas plus ou moins nombreux, regroupant des patients semblables ou comparables par des auteurs ayant une grande notoriété, ont progressivement été complétées par des essais contrôlés qui ont connu un essor considérable ces trente dernières années dans tous les secteurs de soins : le registre des essais contrôlés de la « *Cochrane collaboration* » compte en 2003 plus de 37 000 entrées ayant trait aux essais contrôlés. Cette « médecine fondée sur des preuves » a cependant des antécédents lointains que l'on peut retrouver à la fin du dix-huitième siècle.

Antécédent aux travaux actuels

Un antécédent lointain aux travaux actuels de recherche contrôlée sur les psychothérapies peut être retrouvé à l'époque des Lumières.

Évaluation du baquet de Mesmer (1784)

En 1784, le roi Louis XVI désigna une commission pour étudier le magnétisme animal de Mesmer qui permettait des cures spectaculaires des troubles psychologiques et physiques, dus, selon Mesmer, à un blocage des fluides dans le corps. Le magnétisme était transmis par des baquets d'eau aimantée selon une procédure secrète impliquant des morceaux de fer. La commission, composée d'Antoine Lavoisier, Joseph Guillotin et Benjamin Franklin, effectua une étude en double aveugle : les sujets qui croyaient que l'eau était magnétisée avaient les réponses cathartiques attendues au fluide magnétique que l'eau fut magnétisée ou non. Il s'agissait donc d'un simple effet de suggestion. Mesmer affirma haut et fort que la magnétisation de l'eau n'avait pas été conduite dans les règles. Le « mesmerisme » continua à jouir d'un grand succès et survécut à ce camouflet expérimental. En effet, il conservait de nombreux partisans, parmi lesquels Lafayette, la reine Marie-Antoinette et Mozart (McNally, 1999).

Ceci confirme le point de vue de Max Planck (1949) et Roland Kuhn (1962), rapporté par Mahoney (1976). Selon Max Planck et Roland Kuhn, les idées erronées ne disparaissent pas parce qu'on a démontré à la fois leur fausseté et la valeur d'idées nouvelles, mais bien parce que leurs défenseurs sont morts et qu'une nouvelle génération a pris leur place pour instaurer un nouveau paradigme qui, à son tour, devra disparaître après une lutte plus ou moins longue, pour laisser la place à un paradigme meilleur.

Premiers travaux sur les effets des psychothérapies analytiques

Dès 1917 Coriat publiait un travail : « Quelques résultats statistiques concernant le traitement psychanalytique des névroses ». Mais le travail le plus important remonte à 1920, à Berlin, sous l'impulsion d'Otto Fenichel, qui avait entrepris, malgré le scepticisme de Freud, des travaux systématiques destinés à préciser la technique psychanalytique. La publication la plus citée est celle de Knight (1941), qui effectua une étude rétrospective chez 592 patients traités par psychanalyse dans les instituts de Berlin, Londres et Chicago, ayant eu au moins six mois d'analyse. Knight proposa les critères d'évaluation suivants :

- amélioration symptomatique ;
- productivité accrue ;
- adaptation meilleure, et meilleur plaisir sexuel ;
- capacité à faire face aux conflits psychologiques ordinaires et à les résoudre ;
- amélioration des relations interpersonnelles.

Knight aboutit à la conclusion que 55,9 % des sujets ainsi traités avaient été guéris ou grandement améliorés. Cependant, en incluant les perdus de vue au cours des six premiers mois, il aboutissait à un taux de résultats positifs de 30 % seulement.

Évaluation globale de la littérature (Eysenck, 1952)

Le véritable début des recherches contrôlées est le fait d'Eysenck (1952), qui regroupa 19 études publiées. Eysenck aboutit à la conclusion que 44 % des patients en analyse présentaient une amélioration, alors que le taux d'amélioration spontanée des problèmes névrotiques était de 66 % sur deux ans. En outre, la psychothérapie dite éclectique n'améliorait que 64 % des patients, tandis que 72 % des patients névrotiques hospitalisés ou traités par des généralistes étaient améliorés. Il y avait donc, selon cette statistique, une relation négative entre la psychothérapie et la guérison. La méthodologie rudimentaire d'Eysenck, qui consistait en un regroupement d'études ayant trait à des problèmes disparates et une comparaison à un groupe contrôle arbitraire, a été critiquée par Garfield et Bergin (1978). Ces auteurs considèrent que le

taux d'amélioration spontanée serait de 30 % et varierait beaucoup selon la nature des problèmes psychopathologiques étudiés. Quelles que soient ses limites, et ses partis pris, l'étude d'Eysenck eut le mérite d'ouvrir la voie à cinquante années de recherche contrôlée féconde.

