



ELSEVIER

Disponible en ligne sur [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

et également disponible sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

Article original

## Quinze ans après le rapport de l'Inserm. L'efficacité de la psychanalyse ré-évaluée<sup>☆</sup>

### *Fifteen years after the Inserm report. The efficacy of psychoanalysis re-evaluated*

Guénaél Visentini (Attaché temporaire d'enseignement et de  
recherche, Psychologue clinicien)\*

CRPMS, université de Paris, 75013 Paris, France

#### INFO ARTICLE

*Historique de l'article :*

Reçu le 1<sup>er</sup> avril 2020

Accepté le 26 avril 2020

*Mots clés :*

Inserm

Santé mentale

Efficacité

Psychothérapie

Psychanalyse

Évaluation

Recherche

Méthode

Données probantes

#### R É S U M É

**Objectif.** – Depuis les années 2000, en France, les politiques de « santé mentale » s'appuient sur des données probantes. Concernant les psychothérapies, l'expertise de l'Inserm, publiée en 2004 et concluant à l'absence de preuve d'efficacité pour la psychanalyse, reste une référence importante. L'objectif de cet article est d'en réinterroger la valeur scientifique, quinze ans après.

**Méthode.** – Après avoir fait retour au contexte de rédaction du rapport et aux controverses ayant entouré sa publication, nous proposons une revue des études d'efficacité ayant depuis évalué la psychanalyse. Cette littérature récente, principalement internationale, reste assez méconnue en France.

**Résultats.** – Le rapport d'expertise de l'Inserm, pour part recevable à sa parution, apparaît aujourd'hui relativement daté, tant au plan méthodologique que dans ses conclusions. Les plus récentes études d'efficacité démontrent en effet que les thérapies psychanalytiques et cognitivo-comportementales ne présentent pas de différences notables d'efficacité, pour la quasi-totalité des troubles connus.

<sup>☆</sup> Toute référence à cet article doit porter mention : Visentini G. Quinze ans après le rapport de l'Inserm. L'efficacité de la psychanalyse ré-évaluée. *Evol psychiatr* 2021; 86(3): pages (pour la version papier) ou URL [date de consultation] (pour la version électronique).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [guenael.visentini@yahoo.fr](mailto:guenael.visentini@yahoo.fr)

*Discussion.* – Ces résultats donnent lieu à débat. Une partie des scientifiques croit qu'ils sont l'effet d'un manque de rigueur dans les protocoles expérimentaux. D'autres soutiennent au contraire que la recherche des *facteurs spécifiques* de l'efficacité est une impasse, et prouvent des études en conditions naturelles pour apprécier les *facteurs contextuels cumulés* de l'efficacité thérapeutique.

*Conclusions.* – Sans préjuger des orientations et résultats futurs de la recherche, il apparaît néanmoins que le rapport d'expertise de l'Inserm ne peut plus être aujourd'hui la référence dominante, en France, pour recommander les « bonnes pratiques » psychothérapeutiques. Au vu de la littérature scientifique aujourd'hui disponible, la psychanalyse est une offre de soin à préconiser *parmi d'autres* – position à laquelle souscrivent les systèmes de santé de nombreux pays.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## A B S T R A C T

---

### Keywords:

Inserm  
Mental health  
Effectiveness  
Psychotherapy  
Psychoanalysis  
Evaluation  
Research  
Method  
Evidence-based

---

*Objective.* – Since the 2000s, “mental health” policies in France have to be based on evidence. A report on various forms of psychotherapy, published by the INSERM (the French National Institute of Health and Medical Research) in 2004, and whose conclusion was that there is no evidence of effectiveness for psychoanalysis, remains an important reference. The aim of this article is to re-examine its scientific value, fifteen years later.

*Method.* – After returning to the context in which this report was written and the controversies surrounding its publication, we propose a review of the efficacy studies that have since evaluated psychoanalysis. This recent literature, mostly international, remains relatively little known in France.

*Results.* – The INSERM's expert report – whose status could in part be promoted at the time of its publication – now appears to be relatively dated, both in terms of methodology and in its conclusions. The majority of current efficacy studies show that psychoanalytical and cognitive-behavioral therapies do not show any significant differences in efficacy for almost known disorders.

*Discussion.* – These results give rise to debate. Some scientists believe that they are only due to a lack of rigor in the experimental protocols. Others, on the contrary, maintain that the search for *specific factors* of efficacy is a dead end and promote studies in natural conditions, in order to assess the *cumulative contextual factors* of therapeutic effectiveness.

*Conclusions.* – Without prejudging future research orientations and results, it nevertheless appears that the INSERM report can no longer be the dominant reference in France today for recommending psychotherapeutic “good practices.” Research has progressed considerably. In view of the international scientific literature available today, psychoanalysis is one offer of care to be advocated *among others* – a position to which many countries subscribe.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

---

## 1. Introduction

Depuis les années 2000, dans le champ de la « santé mentale », les décisions politiques doivent s'appuyer sur des données scientifiques relatives à l'efficacité des thérapies [1,2]. Il s'agit d'une

déclinaison, dans le champ du soin, de principes plus généraux issus de la « nouvelle gestion publique », qui vise à faire exceller le ratio coût/bénéfice des investissements d'État [3–5].

C'est au nom d'une telle « bonne gouvernance » fondée sur la science que la Direction Générale de la Santé (DGS), l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (Unafam) et la Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-Patients en Psychiatrie (Fnap-psy) demandent en 2002 à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) une expertise sur l'efficacité comparée des psychothérapies. L'objectif annoncé est d'améliorer l'offre soignante en France, en préconisant les traitements jugés scientifiquement les plus bénéfiques.

Le rapport *Psychothérapie. Trois approches évaluées* paraît en 2004. Il prend la forme d'une revue de la littérature accessible à cette époque, suivie d'une synthèse conclusive. Non sans controverses à l'intérieur même du comité d'expertise, seules les études d'efficacité *en conditions de laboratoire* (essais contrôlés randomisés) et leurs méta-analyses, sont retenues pour étayer la démarche d'évaluation. Cela exclut les recherches cliniques *en conditions naturelles* (études observationnelles contrôlées sur des cas uniques et/ou mis en séries), bien qu'elles aient été historiquement privilégiées par la psychanalyse au motif recevable (malgré leur plus faible validité interne) d'une plus grande significativité clinique [6].

La conclusion du rapport s'en déduit mécaniquement. On compte comparativement beaucoup moins de preuves *expérimentales* d'efficacité pour la psychanalyse que pour les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) – celles-ci ayant entrepris de nombreux essais cliniques depuis le milieu des années 1980. Si un tel constat de moindres preuves statistiques (en conditions de laboratoire) n'équivaut pas à une preuve d'inefficacité de la psychanalyse, les TCC deviennent pourtant en France, dans le sillage du monde anglo-saxon, les psychothérapies à promouvoir. En conséquence, la Haute autorité de santé (HAS) initie une politique d'implémentation des dites « bonnes pratiques » *cognitivo-comportementales* dans les champs sanitaire et médico-social, en dé-recommandant l'approche psychanalytique. Cette politique se poursuit depuis lors à une vitesse croissante. N'en donnons que quelques exemples :

- dans un rapport de 2012, la psychanalyse est classée dans les « interventions globales non consentuelles [pour l'autisme] [...] [au vu de] l'absence de données sur [son] efficacité » ([7], p. 27), en conséquence de quoi le 3<sup>e</sup> *Plan autisme* (2013–2017) promeut les « interventions comportementales et éducatives » ([8], p. 10), option poursuivie dans la *Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement* (2018–2022), qui note « les difficultés d'application des RBPP [recommandations de bonnes pratiques professionnelles] » ([9], p. 90) dans les Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et les Centre médico-psychologique (CMP), lesquels accordent traditionnellement une grande place aux approches psychanalytiques ;
- fin 2019, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), prend acte du fait qu'« il existe des approches thérapeutiques dont l'efficacité est scientifiquement fondée » ([10], p. 4) tant pour remettre en cause le contenu des formations universitaires françaises en psychologie (pour part référées à la psychanalyse) que la valeur professionnalisante des diplômes ainsi obtenus et la possibilité – qu'ils confèrent – d'exercer en institution ;
- dans le même temps, une possible réforme des CMPP est amorcée – inauguralement en région Nouvelle-Aquitaine – les contraignant à terme à se « repositionner » (sous peine d'arrêt des financements), en adoptant des « méthodes d'intervention conformes aux recommandations de bonne pratique professionnelle » ([11], p. 5).

Si les décideurs publics justifient en 2020 encore leurs stratégies en « santé mentale » au vu des préconisations de ce rapport ([10], p. 40, n. 127), on peut cependant interroger, d'un point de vue scientifique, la pertinence de la référence à un tel document d'expertise très « national » (quasi non cité dans la littérature du reste du monde), seul en son genre dans l'histoire de l'évaluation des psychothérapies en France, controversé à sa sortie, et fortement contredit par les résultats les plus récents de la recherche.

Depuis les années 2000, il existe en effet un grand nombre de données probantes nouvelles qui remettent clairement en cause ses conclusions et recommandations. Le champ de la recherche sur les

psychothérapies dispose aujourd'hui de nombreuses études d'efficacité clinique, aux méthodologies plus rigoureuses que par le passé et aux résultats convergents. Des articles de référence en rendent compte périodiquement dans la littérature scientifique.

