

Efficacité, économicité et caractère approprié de la psychothérapie: état de la question

■ G. Zimmermann^{a,b}, Y. de Roten^a, J.-N. Despland^a

^a Institut Universitaire de Psychothérapie, Département de Psychiatrie, CHUV, Université de Lausanne

^b Département de Psychologie, Université de Fribourg

Summary

Zimmermann G, de Roten Y, Despland J.-N. [Efficacy, cost-effectiveness and appropriateness of psychotherapy: a review.] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2008;159:119–26.

In Switzerland increasing political concern with the problem of escalating health care costs have recently led the Swiss Federal Office of Public Health to revise the ordinance concerning the reimbursement of psychotherapy (OPAS). According to this new regulation, medical psychotherapy services will be covered by basic health insurance (mandatory for everyone) if psychotherapeutic efficacy is scientifically demonstrated (OPAS article 2, paragraph 1). Following the Swiss Federal Law on Sickness Insurance (LAMal, article 32) stating that medical services should meet the scientific criteria of efficacy, cost-effectiveness and appropriateness, this article briefly reviews the scientific evidences for psychotherapy.

Within the context of efficacy research, a huge body of research yielded a number of demonstrably efficacious psychotherapies on a variety of patients (*absolute efficacy*). For depression, psychotherapy benefits are even identical to or exceed antidepressants medication. Moreover, there is recent abundant evidence that psychotherapies produce changes at the neural level. Concerning the potential differences between diverse forms of *bona fide* psychotherapy (*relative efficacy*), the *Dodo bird* verdict (“Everyone has won and all must have prizes”) has survived many examinations and must be regarded as valid until research produces sufficient evidence for its refutation. In the last decade, considering the limitations of the efficacy research paradigm, studies have evaluated empiri-

cal substantiation of psychotherapeutic treatments in real-life clinical practices (*effectiveness*). The *Consumer Reports* study suggests that psychotherapy delivered in practice is beneficial. Results of recent studies suggest moreover that clinically representative treatments are as effective as non-clinically representative treatments and that cognitive-behavioural, person-centred and psychoanalytic psychotherapies practised in routine care are effective with comparable outcomes. Finally, the effects of psychotherapy tend to be lasting.

As research continues to progress, there is growing evidence that psychological interventions are able to reduce health care utilisation and enhance the quality of life with respect to a wide range of medical illnesses. Recent studies have clearly shown that psychotherapies (1) can be cost-effective forms of treatment (even more cost-effective than common pharmacotherapy) and (2) can potentially reduce general medical costs (“medical cost offset effect”).

At present, appropriateness criteria for psychotherapy have not been developed in Switzerland. Whatever scientific evidence for psychotherapy suggests, determining good practices in psychotherapy should take account of practice-based evidence as well as acknowledge the importance of the patient’s and therapist’s perception of the relevance of an intervention (“value-based”).

Given the remarkable corpus of empirical results, the benefits of psychotherapy are probably now established with more confidence than ever before. In Switzerland psychotherapeutic services should therefore be systematically available to patients who consult in community psychiatric services.

Keywords: psychotherapy; efficacy; effectiveness; cost-effectiveness; appropriateness criteria

Introduction

Le 1^{er} janvier 2007 est entrée en vigueur une modification des articles 2 et 3 de l’Ordonnance sur

Correspondance:

Grégoire Zimmermann, PhD
Institut Universitaire de Psychothérapie, DP – CHUV
Les Cèdres – Site de Cery
CH-1008 Prilly-Lausanne
e-mail: Gregoire.Zimmermann@chuv.ch

les prestations de l'assurance des soins (OPAS) relatifs au remboursement par l'assurance de base des psychothérapies. L'art 2 al. 1 OPAS rappelle un des éléments de l'art. 32 al. 1 LAMal, qui s'appuie non seulement sur le critère de l'efficacité, mais de l'économicité et du caractère approprié des traitements concernés. L'art. 32 al. 2 LAMal mentionne implicitement que les données scientifiques évoluent constamment et nécessitent régulièrement une mise à jour. Dans le domaine de la psychothérapie, l'évaluation de l'efficacité, a fortiori de l'économicité et du caractère approprié d'une prestation, est une question en plein développement, qui répond à des procédures méthodologiques complexes.