Étude contrôlée randomisée (Paul, 1967)

L'étude de Paul (1967) représente une avancée du fait de sa méthodologie rigoureuse. Elle était effectuée sur une population d'étudiants ayant un déficit en compétences sociales et une anxiété sociale diffuse dont l'expression la plus commune était la peur de parler en public. Le protocole randomisé comparait quatre groupes :

- thérapie comportementale (désensibilisation systématique, Wolpe (1961 et 1975) : n = 15 ;
- thérapie psychodynamique : n = 15 ;
- attention placebo sous la forme d'une pseudothérapie n'apportant qu'un soutien relationnel : n = 15 ;
- contrôle : 44 sujets servaient de contrôles non traités.

Le traitement était administré en groupes de trois patients durant cinq séances pendant six semaines par des thérapeutes expérimentés.

L'évaluation était multimodale et indépendante. Elle comprenait une batterie de six mesures évaluant l'anxiété, la personnalité et des tests comportementaux. Ces derniers mesuraient la réponse de stress social *in vivo*, c'est-à-dire l'effet sur le symptôme cible. Enfin, après un suivi de deux ans, les effets étaient évalués par une analyse de variance à plusieurs facteurs, suivie de comparaisons multiples sur chacune des mesures. Cette étude a montré que le groupe soumis à une désensibilisation systématique avait 85 % de répondeurs. Le groupe en thérapie psychodynamique présentait des résultats équivalents au groupe attention placebo (50 % de répondeurs). Ces deux derniers groupes présentaient des résultats supérieurs au groupe contrôle non traité (22 % de répondeurs). Sur le suivi de deux ans, il n'apparut pas de rechute ni de substitution de symptômes dans le groupe qui avait reçu la désensibilisation systématique, d'après les mesures comportementales, d'anxiété et de personnalité.

Dans le groupe attention placebo, l'effet observé, particulièrement important (50 %), permettait d'éliminer le rôle, dans les résultats de la désensibilisation systématique, d'une relation thérapeutique non spécifique. La conclusion des auteurs était que la désensibilisation systématique représentait un traitement spécifique de l'anxiété sociale. Il s'agissait donc de ce qu'on appelle aujourd'hui une étude « pivotale », abordant aussi bien les aspects pragmatiques que les problèmes théoriques. L'étude de Paul (1967) présente également l'intérêt d'avoir fixé des standards pour l'ensemble de la recherche en psychothérapie.

Étude contrôlée randomisée avec des patients ambulatoires (Sloane, 1975)

À la différence de l'étude de Paul (1967), qui avait recruté des étudiants, l'étude de Sloane (1975a et b) portait sur 94 patients ambulatoires qui consultaient dans une clinique universitaire pour des troubles variés. Un tiers présentaient des troubles qui aujourd'hui seraient classés parmi les troubles de la personnalité, les autres souffraient par ordre croissant de plaintes corporelles, de soucis généralisés, d'une estime de soi abaissée, de difficultés relationnelles (surtout avec le sexe opposé), de difficultés interpersonnelles et d'anxiété généralisée.

La randomisation assigna 31 patients à la thérapie comportementale, 30 à la thérapie d'orientation analytique et 33 à une liste d'attente. Les deux groupes actifs reçurent environ 14 séances de psychothérapie sur une durée de quatre mois. L'évaluation comportait une mesure d'amélioration globale, des mesures de trois symptômes cibles, de personnalité et d'adaptation. Les thérapeutes étaient expérimentés et suivaient des lignes directrices écrites qui différençaient clairement les deux formes de psychothérapie. Le groupe contrôle recevait un coup de téléphone par semaine pour s'assurer que rien de grave ne s'était produit et pour annoncer une prise en charge prochaine.