En ce qui concerne plus précisément la psychanalyse, elle peut à présent arguer d'un nombre substantiel d'essais contrôlés randomisés (ECRs) ainsi que de méta-analyses mesurant son efficacité selon les standards les plus élevés de preuve. Dans le même temps, les méthodologies des études observationnelles de cas, classiquement utilisées pour évaluer ses effets, ont vu leurs protocoles être renforcés pour souscrire aux normes de rigueur faisant aujourd'hui consensus.

Un fait notable émerge de ces travaux multiples : la psychanalyse – en tant que thérapie psychodynamique, verbale, centrée sur la relation transférentielle non consciente, à la fois interprétative et soutenante – *est efficace*, sur le court terme comme le long terme, pour la quasi-totalité des troubles connus. De plus – autre fait notable –, elle s'avère globalement *aussi efficace* que les TCC, pour chacun de ces troubles. Telle est la conclusion d'une majorité de chercheurs sur l'efficacité des psychothérapies [12–22], même si certains d'entre eux (et notamment les tenants des approches cognitivo-comportementales) continuent de penser que c'est faute de ne pas disposer de meilleures méthodes pour départager les différents types de thérapies [23]<sup>1</sup>.

Si ces résultats scientifiques demeurent en grande partie méconnus des psychanalystes français – que ces questions d'évaluation intéressent peu [26] –, ils n'en remettent pas moins en cause les conclusions du rapport d'expertise de l'Inserm énoncées en 2004 – et donc son statut d'outil fiable d'aide à la décision. Par conséquent, il nous semble tout à fait nécessaire d'en rendre compte ici, tant à l'attention de ceux qui mettent en œuvre les politiques de soin pour étayer leur devoir d'être informés, qu'auprès du grand public, au nom de son droit à l'information.

Nous n'avons pas l'ambition ici de déployer exhaustivement les enjeux complexes de ce champ d'étude international (pour une présentation plus circonstanciée, voir [27]). Nous souhaitons seulement dresser un bref bilan de la situation, quinze ans après la parution d'un rapport aux préconisations discutables, plus encore aujourd'hui qu'au moment de sa parution. Nous proposons pour cela une démarche en deux temps :

- en recontextualisant d'abord les controverses scientifiques qui ont entouré son élaboration et sa publication (2) ;
- en restituant ensuite de manière synthétique les données probantes *actuelles* sur l'efficacité de la psychanalyse (3).

## 2. Une expertise controversée

Aussitôt publié en 2004, le rapport d'expertise de l'Inserm *Psychothérapie. Trois approches évaluées* divise publiquement. Différents groupes de psychiatres ou psychologues (également psychanalystes) dénoncent sa partialité et, partant, la non-légitimité de sa mise en ligne sur le site internet du ministère de la santé – ayant valeur de reconnaissance politique. Cela conduit le ministre de l'époque (Philippe Douste-Blazy) à se rétracter – le rapport continuant d'être consultable sur le site en ligne de l'Inserm, en tant que document scientifique autonome.

Jean Cottraux – fervent défenseur des TCC et psychiatre co-rédacteur de l'expertise –, s'insurge contre ce retrait au point d'être à l'origine d'une « Brève » dans la revue *Science*, où il dénonce un « acte de censure » politique [28]. Débute une instrumentalisation du rapport, dont le premier jalon est la parution l'année même du *Livre noir de la psychanalyse* [29]. *L'anti-livre noir de la psychanalyse* lui répond l'année suivante, sous la forme d'une réponse collective de praticiens d'une grande association de psychanalyse [30]. Mais au-delà des accusations mutuelles d'instrumentalisation et de contre-instrumentalisation politique de la science – dont certains quotidiens nationaux relaient l'effervescence toute française [31,32] –, une autre controverse a lieu à un niveau plus scientifique,

<sup>1</sup> Les défenseurs des TCC affirment souvent que celles-ci seront reconnues à terme comme « les plus efficaces de toutes », au vu du statut scientifique-*expérimental* de leurs concepts. Ce à quoi les défenseurs de la psychanalyse répondent qu'il s'agit là d'arguments plus déclaratifs que scientifiques [24,25].

entre spécialistes des disciplines et pratiques concernées. Plus discrète, cette controverse technique a moins souvent été restituée.

Dès 2004, des questionnements méthodologiques l'inaugurent [33]. Leur emboîtant le pas, un collectif de psychiatres et psychologues psychanalystes – Roger Perron, Bernard Brusset, Clarisse Baruch, Dominique Cupa et Michèle Emmanuelli – se livre alors à une critique serrée des choix du comité d'expertise, à l'occasion d'une journée scientifique du SIUEERPP<sup>2</sup>. Un texte plus étayé vient enfin formaliser la critique, laquelle prend pour cible le statut épistémique du rapport [35].

L'expertise de l'Inserm consiste en effet en une synthèse de données extraites d'articles scientifiques, eux-mêmes sélectionnés à partir de la littérature internationale disponible à l'époque. C'est une étude dite « de niveau 3 », de valeur moins probante que les essais contrôlés randomisés (ECRs) (études « de niveau 2 »), ou les méta-analyses à partir d'ECRs (études « de niveau 1 »). L'Inserm n'a donc procédé à aucune démarche évaluative propre, au plan clinique. Le comité d'expertise a simplement examiné une sélection de travaux existants, d'époques et de niveaux de rigueur relativement variables. Or qui dit sélection de la littérature dit nécessité de déterminer certains critères. Les objections des psychanalystes pointent le fait que :

- l'expertise a impliqué la constitution préalable d'un groupe d'experts (qui étaient-ils ? de quelle formation clinique ? comment et par qui ont-ils été choisis ?) ;
- il a fallu partir d'une théorie de la « maladie mentale » (qu'est-ce qu'« aller mal », pour une personne ? ; avec quels outils diagnostiques l'évalue-t-on ?) ;
- ces choix ont corrélativement enveloppé une théorie du soin (qu'est-ce qu'« aller mieux », être « rétabli » ou être dit « guéri », pour une personne ? ; avec quels outils de mesure l'évalue-t-on ?).

À chacune de ces étapes, des décisions épistémiques ont été prises, dans un sens ou dans l'autre, qui ont déterminé le parcours. Ce n'est pas le but ici de restituer le détail de toutes les critiques adressées au rapport final. Nous renvoyons aux textes source [6,33,35–42]. Nous voudrions seulement, pour aider à en cerner les contours – et donc tenter de resituer au plus juste la valeur scientifique de l'expertise, à sa sortie en 2004 –, faire l'inventaire des limites et biais *finale*ment admis par certains défenseurs du rapport eux-mêmes, plusieurs années après – à l'issue de la controverse.

Un praticien-chercheur est ici en position tout à fait intéressante. Philippe Cialdella, psychiatre, bon spécialiste des méta-analyses [43–46], propose en effet dans l'après-coup une position nuancée, au décours d'un texte-réponse [47] à celui produit par Perron, Brusset, Baruch, Cupa et Emmanuelli [35]. Même s'il rappelle que sa position n'engage que lui, cette « défense » *prenant en compte les objections des analystes* a l'avantage d'être un point de vue mesuré, relu à la fois par un critique du rapport (J.-M. Thurin), un de ses vigoureux défenseurs (J. Cottraux), et par des observateurs extérieurs moins directement impliqués – psychiatres, pharmacologues ou philosophes (H. Chabrol, M. Cucherat, J.-D. Guelfi, P.-H. Castel). L'article de Cialdella fournit ainsi une appréciation raisonnable de l'expertise de l'Inserm, plus scientifiquement avertie que celle d'autres psychiatres [48].

Bien que réfutant les accusations de biais statistique et de biais d'allégeance faites par ses collègues psychiatres et psychologues *psychanalystes*, Cialdella, en toute honnêteté intellectuelle :

- trouve justifiée la critique formulée par ces derniers de l'usage de méthodes paramétriques, soit « l'emploi du “t” de Student sans vérification des distributions dans les études de niveau 1. [...] Il s'agit d'une limite réelle [...] de l'expertise de l'Inserm » ([47], p. 787–788) ;
- reconnaît que le mélange (sans autre précaution que de l'annoncer préalablement) d'études de niveau 1 fondées sur le « d » de Glass et le « d » de Cohen peut générer jusqu'à « environ ±10 % » de marges d'erreurs dans les résultats (marge qu'il juge cependant acceptable) ([47], p. 788) ;

<sup>2</sup> Cf. la journée du Séminaire Inter-Universitaire Européen d'Enseignement et de Recherche en Psychopathologie et Psychanalyse (SIUEERPP) du 8 mai 2004, « Soigner, enseigner, évaluer », laquelle a donné lieu à un numéro spécial de la revue *Cliniques méditerranéennes* [34].