Cet article a pour objectif de faire brièvement le point sur cette question en l'état des connaissances scientifiques.

L'efficacité des psychothérapies

Pendant longtemps l'évaluation empirique de l'effet des psychothérapies a semblé peu en rapport avec les enjeux cliniques et scientifiques de ce type de soins; l'évaluation menée par les cliniciens ou avec des méthodes qualitatives paraissait plus congruentes. Pourtant, au cours des dernières années, le succès important de l'«evidence-based medicine» (EBM) et sa dérive en direction d'une *evidence-based practice*, voire d'une *evidence-based policy*, ont activement contribué à un changement de perspective.

Dans le domaine de la psychothérapie, la division 12 (division psychologie clinique) de l'*American Psychological Association* a développé des critères empiriques pour évaluer l'efficacité des traitements psychologiques et établir ce que l'on nomme les «traitements psychologiques appuyés empiriquement» [1]. Dans cette perspective, les essais cliniques randomisés (RCT) et les méta-analyses constituent les dispositifs empiriques privilégiés pour examiner de façon rigoureuse l'efficacité des traitements psychologiques.

Même si la pratique clinique s'est trouvée bien peu modifiée par les résultats des milliers d'études empiriques, ces travaux ont le mérite d'inscrire les psychothérapies dans une démarche évaluative rigoureuse [2].

L'efficacité démontrée de la psychothérapie (efficacité absolue)

En raison de sa complexité, l'évaluation quantitative des psychothérapies est vécue comme très

contraignante, voire impossible, par beaucoup de psychothérapeutes. La discussion fait parfois apparaître une crainte plus fondamentale, à savoir que l'efficacité des psychothérapies ne pourrait être mise en évidence de cette manière. Il n'en est rien et, pour le dire vite, la démarche de la médecine basée sur les preuves démontre que les psychothérapies sont des méthodes efficaces et économiques.

De très nombreuses méta-analyses concordent pour indiquer que les bénéfices de la psychothérapie sont importants pour plusieurs formes de traitements et différents types de patients. Dans une revue de l'ensemble de ces travaux, Lambert et Ogles [3] confirment une taille d'effet des psychothérapies par rapport à l'absence de traitement de 0,82, que l'on peut considérer comme importante; la taille de l'effet des psychothérapies versus traitement placebo est de 0,48; et la taille d'effet du placebo versus absence de traitement est de 0,42. Exprimé autrement, 70% des patients profitent de prises en charge non spécifiques, et 15% s'améliorent spontanément. En conclusion, on doit admettre que les psychothérapies sont des traitements efficaces [4].

Il est intéressant d'illustrer l'amplitude d'effet des psychothérapies par comparaison avec d'autres traitements. Les bénéfices de la psychothérapie sont égaux aux médicaments antidépresseurs pour les dépressions légères ou modérées [5]. Pour les dépressions sévères, les médicaments montrent une légère supériorité et les traitements combinés se montrent les plus efficaces [6, 7]. Dans les troubles du spectre de la schizophrénie, les hallucinations et les idées délirantes peuvent persister chez les patients schizophrènes malgré un traitement neuroleptique adéquat; une méta-analyse récente a confirmé l'apport complémentaire des psychothérapies cognitivo-comportementales dans ce cas [8].