Après quatre mois, la thérapie analytique et la thérapie comportementale montraient une amélioration des symptômes cibles chez les patients supérieure à celle des patients du groupe contrôle, sans différence entre elles. En ce qui concerne l'amélioration globale, 93 % des patients en thérapie comportementale, *versus* 77 % des patients aussi bien en thérapie analytique qu'en liste d'attente étaient améliorés ($p < 0,05$). Les trois groupes étaient améliorés sans différence sur les mesures d'adaptation sociale.

À un an de suivi, les patients ayant eu la thérapie comportementale présentaient plus d'améliorations des symptômes cibles que les patients en liste d'attente. Ceux qui avaient eu la thérapie analytique ne se différençaient pas de ceux de la liste d'attente. Cependant, les traitements additionnels reçus durant un an dans les deux groupes rendaient la comparaison difficile. Un autre fait intéressant est que 14 patients du groupe contrôle (42 %) avaient décliné l'offre de tout traitement après quatre mois, car ils s'étaient spontanément améliorés. Une des conclusions de l'étude, après le suivi d'un an, était que la thérapie comportementale avait des effets à la fois spécifiques et plus profonds et diffus. Ce phénomène est comparable à la propagation d'une onde : l'effet de diffusion (*ripple effect*) des thérapies comportementales est retrouvé dans de nombreuses études en particulier dans notre pays (Mollard et Cottraux, 1984). À partir de cette période, la recherche sur les thérapies comportementales devait se développer considérablement, pour aborder à peu près tous les troubles psychopathologiques.

Revue générale de la littérature (Luborsky, 1975)

Luborsky et coll. (1975), après une analyse statistique de 40 études, aboutirent à la conclusion de l'efficacité de la psychothérapie en général et l'équivalence des différents types de psychothérapie. Toutes les écoles de psychothérapie « avaient gagné et méritaient un prix », verdict de l'oiseau Dodo dans « Alice au pays des merveilles ». En effet, dans cette revue, les résultats obtenus avec les différentes formes de thérapie étaient supérieurs à ceux obtenus dans le groupe contrôle. En fait, la méthodologie de Luborsky apparaît assez rudimentaire : elle consistait à établir des « boîtes de scores » pour inspecter les fréquences de résultats. Par exemple, pour la comparaison entre psychothérapies en général et contrôle, on pouvait observer la configuration suivante de la boîte de score :

- thérapie à l'étude meilleure que le comparateur : 20 ;
- thérapie à l'étude et comparateur égaux : 13 ;
- comparateur meilleur que la thérapie à l'étude : 0.

La revue de Luborsky incluait des études randomisées de recherches portant sur de « vrais » patients, recevant de « vrais » traitements (« *bona fide patients and treatments* ») qui étaient codés par deux évaluateurs indépendants, ce qui pour l'époque représentait un progrès. Mais aucun calcul n'est rapporté et les conclusions sont un simple commentaire sur ces fréquences. On peut aussi observer que la revue portait sur un mélange de divers troubles et de diverses formes de psychothérapie.

Luborsky, cependant, aboutit à quelques conclusions spécifiques : la thérapie comportementale apparaissait meilleure pour les phobies spécifiques que les autres méthodes, la pharmacothérapie était meilleure que la psychothérapie en général, et la combinaison pharmacothérapie plus psychothérapie était supérieure à la psychothérapie seule. La tentative de synthèse effectuée par Luborsky avait le mérite d'ouvrir la voie à une méthode plus sophistiquée : la méta-analyse.

Méta-analyse des effets psychothérapeutiques (Glass, 1976 ; Smith et Glass, 1977)

L'évaluation des effets et des résultats des psychothérapies s'est ensuite développée de manière exponentielle, ce qui obligea les évaluateurs à inventer une méthode statistique pour effectuer une analyse quantitative de l'ensemble des études disponibles : la méta analyse (Glass, 1976 ; Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980). Devant la nécessité de rendre compte des effets des psychothérapies aux instances officielles et aux compagnies d'assurances, de nombreux travaux ont essayé d'évaluer, aussi bien globalement que par trouble psychopathologique, les résultats de la littérature. On peut observer, qu'à partir de cette époque, qui suit le premier choc pétrolier