- admet qu'« il y a un problème de présentation des résultats dans l'expertise Inserm, qui sont donnés en fonction du niveau de preuve (d'efficacité absolue) » ([47], p. 788), alors qu'il ne s'agit pas d'une étude statistique et que donc parler de niveaux probants A, B ou C n'a de sens que métaphorique ;
- est d'accord pour dire que « le plus grand nombre d'études d'efficacité absolue réalisées avec les TCC qu'avec les TP [thérapies psychodynamiques] fait que les premières franchissent la barre du niveau de preuve alors que les secondes ne la franchissent pas » ([47], p. 788) ;
- se rallie ensuite au constat que « le DSM-III [...] a éclaté les anciennes névroses (surtout l'hystérie et la névrose d'angoisse) en diverses rubriques sur les axes I et II et introduit de nouvelles catégories, comme la phobie sociale. De ce fait, le manque apparent de preuve d'efficacité absolue pour les TP serait peut-être partiellement contrebalancé par les preuves obtenues pour les névroses, qui n'ont pas été sélectionnées dans le chapitre "synthèse" de l'expertise » ([47], p. 788) ;
- rappelle de façon pertinente, resituant le niveau de preuve de l'expertise à son juste niveau, que « les comparaisons indirectes d'efficacité absolue sont sans valeur probante », « étant faussées par des conditions expérimentales parfois très différentes » et qu'il y a justement « abus des comparaisons indirectes » dans le rapport de l'Inserm, ce qui fragilise de beaucoup ses conclusions ([47], p. 787-789) ;
- note encore que « l'expertise Inserm pêche par [...] le manque de prise en compte des critères d'évaluation multiples et des comorbidités » ([47], résumé), ce qui n'est qu'une conséquence du fait qu'elle s'appuie sur des ECRs et des méta-analyses tirées des premiers, lesquels ont pour critère d'inclusion dans les cohortes – à l'opposé de la clinique quotidienne – l'absence de co-morbidité.

Pour toutes ces raisons, selon Cialdella, l'expertise de l'Inserm « peut être critiquée » ([47], p. 788). Il aurait fallu, pour atténuer les objections, tenir compte de ces nombreux biais et limites en modérant scientifiquement les conclusions. Rappelons que, sur de si frêles bases méthodologiques et empiriques, le rapport de l'Inserm conclut péremptoirement :

« [I] est désormais clair que des différences significatives existent entre les différentes approches. Les effets les plus positifs sont à porter au crédit des approches cognitives et comportementales dans les comparaisons globales [...] » ([49], p. 418)

Par contraste, à la même époque (en 2004), un des manuels internationaux de référence sur les psychothérapies conclut à l'opposé que :

« [L]orsqu'on se réfère aux études de bonne qualité méthodologique qui comparent les différentes approches thérapeutiques, on doit constater que les différences sont régulièrement faibles voire négligeables. » ([50], p. 166)

C'est à cette conclusion bien plus modeste qu'arrive également Cialdella en 2007, à partir des données contenues dans le rapport. Si l'on ne prend en compte que la part fiable de l'expertise, soit l'ensemble des résultats issus de *comparaisons directes* entre types de thérapies, que trouve-t-on, selon lui ? Que les écarts statistiques sont dans ces cas très faibles :

« [L]'examen des études ou [méta-analyse] de comparaisons directes TP-TCC ne montre pas de supériorité écrasante des TCC [...]. [L]es différences entre TCC et TP sont faibles, dépassant rarement un ES [effect-size] de 0,20. » ([47], p. 788-789)

Rappelons ici qu'il est d'usage dans la littérature internationale de considérer une « taille d'effet » comme « élevée » lorsqu'elle se situe entre 0,8 et 1. Elle est dite « moyenne » entre 0,5 et 0,8, « faible » entre 0,5 et 0,2 et, à partir de 0,2, « négligeable » ([51], p. 228). Les données du rapport, lorsqu'il s'agit de comparaisons directes – les plus fiables possibles – indiquent donc une différence « dépassant rarement » le seuil du négligeable.

Cialdella voit de plus dans cette *non-significativité* des résultats un argument pour invalider la critique de partialité de l'étude : comment une expertise aboutissant au fond à ne pas trouver de différence notable entre l'efficacité de la psychanalyse et celle des TCC pourrait-elle être suspectée de biais d'allégeance ? Il minimise ce faisant la conclusion du rapport – que les TCC auraient « clairement » gagné la bataille de l'efficacité –, résultat final qui, de son aveu même, outrepassa les données pourtant

rigoureusement recueillies. Selon Jean-Michel Thurin, c'est cette rupture « surprise » de la démarche scientifique – due à la reprise en main des conclusions par la seule *direction* du collectif d'experts (majoritairement pro-TCC) – qui le pousse à se distancier du rapport publié ([6], p. 24).

Quant à l'accusation de biais statistiques, Cialdella la récuse au motif bien trouvé que l'expertise de l'Inserm n'est pas une étude statistique (de niveau 1) et ne peut donc receler de biais de cet ordre. Dont acte. Mais il omet ce faisant de rappeler qu'au vu des choix d'amont effectués, 113 des 124 études sur l'efficacité de la psychanalyse ont été exclues du travail de synthèse. Cela situe à onze contre plusieurs centaines, dans l'expertise, le ratio « études d'efficacité en psychanalyse vs en TCC » ([6], p. 24).

Au-delà de la reconnaissance des biais et de la faible significativité des résultats du rapport, la position de Cialdella est en définitive de louer *l'existence* de cette expertise comme un premier pas vers ce qui lui apparaît être une nécessité à venir : l'évaluation comparée des psychothérapies. La France étant alors en retard par rapport au champ de la recherche internationale, il défend le geste de l'Inserm, même s'il reconnaît en creux le caractère problématique de ses conclusions. Il en appelle pour finir au développement des ECRs pour tester la psychanalyse et à l'élaboration de méta-analyses plus fiables, sans toutefois adhérer à l'exclusivisme méthodologique du rapport – puisqu'il note qu'il « faudrait aussi procéder à des études naturalistes, qui restent indispensables pour mieux apprécier la généralisabilité des résultats obtenus dans les études [randomisées] » ([47], p. 789).

Le double programme – expérimental et observationnel – auquel Cialdella invite les chercheurs est ce qui est justement mis en œuvre au tournant des années 1990-2000 dans le champ d'étude des psychothérapies – psychanalyse incluse. Dans le monde anglo-saxon d'abord, les analystes commencent à multiplier les essais contrôlés randomisés pour tester dans des conditions de laboratoire l'*efficacité* de leur pratique, tout en continuant à améliorer leurs études observationnelles avec pour objectif de comprendre plus précisément l'*efficacité* de leurs interventions – soit les processus psychiques de changement, concrètement induits. En France, après d'autres appels à évaluer les effets de la psychanalyse [40], un vaste projet d'études d'efficacité *en conditions naturelles* – cf. le « Réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques » (RRFPP)<sup>3</sup> – est mis en place en 2008, sous l'égide de l'Inserm [52].

Aujourd'hui encore assez peu connues dans les milieux cliniques français – bien que certains groupes pionniers de recherche y fassent en partie référence [53-56] –, les très nombreuses études d'efficacité produites depuis les années 2000 – surtout à l'international – offrent des points de vue renouvelés sur la pratique analytique, tant sur les mécanismes repérables de son efficacité que sur ses bénéfices cliniques mesurables. Il importe d'en donner un aperçu.

### 3. Vue d'ensemble des données probantes actuelles sur l'efficacité de la psychanalyse

Nous n'entrerons pas dans le détail des opérations méthodologiques nécessaires à l'évaluation de la psychanalyse. Chaque type d'étude d'efficacité a ses avantages et inconvénients, au regard des spécificités de la pratique analytique [53,54,57-59]. En médecine et, plus encore, en psychothérapie, le consensus est aujourd'hui qu'« il n'y a pas d'"étalon-or *universel*" » ([60], p. 22) en matière de méthode d'évaluation :

« Il n'y a pas de meilleure preuve en soi, au sens absolu ; seulement *en référence* à un type particulier de problème, dans un contexte particulier. » ([61], p. 106)

Relativement à tels enjeux évaluatifs précis, telle méthode est considérée comme la meilleure envisageable par les chercheurs – qu'ils soient psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes [62-69]. Concernant les thérapies analytiques, trois grands types d'études sont actuellement menées :

- les essais contrôlés randomisés, en conditions de laboratoire ;
- les méta-analyses, qui s'appuient sur les premiers ;
- les études observationnelles contrôlées, sur des cohortes de cas en conditions naturelles.

<sup>3</sup> Pour une présentation du projet, voir en ligne : <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/ProjetRRFPP.html>.

### 3.1. Psychanalyse et essais cliniques : état de la littérature

Dès les tous premiers essais contrôlés randomisés incluant la psychanalyse, dans les années 1980, les résultats indiquent une efficacité globalement égale entre les différentes approches thérapeutiques, que ce soit pour la dépendance aux opiacés [70] ou – lors du grand projet du National Institute of Mental Health américain (NIMH) – pour la dépression [71].