Le *Number Needed to Treat* (NNT) est un index statistique qui permet de calculer le nombre hypothétique de patients à traiter pour être sûr d'avoir au moins un résultat positif dû spécifiquement au traitement. Le tableau 1 indique le NNT pour différents troubles et permet de montrer que les psychothérapies comptent en moyenne parmi les traitements les plus efficaces en médecine. En effet, on constate par exemple qu'il faut traiter pharmacologiquement 20 patients avec un ulcère gastrique pour qu'au moins un patient puisse en bénéficier, alors qu'il suffit d'entreprendre une psychothérapie interpersonnelle avec 5 patients avec une dépression majeure pour qu'un patient soit en rémission.

Tableau 1 NNT pour différents traitements (inspiré de Gray, [9]).

diagnostic	traitements	critère de résultat	NNT
dépression majeure	AD vs placebo	50% de réduction symptomatique	4
	IPT vs CM	rémission	5
	CBT+AD vs monothérapie	50% de réduction symptomatique	5
boulimie	SSRI vs placebo	rémission	9
trouble panique	SSRI vs placebo	rémission	6
cholécystite	cholécystéctomie	rémission	13
ulcère gastrique	médicament anti-sécrétoire	absence de saignement	20
infarctus	statine	prévention de la rechute	44

AD = anti-dépresseur; IPT = psychothérapie interpersonnelle; CM = prise en charge clinique («Clinical Management»); CBT = thérapie cognitivo-comportementale («Cognitive-Behavioural Therapy»); SSRI = antidépresseurs inhibiteurs spécifiques de recapture de sérotonine.

Les effets neurobiologiques de la psychothérapie

En psychiatrie, les développements récents des techniques de neuroimagerie (l'imagerie par tomographie par émission de positons [PET] et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique [IRM]) ont grandement contribué à la compréhension des corrélats neurobiologiques des troubles psychiatriques et de leurs traitements pharmacologiques. Sans réduire ces troubles psychiatriques à de simples anomalies cérébrales fonctionnelles, les recherches en neurosciences psychiatriques permettent une meilleure compréhension des liens entre l'expérience subjective des patients et l'expression neurobiologique de leurs troubles psychiatriques (voir p. ex. [10] au sujet du trouble hystérique mis en évidence par Freud). Ainsi, en vue de poursuivre l'exploration neuroscientifique des troubles psychiques, il est légitime de s'interroger sur les effets neurobiologiques de la psychothérapie, étant donné la démonstration de l'efficacité de la psychothérapie.

Mentionnons tout d'abord le corpus de travaux (pour une revue voir [11]) qui ont examiné les mécanismes neurobiologiques de l'*effet placebo* c'est-à-dire «l'effet thérapeutique obtenu par l'administration de comprimés, liquides, injections et toutes procédures qui n'ont pas d'effet spécifique sur la maladie à traiter» ([12], p. 315). On dispose aujourd'hui de résultats sur la compréhension psychobiologique de l'effet placebo qui indiquent que ce dernier peut être attribuable à des mécanismes comme le conditionnement pavlovien et/ou les attentes du patient [11].

Les psychothérapies partagent avec l'effet placebo le fait d'avoir probablement «une efficacité en partie attribuable au conditionnement du patient (contexte et rituel des séances) ou à son

attente conviction vis-à-vis de la thérapeutique ou du thérapeute [...]» ([12], p. 317), tout en ayant par ailleurs démontré une efficacité supérieure aux traitements non-spécifiques. Actuellement, il existe de nombreux travaux, à l'instar des résultats sur l'effet placebo, qui indiquent que les thérapies psychologiques produisent des changements au niveau neuronal (pour une revue, voir [13]). Plusieurs études mettent également en évidence que la psychothérapie et la pharmacothérapie produisent dans différents troubles (dépressions, troubles paniques, phobies, troubles obsessionnels compulsifs) des changements métaboliques similaires bien que les mécanismes d'action en jeu soient différents [13].