(1973), c'est le « tiers payant » qui représentera le demandeur social le plus pressant d'évaluation des psychothérapies. Un autre facteur est l'éducation du public par les médias et le fait que les patients, en général, demandent de plus en plus de comptes aux soignants. La méta-analyse, ainsi que les classifications des maladies psychiatriques comme le DSM et l'ICD, a pour objectif de répondre à cette demande sociale. Cette époque a été marquée par des méta-analyses globales qui ont été fortement critiquées

Le travail initial le plus important reste celui du groupe de Smith et Glass (Smith et Glass, 1977 ; Smith et coll., 1980) qui, après avoir regroupé 475 études portant sur 25 000 sujets, a calculé la taille d'effet (*effect size*). Ils aboutirent à la conclusion que pour l'ensemble de ces études, elle était de 0,68 ; autrement dit, chez des personnes ayant eu une psychothérapie, l'amélioration moyenne était de 75 % supérieure à celle observée chez des sujets du groupe témoin. Ils regroupèrent les différents types de thérapies en deux grandes sous-classes :

- désensibilisation systématique, implosion, modification du comportement et Gestalt-thérapie ;
- thérapie psychanalytique, thérapie non directive de Carl Rogers, psychanalyse d'Adler, thérapie cognitive, analyse transactionnelle et thérapie éclectique.

Smith et Glass aboutirent à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre ces deux sous-classes.

Critiques de la méta-analyse de Smith et Glass

Une des nombreuses critiques adressées à Smith et Glass était que le regroupement d'études disparates mettant sur le même plan des travaux effectués avec des étudiants volontaires et de véritables patients faisait que leurs conclusions ne reflétaient pas la réalité de la pratique clinique courante (Rachman et Wilson, 1980). De plus, certaines études importantes avaient été négligées et le regroupement des thérapies cognitives avec les thérapies psychanalytiques plutôt qu'avec la thérapie comportementale apparaissait comme une erreur importante. En fait, si l'on représente les tailles d'effet méthode thérapeutique par méthode thérapeutique, on s'aperçoit, comme le montre le tableau 3.1, que trois méthodes cognitivo-comportementales présentent les meilleurs résultats. Et que la seule méthode à avoir une taille d'effet importante, c'est-à-dire supérieure à 0,80, est la désensibilisation systématique.

Prioleau et coll. (1983), reprenant 32 études contre placebo de l'étude de Smith et Glass (1977), tout en obtenant la même taille d'effet que Smith et Glass, ont abouti à la conclusion qu'il n'y avait pas de différence entre un regroupement de diverses formes de psychothérapie et placebo. Les études étaient principalement des études ayant trait à la thérapie psychanalytique et aux thérapies humanistes, principalement rogerienne (82 %) ; seulement

Tableau 3.1 : Résultats de la méta-analyse de Smith et Glass par méthode thérapeutique (d'après Rachman et Wilson, 1980)

Méthode	Taille d'effet
Désensibilisation systématique (TCC)	0,91
Thérapie cognitive (Ellis) (TCC)	0,77
Modification du comportement (TCC)	0,76
Thérapie adlérienne	0,71
Exposition en imagination (TCC)	0,64
Thérapie rogerienne (Thérapie humaniste)	0,63
Thérapie psychanalytique	0,59
Analyse transactionnelle (Thérapie humaniste)	0,58
Gestalt-thérapie (Thérapie humaniste)	0,26

6 études sur 32 (18 %) portaient sur des thérapies cognitives ou comportementales.

Le fait que dans la revue de Smith et Glass il n'y avait que 22 % de « vrais » patients a entraîné d'autres travaux.

Andrews et Harvey (1981) ont repris, dans l'étude de Smith et Glass, 81 études ayant trait aux problèmes névrotiques de 2 202 vrais patients et ont classé les thérapies en trois catégories : comportementale (regroupée avec la thérapie cognitivo-comportementale), psychanalytique (regroupée avec la thérapie cognitive et la Gestalt-thérapie) et humaniste (thérapie non directive de Carl Rogers regroupée avec le conseil). Ils ont abouti à la conclusion qu'il y avait des différences entre les trois catégories. La thérapie comportementale, avec une taille d'effet de 0,97, était supérieure au placebo, à la thérapie analytique brève (taille d'effet de 0,74 par rapport au placebo) et à la thérapie humaniste (taille d'effet de 0,35 par rapport au placebo). La thérapie humaniste ne différait pas significativement du placebo (étude australienne).