Depuis ces expérimentations pionnières, on peut, avec la prudence requise, pointer que les thérapies analytiques sont efficaces et qu'elles sont globalement *aussi efficaces* que d'autres formes de psychothérapies également testées (thérapies cognitivo-comportementales, interpersonnelles, systémiques, humanistes, familiales), pour :

- les troubles légers de la personnalité – recoupant en partie les « névroses » au sens psychanalytique [72–75] ;
- les troubles anxieux [76] ;
- les co-morbidités anxieuses dans les troubles d'angoisse panique [77] ;
- les troubles d'anxiété sociale [78,79] ;
- les phobies [80] ;
- les phobies sociales [81] ;
- les troubles de stress post-partum [82] ;
- les attaques de panique [83] ;
- les troubles du stress post-traumatique [84] ;
- les deuils pathologiques [85,86] ;
- les dépressions sévères [87–89], post-partum [90], de personnes âgées [91], d'aidants familiaux [92] ;
- les troubles borderline [93–99] ;
- les problématiques de couple [100] ;
- les comportements de violences conjugales [101] ;
- les troubles de dépendance à l'alcool [102] ;
- les troubles de dépendance aux opiacés [70] ;
- les troubles alimentaires (anorexie, boulimie) [103–106].

On pourrait discuter point par point la nature précise des thérapies analytiques testées dans ces études (plusieurs sous-courants existent) et également quels types de TCC y participent (elles sont nombreuses), ou différencier plus finement que cela n'est fait ici les types de troubles, les types de résultats – voire mieux, examiner les méthodologies utilisées pour chacune de ces études.

On ne prend cependant pas de risque inconsidéré à conclure, à partir de ces travaux, que la psychanalyse, sous sa forme *a priori* recadrée en quelques principes fondamentaux (approche psychodynamique, verbale, centrée sur la relation transférentielle, à la fois interprétative et soutenante), est efficace – et globalement aussi efficace que d'autres approches –, ainsi que la très grande majorité des synthèses internationales de référence le reconnaissent aujourd'hui [12–22].

### 3.2. Psychanalyse et méta-analyses de son efficacité : état actuel de la littérature

Afin de cumuler les résultats de chacun des essais cliniques mentionnés plus haut en un niveau de preuve statistiquement plus fiable (aujourd'hui qualifié de « niveau 1 »), des méthodes de calcul ont été inventées – initialement, d'ailleurs, dans le champ de l'évaluation des psychothérapies [107]. Sans rentrer dans les détails extrêmement complexes de leur élaboration – aujourd'hui encore en débat –, elles rendent notamment possible de construire un indice appelé « taille d'effet » (*effect size*), qui permet de quantifier la probabilité qu'une hypothèse de travail  $H_1$  (par exemple, l'efficacité supposée d'une thérapie) soit à l'origine des résultats cliniques constatés, par contraste avec l'hypothèse nulle  $H_0$ , constituée par le groupe de contrôle (qu'il y ait absence de thérapie ou thérapie alternative). En d'autres termes, plus une taille d'effet est statistiquement grande pour une thérapie donnée, plus il est justifié de repousser l'hypothèse nulle, ce qui augmente inversement la probabilité que les effets cliniques observables soient dus à la thérapie concernée et non au hasard [108,109].



Ce qu'ont montré les méta-analyses depuis une trentaine d'année, c'est une taille d'effet moyenne à élevée quant à l'efficacité de toutes les psychothérapies, comparativement aux groupes de contrôle, et des tailles d'effet différentielles (entre les psychothérapies) négligeables, quand bien même de très faibles écarts numériques apparaissent à l'occasion, dans un sens ou dans l'autre.

### 3.2.1. Efficacité de la psychanalyse par rapport aux groupes de contrôle

Des études statistiques ont ainsi montré que la psychanalyse avait une efficacité clinique supérieure aux groupes de contrôle *toutes pathologies confondues*, de manière *générale* [110]<sup>4</sup>, sur le *court terme* [111,112]<sup>5</sup>, et sur le *long terme* [113]<sup>6</sup>.

Toujours par rapport aux groupes de contrôle, les thérapies psychanalytiques, *sur le court terme*, s'avèrent plus particulièrement efficaces pour :

- les troubles communs (non psychiatriques) [114]<sup>7</sup> ;
- les troubles de la personnalité avec troubles dépressifs [115]<sup>8</sup> ;
- les troubles psychiatriques [116]<sup>9</sup> ;
- les troubles à symptômes somatiques [117]<sup>10</sup> ;
- les troubles de l'anxiété sociale chez les adolescents [118]<sup>11</sup> ;

Elles s'avèrent également particulièrement efficaces *sur le long terme*, comparées aux groupes de contrôle, pour les *troubles psychiques complexes* [119]<sup>12</sup>.

L'efficacité supérieure de la psychanalyse par rapport à l'effet placebo n'est donc pas seulement prouvée par quelques essais cliniques isolés. Des opérations méta-analytiques permettent de donner à des séries de résultats indépendants un *niveau de preuve plus élevé*.

### 3.2.2. Efficacité de la psychanalyse par rapport à d'autres approches

Des méta-analyses ont également montré que les thérapies psychanalytiques avaient une efficacité clinique égale *toutes approches concurrentes confondues et toutes pathologies confondues*, tant sur le court terme que sur le long terme [12,13,22,111,114,120-122]<sup>13</sup>.

Comparativement à d'autres formes de traitement, les thérapies psychanalytiques s'avèrent par ailleurs méta-analytiquement aussi efficaces que les autres thérapies testées, pour :

- les troubles de l'anxiété [123] ;
- les troubles dépressifs [124] ;
- les troubles de la dépendance alcoolique [125].

Comparativement aux TCC plus précisément, les thérapies psychanalytiques s'avèrent aussi efficaces, pour :

- les troubles de la personnalité [126] ;
- les troubles dépressifs en général [127,128], tant sur le court terme [129-131] que sur le long terme [132] ;
- les troubles schizophréniques [133].

<sup>4</sup> TE de 1,01, et 0,18 de plus un an après.

<sup>5</sup> TE de 0,91 pour la première. TE de 0,71 pour la seconde.

<sup>6</sup> TE de 1,8.

<sup>7</sup> TE de 0,51 à 1,08.

<sup>8</sup> TE de 1 à 1,27.

<sup>9</sup> TE de 1,39 pour des problèmes précis, de 0,9 pour les symptômes psychiatriques et de 0,8 pour le fonctionnement social, qui croissent sur le long terme (respectivement 1,57, 0,95 et 1,19).

<sup>10</sup> TE de 0,58 à 0,78.

<sup>11</sup> TE de 0,74 (notons que les TCC obtiennent ici une taille d'effet légèrement supérieure de 0,26, cf. TE = 1).

<sup>12</sup> TE de 0,44 à 0,68.

<sup>13</sup> Nous ne différencions pas, ici, les méta-analyses proprement dites des revues critiques de méta-analyse. Les secondes renvoient au final à des méta-analyses.

Elles permettent enfin d'augmenter le degré et la qualité du rétablissement, combinées avec des traitements pharmacologiques, dans les cas de dépressions légères à sévères [134].

La littérature internationale, en ce sens, indique plus l'absence de preuve significative de la supériorité d'un type de psychothérapie sur les autres que l'inverse, même si des controverses continuent d'avoir lieu à ce sujet [113,128,135-141] et si, pour certains troubles et sous certaines conditions, de légères différences apparaissent parfois, en très légère faveur des TCC pour les troubles obsessionnels compulsifs [142], ou en très légère faveur de la psychanalyse pour les troubles de la personnalité [126] – notamment (sur le long terme), lorsqu'ils sont complexes [138].

### 3.3. Les études observationnelles contrôlées, en conditions naturelles

Si les essais contrôlés randomisés ont d'abord constitué l'étalon-or en termes de protocoles de recherche (sur le modèle de la médecine et de la psychopharmacologie), ils se sont progressivement heurtés à un ensemble de limites pratiques qui leur ont fait perdre le *monopole* de l'excellence, *en tout cas pour ce qui concerne le champ de recherche sur l'efficacité des psychothérapies* [143-146].

La mise en œuvre d'essais cliniques requiert en effet le respect rigoureux de clauses méthodologiques très strictes. Pour tester comparativement un facteur spécifique, il s'agit que tous les autres facteurs possiblement agissants soient neutralisés (relativement au phénomène étudié), c'est-à-dire que soient dé-complexifiées en laboratoire les *situations réelles* testées – où sinon concourent une trop grande multiplicité de facteurs, sans que l'on puisse jamais être certain de savoir lesquels pèsent sur le résultat final et à quel degré [61].

Concernant les psychothérapies, il s'agit par exemple :

- de neutraliser les caractéristiques propres des thérapeutes (en manualisant les thérapies et en établissant des protocoles stricts pour l'« administration » des « traitements » aux patients) ;
- de neutraliser les différences diagnostiques en se dotant d'outils à forte fiabilité inter-juge (comme le DSM, élaboré à cette fin dans l'après-guerre) ;
- de neutraliser les différences de procédures évaluatives (en employant des échelles de mesure standard) ;
- de neutraliser l'effet placebo (en constituant des groupes de contrôle, en plus des groupes comparatifs) ;
- de neutraliser les biais de sélection (en allouant aléatoirement les patients à chacun des groupes test).