Le débat sur la psychothérapie la plus efficace (efficacité relative)

Ce débat a fait couler beaucoup d'encre en France suite à la publication du rapport de l'INSERM en 2004, qui affirme notamment qu'«il est désormais clair que des différences significatives existent entre les différentes approches. Les effets les plus positifs sont à porter au crédit des approches cognitives et comportementales dans les comparaisons globales [...]» ([14], p. 418). Aussi intéressant que soit ce travail, nous pensons qu'il y a là un glissement évident des faits à une interprétation, peut-être alimentée par l'allégeance au modèle TCC de l'un ou l'autre de ses rédacteurs. Du reste, on trouve une formulation très différente dans la dernière édition du «Garfield & Bergin Handbook of Psychotherapy Research» [15], considérée comme faisant autorité par la très grande majorité des chercheurs en psychothérapie dans la communauté internationale: «lorsqu'on examine les études de bonne qualité méthodologique qui compa-

rent les différentes orientations thérapeutiques, on doit constater que les différences sont régulièrement faibles ou négligeables»¹ ([3], p. 166).

Par conséquent, la question de l'efficacité relative de chaque méthode psychothérapeutique génère des travaux qui, bien que basés sur le même paradigme méthodologique et parfois sur les mêmes études (voir par exemple le débat entre Gloagen et al. [16] et Wampold et al., [17]), aboutissent à des conclusions radicalement divergentes. Des méta-analyses démontrent l'efficacité spécifique d'une forme de psychothérapie, particulièrement de l'approche cognitivo-comportementale [16, 18–20], alors que d'autres, tout aussi nombreuses, mettent en évidence une équivalence des résultats (*Dodo bird verdict*: «Everybody has won and all must have prizes», Lewis Carroll, 1865) [3, 17, 21–23]. Pour Wampold [24], deux modèles de traitement marqués idéologiquement s'affrontent (le modèle médical et le modèle contextuel). Concernant les bénéfices de la psychothérapie, le modèle contextuel met en avant le rôle dominant du contexte de soins, de la relation thérapeutique et de la nécessité d'une théorie commune au patient ou au thérapeute (explication, concept, mythe) alors que le modèle médical à l'inverse accorde une importance primordiale aux «ingrédients» spécifiques d'une approche théorique [24].

Les données empiriques disponibles ne permettent pas de trancher cette question. Le nombre beaucoup plus grand d'études concernant les thérapies cognitivo-comportementales peut à lui seul expliquer les différences observées. Cette question nécessite donc de disposer d'un nombre suffisant d'études de qualité pour les autres formes psychothérapie. En somme, il est erroné de penser que «l'absence de preuves équivalait à la preuve de l'absence» ([25], p. 28). Une étude récente de Okiishi, Lambert, Nielsen et Ogles centrée sur l'examen des effets des thérapeutes (N = 91) sur l'évolution de leurs clients (N = 1841) montrait du reste que l'orientation des thérapeutes (cognitivo-comportementale, psychodynamique et humaniste) n'avait aucune influence sur les résultats de la psychothérapie [26].

Efficacité réelle et efficacité potentielle:
la question de l'efficience

Un des problèmes posé par l'EBM réside dans la généralisation des résultats obtenus par les études contrôlées rigoureuses (design quasi-expérimentaux) à la pratique clinique quotidienne. La validité

interne élevée des essais cliniques contrôlés et randomisés a certes permis de mettre en évidence sans équivoque le lien entre le traitement et ses résultats, mais les limites de ce type de méthodologie ne doivent pas être occultées, en particulier lorsqu'il s'agit de considérer les questions de validité externe et d'applicabilité [27]. Nous pouvons, à titre d'exemple, évoquer la rigidité des interventions psychothérapeutiques proposées (traitements manualisés) ou encore la rigidité des critères de sélection des patients examinés (représentativité des échantillons); rigidité qui somme toute correspond plutôt rarement aux pratiques quotidiennes des psychothérapeutes. La recherche sur l'efficacité (*efficacy*) se fait donc au détriment de la validité externe, à savoir de la possibilité de généraliser ces résultats dans des contextes de soins moins contrôlés, qui renseigne davantage sur l'efficacité réelle d'une pratique.