Limites des méta-analyses globales : problèmes méthodologiques

La principale pierre d'achoppement des études méta-analytiques est le regroupement d'études concernant des pathologies ou des problèmes psychologiques variés et aussi les biais d'inclusion tenant à l'allégeance idéologique des auteurs. L'analyse de l'étude méta-analytique de Wampold et coll. (1997) permet de comprendre les conclusions abusives qui peuvent être tirées de méta-analyses qui, à la fois, sont globales et présentent des biais importants d'inclusion. Wampold et coll. (1997) comparaient des thérapies dite « de bonne foi » à des thérapies représentant de simples contrôles sans véritable intention de traiter. Selon ces auteurs, une thérapie de bonne foi est une thérapie dans laquelle le thérapeute, ayant un bon niveau de maîtrise et un manuel, développe une relation et adapte le traitement au patient. Il existait

cependant une importante limitation à cette étude : elle n'incluait pas la totalité des données, contrairement aux règles habituelles de la méta-analyse. Seulement six journaux publiés aux États-Unis entre 1970-1995 étaient pris en compte. Les résultats exprimés en taille d'effet sont présentés dans le tableau 3.II.

Tableau 3. II : Résultats après regroupement de thérapies (d'après Wampold et coll., 1997)

Comparaisons	Taille d'effet
Thérapie <i>versus</i> pas de traitement	0,82
Thérapie <i>versus</i> placebo	0,48
Placebo <i>versus</i> pas de traitement	0,42
Différences entre thérapies « de bonne foi »	0,00-0,21

Mais on peut observer que sur les 114 études incluses, 79 (69 %) comparaient des formes différentes de thérapie cognitive et comportementale entre elles (Crits-Christoph, 1997). De plus, il est habituel de trouver une équivalence dans les essais contrôlés randomisés de ces méthodes qui se recoupent en bien des points (Cottraux et coll., 2001). En outre, seulement quatre impliquaient la thérapie analytique, aucune la thérapie familiale, trois incluait des enfants et adolescents. Wampold et coll. soulignent d'ailleurs eux-mêmes qu'ils n'envisagent pas les catégories diagnostiques une par une, et ne peuvent donc conclure au sujet de l'efficacité de chaque type de thérapie pour chaque problème spécifique. Mais les auteurs ne devraient pas non plus parler de « psychothérapie » en général, puisque plus des deux tiers des études entrées dans la méta-analyse appartiennent au même courant psychothérapique, les thérapies cognitivo-comportementales, et représentent de ce fait la source de variation la plus importante.

On voit ici comment on peut faire dire à la méta-analyse ce qu'on souhaite entendre. Aussi, la recherche s'est maintenant centrée sur l'étude de traitements spécifiques appliqués à des troubles aussi définis que possible et les méta-analyses modernes s'efforcent d'inclure tous les essais de qualité, y compris ceux qui ont été publiés dans des revues obscures, présentés dans des congrès ou encore oubliés par leurs auteurs dans les tiroirs.

Historique des travaux sur l'évaluation des thérapies familiales

Concernant l'évaluation des thérapies familiales, les dix premières études d'évaluation ont été publiées entre 1972 et 1983, recensant 178 articles, dont

83 non contrôlés. Ces premières études n'ont pas abouti à un consensus clair concernant l'efficacité des thérapies familiales. Mais les revues de la littérature soulignent les défauts méthodologiques des études (caractères inadéquat des groupes contrôles, non fiabilité des mesures, absence de délai suffisant avant l'appréciation du suivi, aspect mal défini des fondements théoriques permettant les comparaisons. Au cours des années 1980, plusieurs méta-analyses et revues (Gurman et coll., 1986 ; Hahlweg et Markman, 1988 ; Hazelrigg et coll., 1987 ; Shadish et coll., 1993) fournissent plusieurs arguments pour conclure à l'efficacité des thérapies de couple et de famille mais sans apporter des résultats très précis. La méta-analyse de Shadish et coll. (1993) marque une étape dans l'évolution des travaux. Les auteurs proposent en effet des indications plus circonstanciées, des comparaisons entre différentes orientations théoriques en thérapie familiale et une analyse de la signification clinique des résultats en fonctions des orientations et des problèmes traités. Ils soulignent également l'importance de la prise en compte des méthodologies des études pour l'appréciation des résultats. Un autre aspect qui vient progressivement à l'ordre du jour dans les études est l'étude du maintien des résultats positifs sur le long terme. Enfin, l'effet des thérapies familiales est apprécié non seulement sur le trouble du patient concerné mais aussi sur le fonctionnement global de la famille. Pour les troubles de l'enfant, les thérapies familiales occupent une place de choix. Les travaux les plus conséquents se sont intéressés aux techniques psycho-éducationnelle qui mobilisent la famille et qui ont obtenu des résultats significatifs pour certains troubles (autisme en particulier). Les travaux les plus récents sont évoqués dans le chapitre sur l'évaluation des thérapies familiales