Les chercheurs travaillant à évaluer l'efficacité des psychothérapies, alors même qu'ils ont défini ces méthodes (pour respecter les clauses de la « médecine fondée sur des preuves ») ont reconnu la difficulté à les mettre en place dans le champ des psychothérapies. La dé-complexification des situations de soin psychique est en effet très difficile à réaliser *en pratique*. Les psychothérapies ne s'administrent pas comme des médicaments. On constate ainsi, dans les grands ECRs multi-sites, des différences d'efficacité significatives dans les résultats, non pas en fonction des *types* de thérapies testées, mais en rapport aux *sites* où ont eu lieu les essais. La recherche a ainsi dû conclure à l'existence de facteurs cachés *locaux*, non spécifiques aux thérapies testées.

La personnalité du thérapeute, ses compétences, son expérience, la qualité de sa rencontre avec ses patients, ont été détectés comme cliniquement significatifs pour l'efficacité des psychothérapies [147-152]. Côté patient, l'état concret des troubles ainsi que leurs courbes d'évolution – non pris en compte par les seuls diagnostics syndromiques –, leur aptitude à adhérer ou pas à chaque type de protocole (à se sentir pris en charge, à croire au référentiel de leur thérapeute) et l'enclenchement ou non de dynamiques interpersonnelles sont également apparus comme des ingrédients déterminants pour l'efficacité des prises en charge [14,153-156].

Par ailleurs, les essais cliniques, du fait de leurs strictes exigences méthodologiques, ne peuvent tester qu'une partie très réduite des personnes atteintes de troubles psychiques. Pour constituer des groupes de patients suffisamment homogènes (avec un même trouble-cible, « toutes choses étant égales par ailleurs »), on doit en effet exclure tous les patients en souffrance ayant des co-morbidités. Or les pathologies multiples sont la règle en « santé mentale », plus que l'exception, le fonctionnement psy-

chique étant global et non facilement sécable [157–160]. De sorte que les résultats logiquement plus fiables des ECRs sont dans le même temps cliniquement moins significatifs [161,162], car faiblement représentatifs de l'ordinaire de la pratique [163,164].

La situation thérapeutique où un patient (supposé « sain » par ailleurs) pourrait se voir administrer par un thérapeute subjectivement mis en retrait (grâce à l'utilisation d'un manuel pratique) une thérapie protocolaire ciblée (telle une pilule unilatéralement active) pour un trouble exactement localisé, *n'existe pas*. En conséquence, les résultats d'ECRs – par ailleurs peu satisfaisants du point de vue de la recherche, car non discriminants – restent très artificiels. Testant des « thérapies de laboratoire » ([165], p. 141), ils offrent peu de garanties aux patients et à leurs thérapeutes quant aux taux d'efficacité annoncés, lorsque ceux-ci se trouvent *en situations réelles*. Cette critique des illusions de l'« efficacité potentielle » a poussé le champ de la recherche à tenter de déterminer plus avant les mécanismes processuels de l'« efficacité réelle » [166]. La voie des études observationnelles s'est rouverte. Ces dernières ont en effet le grand avantage de permettre une mesure de l'efficacité reflétant mieux les pratiques en conditions ordinaires.

Lorsque la complexité des phénomènes cliniques cesse d'être expérimentalement neutralisée, elle s'offre à l'observation et à la description. Le chercheur élargit alors ses perspectives. Trouver « la » thérapie supposée la meilleure *en elle-même* (indépendamment de tout contexte, comme s'il s'agissait d'une médication de la *psyché*) devient moins important que de pouvoir déterminer les ingrédients contextuels – communs à toutes situations thérapeutiques – de l'efficacité [149,167].

Aujourd'hui, à côté des ECRs et des méta-analyses, se développe donc de plus en plus un champ de recherche clinique s'appuyant sur des études de cas mises en série et des études de cas uniques, avec pour objectif de répondre à cette question séminale posée par G. Paul (chercheur en psychologie clinique des années 1960), à rebours du modèle de recherche expérimental alors dominant :

« Quel traitement, administré par qui et dans quelles circonstances, est le plus efficace pour les problèmes singuliers de ce patient-ci ? ([168], p. 111)

Ces études observationnelles d'efficacité, plus qualitatives en leurs fondements, permettent dans un deuxième temps une quantification de leurs résultats et donc certaines opérations statistiques – méta-analyses comprises. La recherche scientifique sur l'efficacité des psychothérapies est aujourd'hui demandeuse des deux types de recherche, même si, au niveau politique, les décideurs continuent souvent – comme on le voit également en France – à privilégier les résultats des méta-analyses issues d'essais cliniques. C'est que le modèle expérimental, par ses succès incontestables (y compris en médecine), nourrit l'idéal d'un savoir statistiquement efficace dans le réel pour les psychothérapies *comme pour d'autres formes de soin*. Pour les cliniciens-chercheurs et les patients concernés, en revanche, la compréhension des enjeux propres aux situations concrètes de psychothérapie s'avère tout aussi importante – sinon plus – que les probabilités peu représentatives du laboratoire.

De telles études observationnelles contrôlées ont en tout cas rigoureusement démontré l'efficacité de la psychanalyse, et son efficacité différentielle égale comparée à celle d'autres approches, pour une grande partie des troubles connus [20,169–171]. Mais ce qu'elles permettent avant tout, ce sont des analyses fines des processus concrets du changement. Il serait impossible de citer toutes les études concernées, depuis les années 2000. Renvoyons ici à la plus large revue de la littérature sur le sujet, régulièrement mise à jour par le Comité de recherche indépendant de l'*International Psychoanalytical Association* (IPA) [59].

On peut cependant mentionner un florilège de travaux récents. Les psychanalystes ont par exemple pu étudier *cliniquement*, à travers de multiples échelles de mesure croisées :

- les effets différentiels précis des interprétations du transfert, dans la relation psychanalytique [172] ;
- les différentes séquences du rétablissement psychodynamique, pour des thérapies analytiques à long terme [173] ;
- le lien précis entre de nouveaux positionnements subjectifs et le repérage d'un certain nombre de processus analytiques [174] ;
- les étapes des processus psychiques transitionnels, au cours de psychodrames psychanalytiques [175] ;

- la diminution des troubles du comportement et un développement de l'expérience émotionnelle et de la relation aux autres, dans le cas d'enfants autistes [176] ;
- la déclinaison différentielle des effets de la rencontre selon l'état (pré-traitement) de deux patients identiquement diagnostiqués et traités par le même psychanalyste [177] ;
- l'impact des « dosages » des thérapies analytiques sur des patients atteints à la fois de dépression et de troubles de la personnalité [178] ;
- la mesure comparative des améliorations symptomatiques ainsi que de divers changements « structuraux », secondairement ventilés par types d'approches (dont les TCC) [179].

#### 4. Conclusion

En 1982, dans un article devenu célèbre, Morris Parloff assimilait l'ensemble des pratiques psychothérapeutiques à une jeune Bambi, confrontée au Godzilla de la demande scientifique et étatique d'évaluation. Qu'allaient devenir ces fragiles expériences de soin, contextuelles, complexes (à mesure humaine), sur le lit de Procuste des méthodologies expérimentales prônées par les politiques de santé publique [180] ?

Trente ans plus tard, Richard Glass lui répond. Il constate que les TCC ont réussi leur pari dès les années 1990–2000 et que les approches psychanalytiques ont certes pris du retard pendant cette période mais participent désormais activement à l'effort légitime d'évaluation de leurs pratiques, y compris au sens expérimental. Les bambis « psychothérapies » ont donc survécu à Godzilla [181]. Et la psychanalyse en est sortie grandie d'une réflexivité plus fine et critique sur ses objectifs, ses principes constitutifs, ses limites et ses leviers opératoires.

Il y a cinq ans, l'actualisation par Leichsenring et son équipe d'une grande méta-analyse (auparavant dirigée par lui) sur l'efficacité des psychothérapies psychanalytiques, est apparue plus que jamais combative dans son titre même : *The Empirical Status of Psychodynamic Psychotherapy. An Update: Bambi's Alive and Kicking* [182]. La psychanalyse se réapproprie ainsi aujourd'hui une part de son histoire scientifique longtemps dépréciée – en interne comme en externe. Si cela reste moins connu encore en France que dans le reste du monde, les psychanalystes évaluent quali-quantitativement depuis 1917 l'efficacité de leurs pratiques [27]. Jusqu'aux années 1980, ils ont majoritairement produit des comptages rétrospectifs, des études de suivi indépendantes et des études prospectives « pré-post » autour de cas structurés. Dans les années 1980 à 2000 ont été initiés de grands projets d'études observationnelles contrôlées. Et depuis quinze ans, les psychanalystes ont investi les essais contrôlés randomisés – se donnant ainsi la possibilité de produire des méta-analyses sur l'efficacité de leurs pratiques.

Les résultats expérimentaux (ECRs) ont certes eu un intérêt scientifique, mais limité. La psychanalyse s'est avérée aussi efficace que les TCC ou quelques autres parmi les rares thérapies testées. Depuis Rosenzweig et Luborsky [183,184], on nomme cette impasse de la recherche : « verdict du Dodo ». Il s'agit d'une allusion à la célèbre « course au caucous » lewis-carrollienne, où le Dodo déclare pour finir, alors que chacun est parti d'un endroit propre, a fait un parcours sans commune mesure avec celui des autres et s'est arrêté en un point différent : « Tout le monde sans exception a gagné, chacun de nous doit recevoir un prix » ([185], p. 64–65).