En revanche, la recherche sur l'efficience (*effectiveness*) a pour objectif d'examiner les bénéfices du traitement dans un contexte clinique réel, subordonnant ainsi les exigences de validité interne aux exigences de validité externe [28]. En règle générale, avec ce type de méthodologie, les patients ne sont pas pré-sélectionnés, la durée des traitements n'est pas pré-déterminée, et les thérapeutes ne sont pas spécialement formés à une méthode d'intervention pour les besoins de la recherche. Ici, les circonstances cliniques dictent la recherche et non l'inverse.

Mentionnons tout d'abord le célèbre sondage réalisée en 1994 par la revue *Consumer Reports* auprès de ses 180 000 lecteurs [28]. Parmi les 22 000 questionnaires récoltés, 7000 personnes ont répondu aux questions proposées sur la santé mentale. Plus de la moitié des répondants (4100) ont fait appel au cours des trois ans qui précédaient l'enquête à un professionnel de la santé; parmi eux, 2900 se sont adressés à un professionnel de la santé mentale (37% psychologues, 22% psychiatres, 14% travailleurs sociaux et 9% conseillers conjugaux). Les principaux résultats de cette enquête indiquent que les répondants considèrent que:

- les prises en charge en santé mentale sont bénéfiques (i.e. les traitements sont efficaces);
- les thérapies longues sont plus efficaces que les traitements de courte durée;
- les médecins de famille sont aussi efficaces que les professionnels de la santé mentale dans le court terme, mais ont de moins bons résultats à long terme;
- les groupes d'entraide (Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes: modèle des 12 étapes) sont particulièrement efficaces;

1 Traduction de l'auteur (G. Z.).

- aucune modalité thérapeutique n'est supérieure à une autre (cela confirme le «verdict de l'oiseau dodo» selon lequel les psychothérapies *bona fide* ont une efficacité comparable [17]);
- les personnes interrogées qui étaient limitées par leurs assurances dans le choix du thérapeute ou la durée du traitement s'améliorent moins que ceux qui ne connaissent pas ces contraintes.

Cette enquête apporte une contribution unique et importante dans le domaine de l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies. En effet, globalement, les résultats de cette enquête montrent que les clients bénéficient d'une prise en charge psychologique indépendamment du type de traitements, de la formation du professionnel (psychologue, psychiatre, conseiller conjugal, etc.) et du cadre thérapeutique. Toutefois, cette enquête rétrospective n'est pas exempte de critiques méthodologiques importantes qui limitent la possibilité d'en tirer des conclusions sur l'évaluation de l'impact des psychothérapies (voir p. ex. [29]).

Plus récemment, Shadish et ses collaborateurs ont examiné l'influence de la représentativité clinique des études sur leurs résultats. Ils montrent que les résultats thérapeutiques dans les études qualifiées de «cliniquement représentatives» sont similaires à ceux observés dans des études plus expérimentales et «cliniquement non-représentatives» [30]. L'efficacité des psychothérapies est par conséquent un résultat robuste qui pourrait être mis en évidence aussi bien dans des conditions contrôlées (*research oriented representative*) que dans des conditions cliniques habituelles (*clinically representative*). Du reste, Vinnars et al. confirment par exemple l'efficacité des psychothérapies dynamiques dans le traitement des troubles de la personnalité sévères tant dans le cadre d'un protocole d'étude avec manualisation du traitement (*supportive-expressive psychotherapy*) que dans un contexte de psychothérapie psychodynamique effectuée de manière non manualisée [31].

Enfin, dans une étude naturaliste multicentrique de grande envergure (1309 patients), Stiles et ses collègues démontrent sans équivoque l'efficacité des approches cognitivo-comportementales, centrées sur la personne et psychodynamiques proposées dans la pratique de routine par le Service National de Santé (*National Health Service*) en Grande-Bretagne [32]. Ce résultat confirme une nouvelle fois «le verdict de l'oiseau dodo» dans un *setting* naturel, indiquant que les facteurs communs, comme l'empathie, l'alliance thérapeutique ou encore la motivation et l'engagement du client sont déterminants pour la réussite d'une psychothérapie (pour une revue, voir [33]).