Historique des travaux d'évaluation de thérapies chez l'enfant

La première recherche publiée sur l'évaluation des psychothérapies chez l'enfant est probablement celle d'Evelyn Alpern en 1946, comparant deux approches thérapeutiques courantes : l'une dans laquelle l'enfant et ses parents sont vus et traités ensemble, l'autre dans laquelle l'enfant et ses parents sont vus et traités séparément. Les résultats de l'étude étaient exprimés en termes d'impression du clinicien sur les progrès de l'enfant, sans considération de catégories diagnostiques, ni randomisation aux deux conditions de traitement, ni évaluation standardisée pré- et post-traitement.

Dix ans plus tard, la revue de Levitt (1957) sur l'évaluation des psychothérapies chez l'enfant, contemporaine de celle d'Eysenck (1952) chez l'adulte, aboutissait, comme cette dernière, à la même conclusion pessimiste : les formes traditionnelles de psychothérapie ne sont pas plus efficaces que l'absence de traitement. Dans les années 1950 et 1960, la première génération d'études sur l'efficacité des psychothérapies posait la question de leur

capacité à induire une modification de la personnalité, sans spécification ni différenciation des formes de psychothérapie utilisées, ni des problèmes cliniques à traiter. L'essor de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) dans les années 1960 et 1970 a par la suite fortement contribué à promouvoir une approche plus scientifique, tant de la pratique clinique que de la recherche thérapeutique. La question « Est-ce que la psychothérapie marche ? » est alors remplacée par « Quelles procédures spécifiques sont les plus efficaces pour traiter tel ou tel problème clinique ? ». C'est le début des études avec allocation randomisée à l'un des différents traitements posés en comparaison. Depuis les années 1980, la troisième génération de recherches en psychothérapie utilise le modèle des essais cliniques contrôlés issu de la pharmacothérapie, les diagnostics DSM et des manuels décrivant précisément les traitements utilisés.

En conclusion, l'ère des comparaisons globales de méthodes psychothérapeutiques, s'appliquant à des troubles psychopathologiques variés regroupés et impliquant des volontaires, est révolue. La stratégie actuelle est de comparer pour chaque trouble selon l'ICD ou le DSM, des types de psychothérapie bien définis de manière opérationnelle entre elles, au placebo ainsi qu'à des traitements médicamenteux. Vu le nombre des essais thérapeutiques contrôlés portant sur des troubles précis, il est relativement facile d'étudier les thérapies cognitives et comportementales et la thérapie interpersonnelle. Il s'avère plus difficile d'étudier les thérapies familiales non cognitivo-comportementales, les thérapies psychanalytiques, l'hypnose ou les thérapies humanistes (Gestalt thérapie, analyse transactionnelle, thérapie rogerienne) bien qu'il existe des essais contrôlés pour ces différentes méthodes dans différentes indications. Il est de toute façon illusoire de vouloir étudier scientifiquement toutes les formes de psychothérapie étant donnée leur prolifération : 200 à 400 selon les diverses estimations.