Cette conclusion, même dans sa forme restreinte – *non-relativiste*, ne faisant pas référence à toutes les thérapies mais seulement aux quelques approches testées –, donne aujourd'hui encore lieu à controverses [13,144]. Quoi qu'il en soit de la possibilité à terme de départager ou pas les types de psychothérapies au moyen d'essais cliniques en conditions expérimentales, la recherche s'oriente parallèlement de plus en plus vers un vaste programme d'études en conditions naturelles, moins centrées sur les *facteurs spécifiques* de l'efficacité que sur ses *facteurs contextuels*, « communs » aux différentes situations psychothérapeutiques, que l'on juge tout aussi nécessaires d'évaluer – voire plus.

La psychanalyse suit ce mouvement de la recherche, qui fédère une majorité d'approches thérapeutiques. Elle se tourne de plus en plus vers des études séquentielles intra-cas, tentant de comprendre ensuite – par mises en séries inter-cas et montées en généralités statistiques – les différents facteurs agissants. En France, ce courant est largement représenté par les travaux en cours du Réseau

de Recherche sur les Pratiques Psychothérapeutiques (RRPP), coordonnés par Jean-Michel Thurin à l'Inserm, Unité 669<sup>14</sup>.

Baucoup reste à faire, mais il est indéniable que la psychanalyse, à partir du début du XXI<sup>e</sup> siècle, a nouvellement investi le champ de la recherche sur l'efficacité des psychothérapies – rendant compte scientifiquement du bénéfice thérapeutique qu'elle apporte aux patients. Au vu des données également probantes sur l'efficacité d'autres types de thérapies, les recommandations des décideurs publics français devraient en toute logique prôner, comme c'est le cas dans de très nombreux pays, la pluralité des approches ayant prouvé leur efficacité à un niveau opératoire (ou à un autre) de la relation de soin – qu'il s'agisse du niveau psychodynamique, cognitivo-comportemental ou psychosocial. Il en va de l'intérêt supérieur des patients.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs; 2001 [En ligne]. Available from: [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf).
- [2] Kouchner B, editor. Plan santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover. 2001 [En ligne]. Available from: <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=Ministere/Publications/2001/mental.pdf>.
- [3] Benamouzig D. La santé au miroir de l'économie. Une histoire de l'économie de la santé en France. Paris: PUF; 2005.
- [4] Lascoumes P, Le Galès P. Gouverner par les instruments. Paris: Presses de Sciences Po; 2004.
- [5] Tournay V, editor. La gouvernance des innovations médicales. Paris: PUF; 2007.
- [6] Thurin JM. Expertise collective Inserm sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignements et perspectives. *Clin Mediterr* 2005;71:19–40.
- [7] Haute Autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent; 2012 [En ligne]. Available from: <https://www.has-sante.fr/jcms/c.953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent>.
- [8] Carlotti MA. Synthèse du 3<sup>e</sup> plan Autisme; 2013 [En ligne] Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-3planAutisme.pdf>.
- [9] Cluzel S. Stratégie Nationale pour l'Autisme au sein des Troubles du neuro-développement (2018–2022); 2018 [En ligne]. Available from: [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf).
- [10] Inspection générale des affaires sociales. Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution; 2019 [En ligne]. Available from [http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r\\_.pdf](http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf).
- [11] Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine. Évolution de l'offre des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) en Nouvelle-Aquitaine; 2019 [En ligne]. Available from: <https://www.fdcmpp.fr/IMG/pdf/evolution-cmpp.nouvelle.aquitaine.pdf>.
- [12] Doidge N. Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis an overview. *Psychoanal Inq* 1997;17:102–50.
- [13] Luborsky L, Rosenthal R, Diguer L, Tomasz P, Andrusyna T, Berman J, et al. The Dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(1):2–12.
- [14] Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. *Int J Psychoanal* 2005;86:841–68.
- [15] Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 2010;65(2):98–109.
- [16] Gerber A, Kocsis J, Milrod B, Roose S, Barber J, Thase M, et al. Quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168(1):19–28.
- [17] Constantinidès P, Blondeau C, Drapeau M. La psychothérapie dynamique dans la pratique psychiatrique est-ce efficace ? *Ann Med Psychol* 2001;169:348–53.
- [18] Zimmermann G, Pomini V. Méta-analyse et efficacité des psychothérapies : faits et fictions. *Psychol Fr* 2013;58(3):167–75.
- [19] Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: A 2013 update of empirical evidence. *Contemp Psychoanal* 2014;50(1–2):89–130.
- [20] Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry* 2015;14(2):137–50.
- [21] Wampold B, Imel Z. The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. 2<sup>nd</sup> ed. New York (NY): Routledge/Taylor & Francis Group; 2015.
- [22] Leichsenring F, Steinert C. The efficacy of psychodynamic psychotherapy: an up-to-date review. In: Kealy D, Pgrodniczuk J, editors. *Contemporary Psychodynamic Psychotherapy Evolving Clinical Practice*. Cambridge (MA): Academic Press; 2019, p. 49–74.
- [23] Barlow D. The Dodo bird – again – and again. *Behav Ther* 2010;33:15–6.

<sup>14</sup> Nous renvoyons à leur site : <http://www.techniques-psychotherapiques.org>.

- [24] Shedler J. Where is the evidence for « evidence-based » therapy? *Psychiatr Clin N Am* 2018;41(2):319–29.
- [25] Dalal F. *CBT. The Cognitive Behavioural Tsunami: Managerialism, Politics and the Corruptions of Science*. Abingdon-on-Thames: Routledge; 2018.
- [26] Falissard B. Les résistances aux travaux d'évaluation de la psychanalyse. *J Psychanal Enf* 2019;9:91–8.
- [27] Visentini G. L'efficacité de la psychanalyse. Un siècle de controverse. Paris: PUF; 2021.
- [28] Holden C. *French psychoflap*. *Science* 2005;307:1197.
- [29] Meyer C, editor. *Le Livre noir de la psychanalyse*. Paris: Éditions les Arènes; 2005.
- [30] Miller JA, editor. *L'anti livre noir de la psychanalyse*. Paris: Le Seuil; 2006.
- [31] Planchard S. « Psys » : l'Inserm se dit « choqué » par le désaveu du ministre. *Le Monde*; 2005.
- [32] Favereau E. Le rejet, par Douste-Blazy, d'un rapport de l'Inserm, a mis le feu aux poudres. Les fils de Freud et Lacan renouent avec le psychodrame. *Libération*; 2005.
- [33] Castel PH, Perret B, Thurin JM. Psychothérapies : quelle évaluation ? *Table ronde*. *Esprit* 2004;156:156–74.
- [34] Soigner, enseigner, évaluer ? Abelhauser A, editor. *Clin Mediterr*. 71. 2005. p. 1–320.
- [35] Perron R, Brusset B, Baruch B, Cupa D, Emmanuelli M. Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm « Psychothérapie. Trois approches évaluées »; 2004 [En ligne]. Available from: [www.techniques-psychotherapeutiques.org](http://www.techniques-psychotherapeutiques.org).
- [36] Perron R, Brusset B, Baruch B, Cupa D, Emmanuelli M. Comment évaluer le coût de la souffrance ? *Carnet Psy* 2004;90:23–5.
- [37] Maleval JC. De l'efficacité des psychothérapies selon l'Inserm. *Psychol Clin* 2005;18:219–27.
- [38] Castel PH. L'expertise Inserm sur les psychothérapies : ses dangers, réels ou supposés. *Inf Psychiatr* 2005;81(4):357–61.
- [39] Fischman G. Évaluation des psychothérapies selon les principes de l'Evidence-based Medicine. Enjeux et scientificité du rapport de l'Inserm. *Ann Med Psychol* 2005;163:769–79.
- [40] Chabrol H, Leichsenring F. L'évaluation des psychothérapies, un devoir éthique et scientifique, une chance pour la psychanalyse. *Ann Med Psychol* 2005;163:206–7.
- [41] Despland JN. L'évaluation des psychothérapies. *Encephale* 2006;32:1037–46.
- [42] Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale* 2006;32:402–12.
- [43] Cucherat M, Cialdella P. La méta-analyse des essais thérapeutiques : application en psychiatrie. *Encephale* 1996;22:378–87.
- [44] Cottraux J, Mollard E, Bouvard M, Marks I, Sluys M, Nury A, et al. A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1990;5(1):17–30.
- [45] Bech P, Tanghøj P, Cialdella P, Andersen H, Pedersen A. Escitalopram dose-response revisited: an alternative psychometric approach to evaluate clinical effects of escitalopram compared to citalopram and placebo in patients with major depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004;7(3):283–90.
- [46] Cialdella P, Bech P, Birkett M, Haugh M. P33 Antidepressant evaluation: Methodological considerations for meta-analysis. *Control Clin Trials* 1996;17(2):S111.
- [47] Cialdella P. Réponse à Perron et al. concernant leur texte : « Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm "Psychothérapie. Trois approches évaluées" ». *Encephale* 2007;33:783–90.
- [48] Kervasdoué J de. L'avenir de la psychiatrie. *Psychiatries* 2004;142:129–47.
- [49] Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, et al. Psychothérapie. Trois approches évaluées. Paris: Inserm; 2004.
- [50] Lambert M, Ogles B. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert M, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5<sup>e</sup> éd. Chichester: John Wiley & Sons; 2004, p. 139–93.
- [51] Noël Y. *Psychologie statistique avec R*. Paris/Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 2013.
- [52] Thurin JM, Thurin M. Le Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapeutiques : comprendre pourquoi et comment une psychothérapie marche. *Ann Med Psychol* 2010;169:135–40.
- [53] Thurin JM, Thurin M. Évaluer les psychothérapies : méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
- [54] Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé : perspective méthodologique et statistique. Paris: Masson; 2008.
- [55] Fischman G, editor. *L'évaluation de la psychothérapie et de la psychanalyse. Fondements et enjeux*. Paris: Masson; 2009.
- [56] Brun A, Roussillon R, Attigui P, editors. *Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Dispositifs individuels, groupaux et institutionnels*. Paris: Dunod; 2016.
- [57] Dahl H, Kächele H, Thomä H, editors. *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin: Springer-Verlag; 1988.
- [58] Levy R, Ablon J, editors. *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. New York: Humana Press; 2009.
- [59] Leuzinger-Bohleber M, Kächele H, editors. *An Open Door Review of Outcome and Process Studies in Psychoanalysis*. Third Edition Londres: International Psychoanalytical Association; 2015.
- [60] Tate R, Perdices M, Rosenkoetter U, McDonald S, Togher L, Shadish W, et al. The single-case reporting guideline in behavioural interventions (SCRIBE) 2016. Explanation and elaboration. *Arch Sci Psychol* 2016;4(1):10–31.
- [61] Jadad A, Enkin M. *Randomized controlled trials. Questions, answers and musings*. 2<sup>e</sup> ed. Oxford (UK): BMJ Books; 2007.
- [62] Kraemer H, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry* 2001;158:848–56.
- [63] APA Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am Psychol* 2006;61:271–85.
- [64] Freire E. Randomized controlled clinical trial in psychotherapy research an epistemological controversy. *J Humanist Psychol* 2006;46(3):323–35.
- [65] Pachankis J, Goldfried M. On the next generation of process research. *Clin Psychol Rev* 2007;27:760–8.
- [66] Thurin JM. Évaluation des effets des psychothérapies. *EMC-Psychiatrie* 2009;6(4):1–14.
- [67] Cooper H. *Research synthesis and meta-analysis*. Los Angeles (CA): Sage; 2010.
- [68] Kazdin A. *Research Design in Clinical Psychology*. Harlow: Perason; 2014.
- [69] Boussageon R, Naudet F, Howick J, Falissard B. L'efficacité thérapeutique. Entre médecine scientifique et médecine soignante. *Presse Med* 2016;45:700–4.
- [70] Woody G, Luborsky L, McLellan A, O'Brien C, Beck A, Blaine J, et al. Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(6):639–45.