Effets à long terme

La persistance des effets et la prévention des rechutes sont des critères importants pour juger de l'efficacité réelle d'une méthode thérapeutique. Nicholson et Berman ont produit la première méta-analyse montrant que les effets positifs se maintenaient à long terme [34]. Ces résultats ont été largement confirmés depuis. Par exemple, Najavits et Gunderson dans une étude prospective et naturaliste ont pu mettre en évidence que des patientes traitées pour un trouble de la personnalité borderline continuent à faire des progrès sur une période de 3 ans [35]. Sandell et al. ont également mis en évidence un effet d'incubation. En étudiant 3 années de traitement et 3 années de follow-up, ils ont montré que l'amélioration symptomatique se poursuit durant le follow-up, confirmant l'hypothèse de base de la psychothérapie que l'individu y acquiert une autonomie nouvelle dans la gestion de ses troubles [36]. Enfin Hollon et ses collaborateurs dans une étude sur la prévention des rechutes de la dépression, montrent qu'une psychothérapie cognitive réduit significativement le risque de rechute et se montre au moins aussi efficace que la prise continue de médicaments [37].

L'économicité des psychothérapies

Dans le domaine de la santé mentale, on considère souvent que les interventions psychologiques sont plus coûteuses que d'autres interventions comme la pharmacothérapie par exemple. La réalité est tout autre: la recherche démontre en effet que les interventions psychologiques peuvent être plus économiques que les traitements médicamenteux [38].

A titre d'exemple, dans le domaine de la dépression Antonuccio, Thomas et Danton ont mis au point un modèle complexe et détaillé d'analyse de coût-efficacité («cost effectiveness») des traitements qui comprend les coûts directs du traitement pour le patient ou le tiers payeur, les coûts directs pour la collectivité et les coûts indirects pour la société [39]. Les auteurs montrent que la psychothérapie (20 séances de thérapie cognitivo-comportementale sur une période de deux ans) a un coût global 30% moins élevé que le traitement à la fluoxétine (40 mg/jour et un rendez-vous chez le psychiatre toutes les 6 semaines). Plus récemment, Keller et al. mettent en évidence que, suite à une psychothérapie de longue durée, le nombre moyen de journées d'incapacité de travail chute de 19,1 à 10,9 pendant le traitement et 7,9 après le traitement, alors que les journées d'hospitalisation

passent de 1,6 avant le traitement à 0,8 pendant le traitement, valeur qui reste stable après le traitement [40]. Une étude contrôlée menée à Genève (un traitement antidépresseur vs un traitement combiné avec antidépresseur et psychothérapie psychodynamique) chez des patients avec une dépression majeure, met en évidence que le traitement combiné est associé chez les patients à un nombre d'hospitalisations, de journées d'hospitalisation et de jours d'absence au travail inférieurs au traitement antidépresseur seul ainsi qu'à une économie d'environ 2700 francs suisses par cas [7].