BIBLIOGRAPHIE

ALPERN E. Short clinical services for children in a child guidance clinic. *Am J Orthopsychiatry* 1946, **26**

ANDREWS G, HARVEY R. Does psychotherapy benefit neurotic patients ? A reanalysis of the Smith, Glass and Miller data. *Arch Gen Psychiatry* 1981, **38** : 1203-1208

CORIAT IH. Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychoanal Rev* 1917, **4** : 209-216

COTTRAUX J, NOTE ID, CUNGI C, LÉGERON P, HEIM F et coll. A controlled study of cognitive-behavior therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia. A one year follow-up. *Br J Psychiatry* 1995, **167** : 635-641

COTTRAUX J, NOTE I, YAO SN, LAFONT S, NOTE B et coll. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behaviour therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychother Psychosom* 2001, **70** : 288-297

- CRITS-CHRISTOPH P. Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research : comment on Wampold et al., 1997. *Psychol Bull* 1997, **122** : 216-220
- EYSENCK HJ. The effects of psychotherapy : An evaluation. *J Consult Psychol* 1952, **16** : 319-324
- GARFIELD AE, BERGIN SL. Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1978
- GERIN P. L'évaluation des psychothérapies. Presses universitaires de France, Paris 1984
- GLASS GV. Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976, **5** : 3-9
- GURMAN AS., KINSKERN DP, PINSOF WM. Research on marital and family therapies. In GARFIELD SL, BERGIN AE. eds, Handbook of psychotherapy and behavior changes, 3rd edition, Wiley, New York, 1986 : 565-624
- HAHLWEG K, MARKMAN HJ. Effectiveness of behavioral marital therapy : Empirical status of behavioral techniques in preventing and allieviating marital distress. *J Consult Clin Psychol* 1988, **56** : 440-447
- HAZELRIGG MD, COOPER HM, BORDUIN CM. Evaluating the effectiveness of family therapies : An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin* 1987, **101** : 428-442
- KNIGHT RP. Evaluation of the results of the psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 1941, **96** : 434-446
- KUHN R. The structure of scientific revolutions. University of Chicago Press, Chicago 1962
- LEVITT EE. The results of psychotherapy with children : an evaluation. *J Consult Psychol* 1957, **21** : 189-196
- LUBORSKY L, SINGER B, LUBORSKY L. Comparative studies of psychotherapies : is it true that everyone has won and all must have prizes ? *Arch Gen Psychiatry* 1975, **32** : 995-1008
- MAHONEY MJ. Scientist as a subject. The psychological imperative. Ballinger Publishing Company, Cambridge Massachussets 1976
- MCNALLY RJ. EMDR and Mesmerism : A comparative historical analysis. *J Anxiety Disord* 1999, **13** : 225-236
- MOLLARD E, COTTRAUX J. Changements positifs de l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) chez 70 sujets traités par thérapie comportementale. *Psychol Med* 1984, **16** : 2385-2394
- PAUL G. Insight versus desensitization in psychotherapy two years after termination. *J Consult Psychol* 1967, **31** : 333-348
- PLANCK M. Scientific autobiography and other papers. Philosophical Library, New York 1949
- PRIOLEAU L, MURDOCH M, BRODY N. Analysis of psychotherapy versus placebo studies. *Behav Brain Sci* 1983, **6** : 275-285

RACHMAN S, WILSON GT. The effects of psychological therapy, Pergamon, London, 1980

SHADISH WR, MONTGOMERY LM, WILSON P, WILSON MR, BRIGHT I, OKWUMABUA T. *J Consult Clin Psychol* 1993, **61** : 992-1002

SLOANE RB, STAPLES FR, CRISTOL A, YORKSTON NJ, WHIPPLE K. Short-term analytically oriented psychotherapy versus behavior therapy. *Am J Psychiatry* 1975a, **132** : 373-377

SLOANE RB, STAPLES FR, CRISTOL A, YORKSTON NJ, WHIPPLE K. Psychotherapy versus behavior therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1975b

SMITH ML, GLASS GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977, **32** : 752-760

SMITH ML, GLASS GV, MILLER TI. The benefits of psychotherapy. John Hopkins University Press, Baltimore 1980

WAMPOLD BE, MONDIN GW, MOODY M, STICH F, BENSON K, AHN HN. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies : empirically, « All must have prizes ». *Psychol Bull* 1997, **122** : 203-215

WOLPE J. The systematic desensitization treatment of the neuroses. *J Nerv Ment Dis* 1961, **132** : 189-203

WOLPE J. The practice of Behavior Therapy. Stanford University Press, 1969. In : La pratique de la thérapie comportementale. Traduction J. Rognant, Masson, Paris 1975