- [71] Elkin I, Shea T, Watkins J, Imber S, Sotsky S, Collins J, et al. National Institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971–82.
- [72] Winston A, Pollack J, McCullough L, Flegenheimer W, Kestenbaum R, Trujillo M. Brief psychotherapy of personality disorders. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:188–93.
- [73] Winston A, Laikin M, Pollack J, Samstag L, McCullough L, Muran J. Short-term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1994;151:190–4.
- [74] Svartberg M, Stiles T, Seltzer M. Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:810–7.
- [75] Town J, Abbass A, Hardy G. Short-term psychodynamic psychotherapy for personality disorder a critical review of randomized controlled trials. *J Pers Disord* 2011;25(6):723–40.
- [76] Knekt P, Lindfors O, editors. A randomized trial of the effects of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders design methods and results on the effectiveness of short term psychodynamic psychotherapy and solution focused therapy during a 1-year follow-up. Helsinki: Social Insurance Institution; 2004.
- [77] Keefe J, Chambless D, Barber J, Milrod B. Treatment of anxiety and mood comorbidities in cognitive-behavioral and psychodynamic therapies for panic disorder. *J Psychiatr Res* 2019;114:34–40.
- [78] Bögels S, Wijts P, Oort F, Sallaerts S. Psychodynamis psychotherapy versus cognitive for social anxiety disorder an efficacy and partial effectiveness trial. *Depress Anxiety* 2014;31(5):363–73.
- [79] Leichsenring F, Salzer S, Beutel M, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, et al. Long-term outcome of psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 2014;171(10):1074–82.
- [80] Klein D. Treatment of Phobias. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40(2):139.
- [81] Lipsitz J, Markowitz J, Cherry S, Fyer A. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry* 1999;156(11):1814–6.
- [82] Salomonsson B, Sandell B. A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment I. Outcomes on self-report questionnaires and external ratings. *Infant Ment Health J* 2011;32:207–31.
- [83] Milrod B, Leon A, Busch F, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, et al. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 2007;164:265–72.
- [84] Brom D, Kleber R, Defares P. Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:607–12.
- [85] Marmar C, Horowitz M, Weiss D, Wilner N, Kaltreider N. A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *Am J Psychiatry* 1988;145(2):203–9.
- [86] Piper W, McCallum M, Joyce A, Rosie J, Ogrodniczuk J. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *Int J Group Psychother* 2001;51:525–52.
- [87] Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson L. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1990;58(3):371–4.
- [88] Salminen J, Karisson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder a randomized comparative study. *Psychother Psychosom* 2008;77:351–7.
- [89] Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, Mcpherson S, Thomas R, Fearon P, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression the Tavistock adult depression study (TADS). *World Psychiatry* 2015;14:312–21.
- [90] Cooper P, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood. *Br J Psychiatry* 2003;182:412–9.
- [91] Thompson L, Gallagher D, Breckenridge J. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:385–90.
- [92] Gallagher-Thompson D, Steffen A. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62(3):543–9.
- [93] Clarkin J, Foelsch P, Levy K, Hull J, Delaney J, Kernberg O. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder a preliminary study of behavioral change. *J Pers Disord* 2001;15(6):487–95.
- [94] Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O. The Personality disorders Institute/Borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder rationale, methods, and patient characteristics. *J Pers Disord* 2004;18(1):52–72.
- [95] Levy K, Meehan K, Clarkin J, Kernberg O, Kelly K, Reynoso J, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:1027–40.
- [96] Clarkin J, Levy K, Lenzenweger M, Kernberg O. Evaluating three treatments for borderline personality disorder a multiwave study. *Am J Psychiatry* 2007;164:922–8.
- [97] Bateman A, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry* 2008;165:631–8.
- [98] Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009;166:1355–64.
- [99] Doering S, Horz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:389–95.
- [100] Snyder D, Wills R, Grady-Fletcher A. Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy a 4-year follow-up study. *J Consult Clin Psychol* 1991;59(1):138–41.
- [101] Saunders D. Feminist cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter interaction of abuser traits and treatment models. *Violence Vict* 1996;11:393–414.
- [102] Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G, Rönning S. Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients a randomized controlled clinical trial. *Psychother Res* 1998;8(4):361–78.
- [103] Garner D, Rockert W, Davis R, Garner M, Olmsted M, Eagle M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 1993;150:37–46.

- [104] Fairburn C, Jones R, Peveler R, Hope R, O'Connor M. Psychotherapy and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(6):419–28.
- [105] Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, Berry E. Empirical comparison of two psychological therapies. Self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. *J Psychother Pract Res* 1999;8:115–28.
- [106] Dare C, Eisler I, Russell G, Treasure J, Dodge L. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216–21.
- [107] Smith M, Glass G. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977;32:752–60.
- [108] Cucherat M. Méta-analyse des essais thérapeutiques. Paris: Masson; 1997.
- [109] Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. Introduction to meta-analysis. New York: Wiley; 2009.
- [110] Town J, Diener M, Abbass A, Leichsenring F, Driessen E, Rabung S. A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy* 2012;49(3):276–90.
- [111] Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992;149(2):151–8.
- [112] Anderson E, Lambert M. Short-term dynamically oriented psychotherapy a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995;15:503–14.
- [113] Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy a meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551–65.
- [114] Abbass A, Hancock J, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (review). *The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons; 2007.
- [115] Abbass A, Town J, Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry* 2011;74(1):58–71.
- [116] Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1208–16.
- [117] Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders systematic review of meta-analysis of clinical trials. *Psychother Psychosom* 2009;78(5):265–74.
- [118] Salzer S, Stefini A, Kronmüller K-T, Leibing E, Leichsenring F, Henningsen P, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in adolescents with social anxiety disorder a multicenter randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2018;87(4):223–33.
- [119] Leichsenring F, Rabung S. Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders update of a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2011;199(1):15–22.
- [120] Kivlighan D, Goldberg S, Abbas M, Pace B, Yulish N, Thomas J, et al. The enduring effects of psychodynamic treatments vis-a-vis alternative treatments a multilevel longitudinal meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;40:1–14.
- [121] Steinert C, Munder T, Rabung S, Hoyer J, Leichsenring F. Psychodynamic therapy as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *Am J Psychiatry* 2017;174(10):943–53.
- [122] Woll C, Schönbrodt F. A series of meta-analytic tests of the efficacy of long-term psychoanalytic psychotherapy. *Eur Psychol* 2020;25(1):51–72.
- [123] Keefe J, McCarthy K, Dinger U, Zilcha-Mano S, Barber J. A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2014;34(4):309–23.
- [124] Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:909–22.
- [125] Imel Z, Wampold B, Miller S, Fleming R. Distinctions without a difference direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychol Addict Behav* 2008;22(4):533–43.
- [126] 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;160:1223–32.
- [127] Shapiro D, Barkham M, Rees A, Hardy G, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:522–34.
- [128] Wampold B, Minami T, Baskin T, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus “other therapies” for depression. *J Affect Disord* 2002;68:159–65.
- [129] Barkham M, Rees A, Shapiro D, Stiles W, Agnew R, Halstead J, et al. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings replication of the second Sheffield psychotherapy project. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:1079–85.
- [130] Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001;21:401–19.
- [131] Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001;5(35):1–173.
- [132] Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients a controlled trial with preferential and randomized allocation. *Can J Psychiatry* 2019;64(1):47–58.
- [133] Gottdiener W, Haslam N. The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia a meta-analytic review. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2002;4(3):163–87.
- [134] De Maat S, Dekker J, Schoevers R, van Aalst G, Gijbbers-van W, Hendriksen M, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression a mega-analysis based on three randomized clinical trials. *Depress Anxiety* 2008;25:565–74.
- [135] Tolin D. Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30(6):710–20.
- [136] Baardseth T, Goldberg S, Pace B, Wislocki A, Frost N, Siddiqui J, et al. Cognitive-behavioral therapy versus other therapies redux. *Clin Psychol Rev* 2013;33(3):395–405.
- [137] Bhar S, Thombs B, Pignotti M, Bassel M, Jewett L, Coyne J, et al. Is longer-term psychodynamic psychotherapy more effective than shorter-term therapies? Review and critique of the evidence. *Psychother Psychosom* 2010;79:208–16.
- [138] Leichsenring F, Rabung S. Double standards in Psychotherapy Res. *Res Psychother Psychosom* 2011;80:48–51.