Les recherches actuelles suggèrent non seulement que les interventions psychologiques, y compris la psychothérapie, peuvent être plus efficaces en terme de coût que les meilleurs traitements pharmacologiques, mais également que ces interventions peuvent réduire ou éviter l'utilisation ultérieure de services médicaux («medical cost offset» – compensation de coûts; [38]). Dans une revue portant sur l'impact de la psychothérapie sur les coûts des soins médicaux, Gabbard, Lazar, Hornberger et Spiegel montrent que 80% des études randomisées et 100% des études contrôlées indiquent une réduction des coûts associés à la psychothérapie, notamment pour les patients souffrant de trouble de la personnalité borderline, de trouble bipolaire ou de schizophrénie [41]. Plus récemment encore, Chiles, Lambert et Hatch ont publié une méta-analyse examinant la rentabilité des interventions psychologiques [42]. Dans leur méta-analyse incluant 91 études publiées entre 1967 et 1997 comprenant des patients en chirurgie, des patients avec un historique de sur-utilisation des systèmes de soins, et des patients psychiatriques (y compris avec un diagnostic d'abus de substances), ces auteurs montrent que l'utilisation des services médicaux baisse de 15,7% dans le groupe des patients bénéficiant d'une intervention psychologique (psychothérapie, psycho-éducation, entretien psychologique) alors qu'il augmente de 12,3% chez les sujets du groupe contrôle. Globalement, les économies réalisées grâce aux interventions psychologiques sont de l'ordre de 20 à 30% dans toutes les études. Parmi les études qui comprenaient une estimation des compensations de coûts, seulement 7% d'entre elles indiquaient que les coûts de l'intervention psychologique dépassaient les économies réalisées grâce à cette intervention [42].

Le caractère approprié des psychothérapies

La question du caractère approprié (en quoi telle intervention est indiquée dans tel cas?), qui doit

faire l'objet d'une méthodologie *ad hoc* (p. ex. The RAND Appropriateness Method (RAM); [43]) n'est pas très avancée dans le champ de la psychiatrie. Notons l'absence en Suisse de Guides de bonnes pratiques telles que l'ont développées ces dernières années les français sous l'égide de la Haute Autorité de Santé (HAS, anciennement ANAES) et les britanniques sous l'égide du *British Psychological Society Center for Outcomes Research and Effectiveness*. En ce qui concerne la psychothérapie, une bonne pratique devrait, à notre sens, non seulement se baser sur l'évidence scientifique («evidence-based») abondante dans le domaine de la psychothérapie (pour rappel, entre 50 et 90% des procédures médicales ne peuvent actuellement pas s'appuyer sur un niveau élevé d'évidence), mais également sur l'expérience pratique des thérapeutes («practice-based») ainsi que sur les valeurs du thérapeute et de son client («value-based»).

Discussion

L'abondance de travaux évoqués dans ce chapitre inscrivent les psychothérapies dans une démarche évaluative rigoureuse. Si la médecine basée sur les preuves peut susciter un certain nombre de critiques, il est frappant de constater que la mise en évidence de l'efficacité d'une pratique de soin aussi complexe que la psychothérapie ne pose pas de problèmes majeurs. La recherche semble indiquer, qui plus est, que la psychothérapie est une forme d'intervention efficace en terme de coûts, peut-être même davantage que les traitements pharmacologiques habituellement utilisés. La psychothérapie peut même potentiellement réduire les coûts de la santé, compte tenu du fait que les patients en psychothérapie font moins appel à d'autres prestataires de soins. En outre, il semblerait que la réduction des coûts globaux de santé soit plus grande que le coût de la psychothérapie, ce qui serait bénéfique pour notre système de santé [38]. Au vu des résultats il est clair que cette forme de traitement devrait être développée et pratiquée de manière plus systématique dans les établissements de psychiatrie publique.

Références

- 1 Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66:7-18.
- 2 Despland J-N, Zimmermann G, de Roten Y. L'évaluation empirique des psychothérapies. *Psychothérapies.* 2006;26(2):91-5.

- 3 Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th edition. New York: Wiley; 2004. p. 139–93.
- 4 Despland J-N. L'évaluation des psychothérapies. *Encéphale*. 2006;32:S1037–46.
- 5 Casacalenda N, Perry JC, Looper K. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control condition. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1354–60.
- 6 Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:971–82.
- 7 Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E, Venturini A, Rosset N. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv*. 2002;53:585–90.
- 8 Zimmermann G, Favrod J, Trieu VH, Pomini V. The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2005;77:1–9.
- 9 Gray GE. *Evidence-Based Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
- 10 Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. Functional neuroanatomical correlate of hysterical sensorimotor loss. *Brain*. 2001;174:1077–90.
- 11 Benedetti F, Mayberg HS, Wager TD, Stohler C, Zubieta J-K. Neurobiological mechanisms of the placebo effect. *J Neurosci*. 2005;25(45):10390–402.
- 12 Haour F. Mécanismes de l'effet du placebo et du conditionnement. Données neurobiologiques chez l'homme et l'animal. *Médecine Sciences M/S*. 2005;3(21):315–9.
- 13 Kumari V. Do psychotherapies produce neurobiological effects? *Acta Neuropsychiatr*. 2006;18:61–70.
- 14 Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris: INSERM; 2004.
- 15 Lambert MJ. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5th edition. New York: Wiley; 2004.
- 16 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.
- 17 Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Tierney SC. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus "other therapies" for depression. *J Affect Disord*. 2002;68:159–65.
- 18 Anderson G. On Alice in Wonderland, statistics, and whether CBT should take the prize. *Scand J Behav Therapy*. 2000;29:1–4.
- 19 Dobson K. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:414–9.
- 20 Malik ML, Beutler LE, Alimohamed S, Gallagher-Thompson D, Thompson L. Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:150–8.
- 21 Lipsey MW, Wilson DB. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. Confirmation from meta-analysis. *Am Psychol*. 1993;48:1181–209.
- 22 Luborsky L, Diguer L, Luborsky E, Schmidt KA. The efficacy of dynamic versus other psychotherapies: Is that true that "everyone has won and all must have prizes?" – An update. In: Janowsky DS, editor. *Psychotherapy Indications and Outcomes*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. p. 3–22.
- 23 Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:875–99.
- 24 Wampold BE. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 2001.
- 25 Pomini V, Zimmermann G. Guerre des «psys»: Que faut-il en retenir? *Psychoscope*. 2006;27(1):28–9.
- 26 Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM. Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapists effects. *Clin Psychol Psychother*. 2003;10:361–73.
- 27 Nathan PE, Stuart SP, Dolan SL. Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis. *Psychol Bull*. 2000;126(6):964–81.
- 28 Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol*. 1995;50(12):965–74.
- 29 Nathan PE. Practice guidelines: not yet ideal. *Am Psychol*. 1998;53(3):290–9.
- 30 Shadish WR, Navarro AM, Matt GE, Phillips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*. 2000;126:512–29.
- 31 Vinnars B, Barber JP, Noren K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized supportive-expressive psychotherapy versus nonmanualized community-delivered psychodynamic therapy for patients with personality disorders: bridging efficacy and effectiveness. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1933–40.
- 32 Stiles WB, Barkham M, Twigg E, Mellor-Clark J, Cooper M. Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychol Med*. 2006;36:555–66.
- 33 Norcross JC. *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press; 2002.
- 34 Nicholson RA, Berman JS. Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychol Bull*. 1983;93:261–78.
- 35 Najavits LM, Gunderson JG. Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. *Compr Psychiatry*. 1995;36(4):296–302.
- 36 Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *Int J Psychoanal*. 2000;81:921–41.
- 37 Hollon SD, deRubeis RJ, Shelton R, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(4):417–22.
- 38 Hunsley J. Cost-effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Can Psychol*. 2003;44(1):61–73.

-
- 39 Antonuccio DO, Thomas M, Danton WG. A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac). *Behav Ther.* 1997;28:187–210.
-
- 40 Keller WG, Dilg R, Rohner R, Studt H. Wirksamkeit und Kosten-Nutzen-Aspekte ambulanter jungianischer Psychoanalysen und Psychotherapien – eine katamnestische Studie. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M, Herausgeber. *Langzeitpsychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler.* Kiel: Kohlhammer; 2001. S. 343–55.
-
- 41 Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, Spiegel D. The economic impact of psychotherapy. *Am J Psychiatry.* 1997;154(2):147–55.
-
- 42 Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL. The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. *Clin Psychol.* 1999;6(2):204–20.
-
- 43 Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Koseoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care.* 1986;2:53–63.