- [139] Coyne J, Bhar S, Pignotti M, Tovote K, Beck A. Missed opportunity to rectify or withdraw a flawed metaanalysis of longer-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Psychosom* 2011;80:53–4.
- [140] Pignotti M, Albright D. Mixing apples and oranges and other methodological problems with a meta-analysis of long term psychodynamic psychotherapy. *Clin Soc Work* 2011;39(4):347–54.
- [141] Gloagen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn I. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59–72.
- [142] Esman A. Obsessive-compulsive disorder: current views. *Psychoanal Inq* 2001;21(2):145–56.
- [143] Freire E. Randomized controlled clinical trial in Psychother. Res. an epistemological controversy. *J Humanist Psychol* 2006;46(3):323–35.
- [144] Budd R, Hughes I. The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important a commentary on 30 years of meta-analyses. *Clin Psychol Psychother* 2009;16(6):510–22.
- [145] Flückiger C, Del Re A, Wampold B, Symonds D, Horvath A. How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol* 2012;59:10–7.
- [146] Carey T, Stiles W. Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clin Psychol Psychother* 2015;23(1):87–95.
- [147] Yeomans F, Gutfreund J, Selzer M, Clarkin J, Hull J, Smith T. Factors related to drop-outs by borderline patients treatment contract and therapeutic alliance. *J Psychother Pract Res* 1994;3:16–24.
- [148] Krupnick J, Sotsky S, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome findings in the National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532–9.
- [149] Ablon J, Jones E. How expert clinicians' prototype of an ideal correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy. *Psychother Res* 1998;8:71–83.
- [150] Luborsky L, Diguier L, Seligman D, Rosenthal R, Johnson S, Halperin G, et al. The researcher's own therapeutic allegiances a "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:49–62.
- [151] Okiishi J, Lambert M, Nielsen S, Ogles B. Waiting for supershrink. An empirical analysis of therapists effects. *Clin Psychol Psychother* 2003;10:361–73.
- [152] Kazdin A. Evidence-based treatment and practice new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *Am Psychol* 2008;63:146–59.
- [153] Kirsch I. Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *Am Psychol* 1985;40:1189–202.
- [154] Frank J. *Persuasion and Healing a comparative Study of Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
- [155] Hardy G, Stiles W, Barkham M, Startup M. Therapist responsiveness to client interpersonal styles during time-limited treatments for depression. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:304–12.
- [156] Bohart A. The client is the most important common factor clients' self-healing capacities and psychotherapy. *J Psychother Integr* 2000;10(2):127–49.
- [157] Zimmerman M, Matttia J. Psychiatric diagnosis in clinical practice is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999;40:182–91.
- [158] Guthrie E. Psychotherapy for patients with complex disorders and chronic symptoms. The need a new research paradigm. *Br J Psychiatry* 2000;177:131–7.
- [159] Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004;420:28–37.
- [160] Westen D. Are research patients and clinical trials representative of clinical practice? In: Norcross J, Beutler L, Levant R, editors. *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*. Washington: American Psychological Association; 2006, p. 161–89.
- [161] Shadish W, Matt G, Navarro A, Philipps G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2000;126:512–29.
- [162] Westen D, Novotny C, Thompson-Renner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies; assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull* 2004;4:631–63.
- [163] Persons J, Silberschatz G. Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? In: Kazdin A, editor. *Methodological issues and strategies in clinical research*. 3<sup>e</sup> ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2009, p. 547–68.
- [164] Rosqvist J, Thomas J, Truax P. Effectiveness versus efficacy studies. In: Thomas J, Hersen M, editors. *Understanding Research in Clinical and Counseling Psychology*. 2<sup>e</sup> ed. New York: Routledge; 2011, p. 319–354.
- [165] Leichsenring F. Randomized controlled versus naturalistic studies: a new research agenda. *Bull Menninger Clin* 2004;68(2):137–51.
- [166] Fishman D. Transcending the efficacy versus effectiveness research debate proposal for a new, electronic "Journal of pragmatic case studies". *Prev Treat* 2000;3 [art. 8, [En ligne]. Available from: [psycnet.apa.org/buy/2000-15683-001](http://psycnet.apa.org/buy/2000-15683-001)].
- [167] Ahn H, Wampold B. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001;48(3):251–7.
- [168] Paul G. Strategy of outcome research in psychotherapy. *J Couns Psychol* 1967;31(2):109–18.
- [169] Gibbons C, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4(1):93–108.
- [170] De Maat S, de Jonghe F, Schoevers R, Dekker J. The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy. A systematic review. *Harv Rev Psychiatry* 2009;17:1–23.
- [171] Berghout C, Zevalkink J. Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment. *Bull Menninger Clin* 2009;73(1):7–33.
- [172] Høglend P, Amlø S, Marble A, Bøgwald K, Sørbye O, Sjaastad M, et al. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry* 2006;163:1739–46.
- [173] Perry J, Bond M. The sequence of recovery in long-term dynamic psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 2009;197:930–7.

- [174] Stänicke E, Strømme H, Killingmo B, Gullestad S. Analytic change assessing ways of being in a psychoanalytic follow-up interview. *Int J Psychoanal* 2015;96(3):797–815.
- [175] Blanc A. Psychodrame psychanalytique et jeu transitionnel. Évaluation du processus thérapeutique et des effets associés auprès d'enfants en âge de latence et d'adolescents suivis en Centre-médico-psychologique [thèse de psychologie]. Paris: université Paris Descartes; 2015.
- [176] Thurin JM, Thurin M, Cohen D, Falissard B. Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2014;62(2):102–18.
- [177] Dahl H, Ulberg R, Marble A, Gabbard G, Røssberg J, Høglend P. Beyond the statistics a case comparison study of Victor and Tim. *Psychoanal Psychol* 2017;34(4):461–77.
- [178] Kool M, Van H, Bartak A, de Maat S, Arntz A, van den Eshof J, et al. Optimizing psychotherapy dosage for comorbid depression and personality disorders (PsyDos) A pragmatic randomized factorial trial using schema therapy and short-term psychodynamic psychotherapy. *BMC Psychiatry* 2018;18(1) [art. 252, [En ligne]. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1829-1>].
- [179] Leuzinger-Bohleber M, Kaufhold J, Kallenbach L, Negele A, Ernst M, Keller W, et al. How to measure sustained psychic transformations in long-term treatments of chronically depressed patients symptomatic and structural changes in the LAC depression study of the outcome of cognitive-behavioural and psychoanalytic long-term treatments. *Int J Psychoanal* 2019;100(1):99–127.
- [180] Parloff M. Psychotherapy research evidence and reimbursement decision Bambi meets Godzilla. *Am J Psychiatry* 1982;139:718–27.
- [181] Glass R. Psychodynamic psychotherapy and research evidence Bambi survives Godzilla? *JAMA* 2008;300:1587–9.
- [182] Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy – an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother Psychosom* 2015;84(3):129–48.
- [183] Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am J Orthopsychiatry* 1936;6:412–5.
- [184] Luborsky L, Singer B, Luborsky L. Comparative studies of psychotherapies. *Arch Gen Psychiatry* 1975;32(8):995–1008.
- [185] Carroll L. *Alice au pays des merveilles* (1865). Paris: Gallimard; 1996.